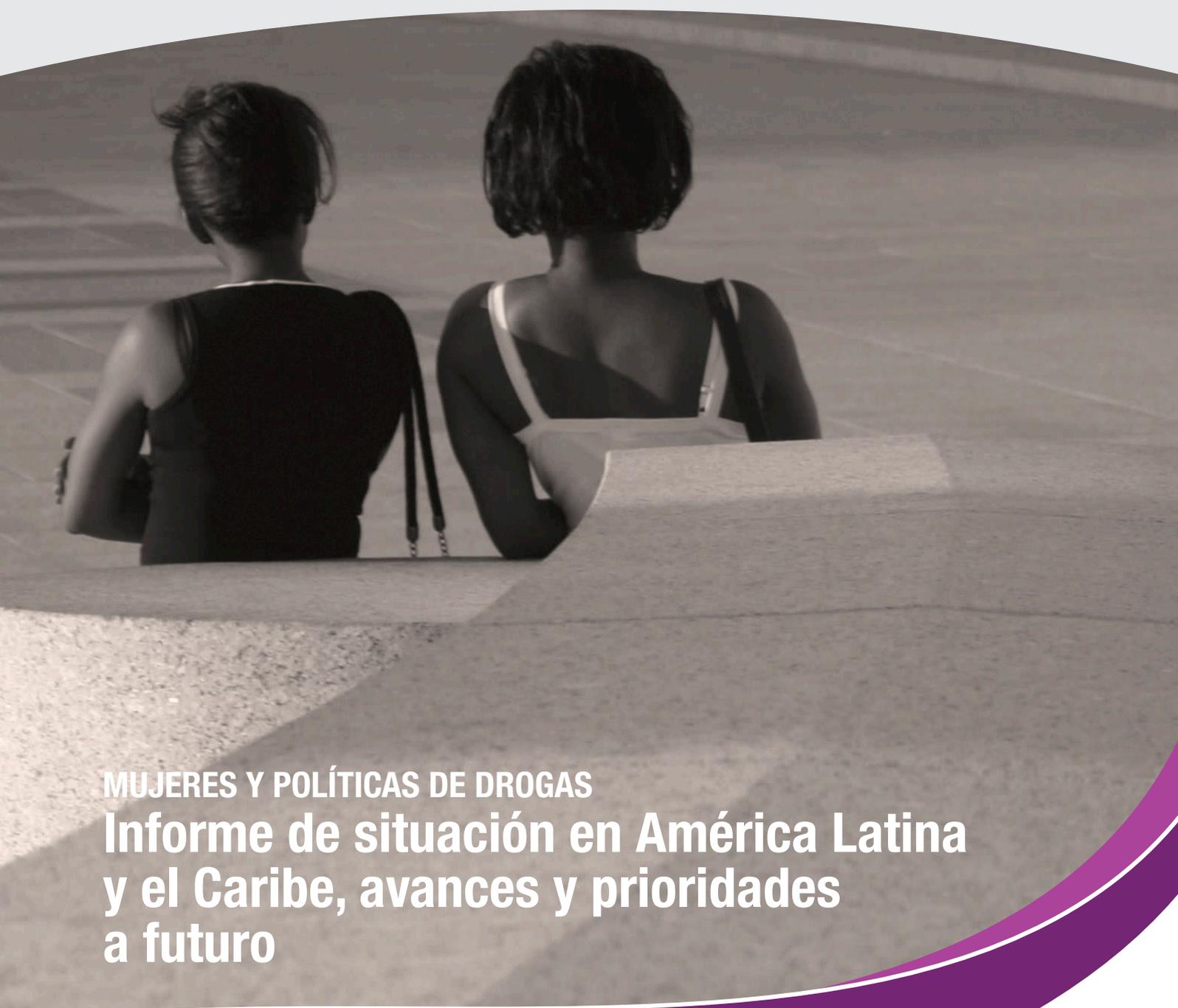




Financiado por
la Unión Europea

COPOLAD



MUJERES Y POLÍTICAS DE DROGAS
Informe de situación en América Latina
y el Caribe, avances y prioridades
a futuro

EDICIÓN

**Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en políticas sobre drogas (COPOLAD II y III)
Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)**

C. Beatriz de Bobadilla, 18. 28040 Madrid, España.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Plaza de España, 17. 28008 Madrid, España.

Junta Nacional de Drogas (JND)

Montevideo, Uruguay.

© FIIAPP-COPOLAD, 2022

Primera edición: Madrid, 2022 / ISBN.....

GRUPO DE TRABAJO

Dirección y coordinación: T. Salvador-Llivina, G. Olivera,.

Redacción: P. Jordán-Ramos; G. Ahumada, N. Romo-Avilés, C. Giacomello, JM Suelves, Y. Ivanova, T. Salvador-Llivina.

Actualización 2022: P. Jordán-Ramos, J. Sagredo, M. Alonso,

Asistencia de Investigación: L.T. Bazay Dulanto.

Asistencia Técnica externa: A. Cordo

Equipo de trabajo de la Junta Nacional de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas: C. Sacchi del Instituto Nacional de las Mujeres – Ministerio de Desarrollo Social; Marianela Bertoni de Ministerio de Desarrollo Social; G. Olivera, Políticas de Género y Reducción de la Demanda de Drogas; A. Rizzo, Cooperación Internacional (JND).

Fotografías: Javier Sagredo

AGRADECIMIENTOS

La Entidad de Coordinación y Ejecución de COPOLAD (ECE) desea expresar un agradecimiento especial a la Secretaría de Género de la *Junta Nacional de Drogas (JND) de Uruguay*, por su participación clave en las fases de conceptualización del proyecto de contacto y seguimiento para asegurar la participación de los países de América Latina y del Caribe. Agradecemos toda la colaboración y valiosos comentarios recibidos específicamente en la fase de relevamiento de datos y preparación de formularios, a H. Suárez y L. Keuroglán del Observatorio Uruguayo de Drogas. Asimismo, a A. Toyos y L. González del Área de Tratamiento de la JND por sus invaluables aportes y colaboración con el equipo de trabajo de la JND.

A los países que han proporcionaron información clave sobre el estado de situación de la atención al enfoque de género y el empoderamiento de la mujer en sus respectivas políticas nacionales de drogas, a través del llenado de formularios COPOLAD: Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, España, Grenada, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Rep. Dominicana, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay.

Así mismo queremos agradecer a todas las personas que en distintas etapas del informe han realizado valiosas contribuciones y sugerencias, en especial a la Red Iberoamericana de Organizaciones que trabajan en Drogodependencias (RIOD) y al Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas IDPC por su interés e implicación en la revisión final de este informe.

Citación recomendada:

Ed. Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) Madrid: Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP, España); Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD); y Junta Nacional de Drogas (JND) de Uruguay, 2022.

CLÁUSULAS AD CAUTELAM, ACLARACIONES Y EXONERACIONES

Cláusulas ad cautelam

Las opiniones o posiciones expresadas en este documento son exclusiva responsabilidad de los/as autores/as y en caso alguno debe considerarse que reflejen necesariamente, los puntos de vista o posicionamientos de la Comisión Europea, FIIAPP-COPOLAD o la JND.

Considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores de COPOLAD, el uso indistinto de sustantivos –en género masculino o femenino– carece de intención discriminatoria alguna, es decir, tiene en todos los casos una intención inclusiva.

Considerando que el respeto al medioambiente es uno de los valores marco de COPOLAD, el Consorcio se ha comprometido a organizar sus actividades teniendo en cuenta su impacto sobre el medio ambiente, y en particular las emisiones de CO2. Por ello, para la ejecución del Programa, en la medida de lo posible, se han privilegiado las técnicas de comunicación y coordinación virtual, y se recomienda la utilización de material reciclable.

Reproducción de este manual

Los editores de esta publicación considerarán favorablemente cualquier petición para la reproducción o traducción de los contenidos de este manual –parcialmente, o en su totalidad– Dichas solicitudes deben dirigirse a la Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE) de COPOLAD, FIIAPP.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	7
METODOLOGÍA	8
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	12
1.1. El género como categoría analítica e identitaria	12
1.2. Desigualdades de género	15
1.3. Brechas de género	16
1.4. Perspectiva de género	17
1.5. La mirada interseccional para la incorporación de la perspectiva de género	18
CAPÍTULO II. CONDICIONANTES DE GÉNERO Y EL EFECTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA RELACIÓN MUJERES Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	20
2.1. Condicionantes de género en América Latina y el Caribe	21
2.2. Las mujeres y el uso problemático de drogas en América Latina y el Caribe	46
CAPÍTULO III. MARCO LEGAL INTERNACIONAL EN POLÍTICAS DE DROGAS, DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS DE LAS MUJERES	74
3.1. Contextualización de las Políticas de Drogas	75
3.2. Derechos humanos con perspectiva de género y derechos de las mujeres	80
3.3. Derechos de las mujeres	82
3.4. Políticas de drogas y su interacción con los derechos humanos y derechos de las mujeres	86
CAPÍTULO IV. EL ENFOQUE DE GÉNERO DESDE UN ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE DROGAS	97
4.1. Reducción de la demanda y la oferta de drogas	99
4.2. Intervenciones socio-sanitarias desde una perspectiva de género	108
4.3. Mujeres, cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas y Desarrollo Alternativo	172

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 190

Conclusiones 191

Recomendaciones 194

ANEXOS 201

Anexo 1. Transversalización de la perspectiva de género en las políticas sobre drogas 201

Anexo 2. Transversalización de la perspectiva de género en las políticas sobre drogas. 212

Anexo 3. Impacto COVID-19 en la problemática de drogas en los países en la región
y especialmente en la situación de las mujeres. Cuestionario 214

BIBLIOGRAFÍA 224

Bibliografía Capítulo I 224

Bibliografía Capítulo II 225

Bibliografía Capítulo III 227

Bibliografía Capítulo IV 233



INTRODUCCIÓN

La necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas de drogas se ha convertido en un imperativo más que en un elemento de consenso en el ámbito internacional. Diseñar, implementar y evaluar políticas con perspectiva de género, con especial énfasis en el empoderamiento de las mujeres, representa un avance significativo hacia la reducción de brechas y desigualdades de género. El tradicional enfoque de las políticas de drogas, centrado esencialmente en responder a las diversas situaciones de los hombres en relación con las drogas, hace patente la necesidad de atender igualmente las problemáticas que enfrentan las mujeres en relación con las drogas, tanto en su dimensión de usuarias, como de acusadas de delitos relacionados, así como todo su potencial como líderes de muchas de las respuestas que deben darse desde el ámbito de las políticas públicas sobre drogas.

El documento presenta una síntesis de la información actualmente disponible, sobre los principales brechas y desigualdades que enfrentan las mujeres en relación con las drogas, prestando especial atención a la situación actual en los países que integran la Comunidad de Estados de América Latina y El Caribe (CELAC). El informe proporciona además un resumen actualizado del marco legal internacional que regula este ámbito, como referencia en el proceso de diseño de políticas públicas sobre drogas capaces de afrontar dichos problemas de acuerdo con los principios básicos de los DDHH y el enfoque de género.

Asimismo, el documento da cuenta del progreso en la incorporación del enfoque de género alcanzado en las políticas sobre drogas, así como los avances existentes en el despliegue de políticas sobre drogas al momento de evaluar las mismas desde una mirada interseccional y transversal. Los temas contenidos en el presente trabajo incluyen los distintos ámbitos de intervención en los que COPOLAD brinda apoyo, los resultados que se esperan alcanzar en cada ámbito, la evidencia de efectividad disponible en cada caso, así como las lagunas existentes tanto en lo referido a la generación de información basada en la evidencia, como desde la implementación. La información generada ha sido proporcionada voluntariamente por los países que participan activamente en COPOLAD, quienes han aportado información clave sobre los avances alcanzados en sus regiones y que, en la práctica, se están produciendo.

Finalmente, se facilita un compendio de recomendaciones básicas a ser consideradas por parte de las autoridades nacionales responsables del diseño, planificación y evaluación de políticas públicas sobre drogas, con el fin de facilitar su labor de implementar una política de drogas con perspectiva de género y especial atención al empoderamiento de las mujeres, a partir de comprender sus realidades desde las distintas esferas y contextos en las que se desenvuelven.

Se espera que el presente documento, constituya una herramienta útil y actualizada para responsables de la toma de decisiones y la implementación de políticas sobre drogas, facilitando información clave y relevante, especialmente entre quienes ejercen sus funciones en los países de la Comunidad de Estados de América Latina y El Caribe (CELAC); así como responsables e integrantes de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en este sector.



OBJETIVO

Proporcionar un instrumento de orientación y apoyo para el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas sobre drogas para las agencias nacionales responsables de las políticas de drogas en los países de la Comunidad de Estados de América Latina y El Caribe (CELAC), instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales claves del sector, orientadas a apoyar, fortalecer y evaluar a los países de la región; con el propósito de guiar la incorporación del enfoque de género, que concurra en políticas de drogas más sostenibles, justas e inclusivas.



METODOLOGÍA

El presente informe es el resultado de un proceso de recopilación, análisis y síntesis de información clave, elaborado mediante:

1. El establecimiento de los términos de referencia del informe, coliderado desde la dirección de COPOLAD y la Junta Nacional de Drogas de Uruguay (JND), país socio del Consorcio COPOLAD desde 2011.
2. La realización de una revisión bibliográfica exhaustiva de los documentos, estudios y textos legales publicados en este ámbito principalmente en la última década. La investigación y el análisis documental se ha enfocado principalmente en publicaciones y documentos editados por instituciones multilaterales y países del continente americano y europeo.
 - El análisis de fuentes internacionales: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) —tanto las publicaciones pertinentes como el portal de buenas prácticas—, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD, por su sigla en inglés) entre otras. También se ha recurrido a la información y evidencia proporcionada por National Institute for Drug Abuse (NIDA), Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMSHA), además de las fuentes citadas, se recurrió al material disponible en Harm Reduction International (HRI), International Network of Drug Consumption Rooms y Open Society Foundations (OSF).
3. El análisis de los informes regionales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA)¹. Un estudio de situación realizado mediante invitación a participar de forma

¹ Estos organismos producen informes anuales o cada dos o más años, según la especificidad temática, sobre la situación de los países, con especial atención en América Latina y el Caribe y tendencias, al tiempo que promueven el uso de metodologías que estandarizan la captura y habilita un análisis comparativo de la información.

voluntaria, cursada a todas las agencias nacionales de drogas de los treinta y tres países beneficiarios de COPOLAD que integran la Comunidad y Estados de América Latina y del Caribe (CELAC)², además de los seis países de la UE que formaban parte del Consorcio COPOLAD en la fase 2³.

- El procedimiento de participación de países interesados, en la fase de diagnóstico situacional, se articuló mediante la elaboración de dos cuestionarios auto cumplimentados (Ver Anexos I y II), remitidos a las agencias nacionales de drogas de 39 países, invitados mediante el criterio ya descrito anteriormente⁴ y repartidos por regiones como sigue: 18 de América Latina, 15 del Caribe y los 6 países de la UE. Por tanto, los resultados reflejan las respuestas de los países que voluntariamente se han sumado al estudio, compartiendo los contenidos de sus estrategias o planes nacionales para este informe (**Tabla 1**).
- Con el fin de disponer de un instrumento que proporcione una primera aproximación de la situación actual en relación con la incorporación del enfoque de género en las políticas de drogas de los países de interés, se diseñaron dos cuestionarios de auto cumplimentación voluntaria, que debieron ser contestados por escrito. El primero integrado por 39 preguntas (cerradas, respuesta múltiple, llenado de tablas y respuestas abiertas). Con el objetivo de recabar información sobre seis rubros: i) plan nacional de drogas; ii) reducción de la demanda; iii) reducción de daños; iv) reducción de la oferta; v) integración social para mujeres ex privadas de libertad y vi) encuestas e investigación. Cada sección concluye con una respuesta abierta. Tomando en cuenta que la terminología legal y técnica varía entre países, se procuró utilizar un lenguaje general entendible en todos los contextos, y se solicitó a los países hacer los ajustes que considerasen oportunos para una potencial armonización legal y lingüística. El cuestionario fue diseñado por el grupo de trabajo responsable de este informe y revisado por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la Junta Nacional de Drogas (JND) de Uruguay y la Entidad de Coordinación y Ejecución de COPOLAD. Fue enviado a los ya citados 39 países de la CELAC y de la UE - agosto de 2017 (Ver Anexo I), recibiendo respuesta de 26 países. Con el fin de profundizar en algunos aspectos de interés para el informe, en febrero de 2018 se envió un segundo cuestionario (Ver Anexo II).
- En la primera etapa del proceso, el contacto con los países lo realizó la Secretaría Nacional de Drogas de Uruguay, que facilitó la asistencia técnica de este proyecto. La información recopilada fue sistematizada por el Observatorio Uruguayo de Drogas, de la JND de Uruguay, el procesamiento de la información se realizó mediante el programa SPSS de tratamiento de datos. Algunos cuestionarios no contienen todas las respuestas; por lo tanto, en el análisis final no siempre aparece el total de los 26 o bien de los 22 países (dependiendo de

2 Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Lucia, Saint Vincent, St Kitts and Nevis, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

3 Alemania, España, Polonia, Portugal, República Checa y Rumanía.

4 La totalidad de los 33 países beneficiarios de COPOLAD que integran la Comunidad y Estados de América Latina y del Caribe (CELAC), y los seis países de la UE que forman parte del Consorcio COPOLAD.

si se trata del primero o del segundo cuestionario). Cabe señalar que, en las tablas presentadas a lo largo del informe, siempre se reportan los porcentajes en relación a los países que efectivamente contestaron cada ítem, y no al total de los países que contestaron el cuestionario.

4. La constitución de un grupo de trabajo encargado de la redacción del borrador del informe. La incorporación de sugerencias aportadas por los países que voluntariamente han participado en el diagnóstico de situación, más las redes de la sociedad civil integradas en el programa COPOLAD: el Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas (IDPC, por sus siglas en inglés) y la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias (RIOD).
 - En el año 2022 y con el inicio de la siguiente fase de COPOLAD, se contrataron los servicios de una consultoría para la actualización del documento con relación a los efectos/impactos de la pandemia del COVID-19 y la actualización de las nuevas Estrategias y Planes de acción, tanto de la UE como en América Latina y el Caribe. En marzo 2022, con el fin de disponer de un instrumento que proporcione la situación respecto al COVID-19 y su relación a los efectos en las mujeres en las políticas de drogas de los países de interés, se diseñó un cuestionario integrado por 33 preguntas de auto cumplimentación voluntaria, que debió ser contestado a través de una plataforma web. Para mantener la metodología de los anteriores cuestionarios, consta de un formato de preguntas (cerradas, respuesta múltiple, llenado de tablas y respuestas abiertas). El cuestionario recaba información sobre el impacto COVID-19 en seis rubros: i) análisis socioeconómico; ii) plan nacional de drogas; iii) reducción de la demanda iv) reducción de daños; v) reducción de la oferta; y vi) integración social para mujeres ex privadas de libertad. Tomando en cuenta que la terminología legal y técnica varía entre países, se procuró utilizar un lenguaje general entendible en todos los contextos, y se solicitó a los países hacer los ajustes que considerasen oportunos para una potencial armonización legal y lingüística. El cuestionario fue enviado a los 33 países de la CELAC en marzo de 2022 **(Ver Anexo III)**, recibiendo respuesta de 17 países.
 - Con el fin de profundizar en algunos aspectos de interés para el informe, en abril de 2022 se realizó una reunión con un grupo focal, previamente definido. **(Ver Anexo III)**.

Tabla 1.
Países que contestaron a los cuestionarios

Países que contestan al 1 ^{er} cuestionario	Países que contestan al 2 ^o cuestionario	Países que contestan al 3 ^{er} cuestionario
Argentina	Argentina	Argentina
Barbados	Barbados	–
Belice	–	Belice
Brasil	Brasil	Brasil
Chile	Chile	Chile
Colombia	Colombia	Colombia
Costa Rica	Costa Rica	Costa Rica
Dominica	Dominica	–
Ecuador	Ecuador	–
El Salvador	El Salvador	El Salvador
España	España	–
Grenada	Grenada	–
Guatemala	Guatemala	Guatemala
–	–	Guyana
Haití	Haití	–
Honduras	Honduras	Honduras
–	–	Jamaica
México	–	México
Nicaragua	–	–
Panamá	Panamá	–
Paraguay	Paraguay	–
Perú	Perú	Perú
Portugal	Portugal	–
Rep. Dominicana	Rep. Dominicana	–
Santa Lucía	Santa Lucía	–
–	–	San Cristóbal y Nieves
Surinam	Surinam	–
Trinidad y Tobago	–	Trinidad y Tobago
Uruguay	Uruguay	–
–	–	Venezuela

Fuente: Elaboración propia

5. Edición del informe en versiones española e inglesa.



Capítulo I

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de género hace referencia, en términos básicos, a las relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres y a cómo estas relaciones se reproducen en todos los ámbitos de la vida. Ya desde 1935, con su obra *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*, Margaret Mead postula la idea revolucionaria de que los conceptos en torno al género son culturales y no biológicos, y que pueden variar a través de las culturas y de las épocas históricas (Mead, 1973); sin embargo, es sobre todo a partir de los años 70 que el feminismo desarrolla, en la teoría y en la acción política, el concepto de género como categoría analítica, identitaria que debe ser deconstruido y transformado desde todos los ámbitos, esencialmente desde las estructuras de poder que relegan a las mujeres a un plano secundario y de exclusión.

En este capítulo se presentan los conceptos de género, identidad de género, desigualdad de género, brechas de género, perspectiva de género e interseccionalidad, lo que permite contar con una mirada preliminar, a partir de las distintas aportaciones de los estudios de género, que ayudarán a comprender los conceptos básicos sobre género para el posterior análisis de los condicionantes presentes en la relación entre mujeres y drogas, así como de las políticas sobre drogas con esta perspectiva.

1.1. El género como categoría analítica e identitaria

El género es un principio de organización social que nos ayuda a entender las desigualdades en diferentes ámbitos y fenómenos sociales. El concepto hace referencia a los estereotipos, roles sociales, posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad construye y asigna a hombres y mujeres.

Desde esta perspectiva, con el término “género” se hace alusión a la estructura que atraviesa determinaciones socio-estructurales tales como la clase, la edad, la posición en el orden mundial y la opción sexual. Así, el género ejerce de principio estructurador de las sociedades humanas diferenciando a

hombres y a mujeres, y convirtiendo esas diferencias con frecuencia en relaciones jerárquicas y desiguales (Maquieira, V., 2006).

Autoras como Joan Scott han entendido el género como una estructura primaria de las relaciones simbólicas de poder (Scott, 1986). Al tratarse de una relación de poder, implica tensiones y luchas, así como dominación y sometimiento. Históricamente, el poder ha residido en los hombres —en cuanto a lo colectivo, pero también en el plano individual y simbólico— es decir, en lo que está asociado a “lo masculino” —en detrimento de las mujeres— y de lo que es asociado, en general, con “lo femenino”.

Con la definición del término “género” se pretende demostrar que «la biología no es destino», sino que las identidades socio-simbólicas que se asignan a las mujeres en sus relaciones con los hombres, en la organización de la vida en sociedad, al ser culturales, son variables y, por lo tanto, pueden ser transformadas (Stolke, 2004; Connell y Pearse, 2018). En este sentido, el género es una categoría y noción fundamental dentro de la teoría feminista, entendida como una construcción sociocultural dinámica.

Judith Butler, con su “teoría sobre la performatividad”, ha desafiado la noción estática de las identidades de género para dotarlas de nomadismo, es decir, “en permanente proceso de construcción” (Butler, 1990, 2009). Así, entendemos que género es una noción “performativa”, en la que las femineidades y masculinidades están continuamente (re)creadas dentro de ‘comunidades de práctica’ locales (Paechter, 2003). Connell (2012), mantiene que se aprende lo que es ser una mujer o un hombre dentro de una comunidad particular localizada. Desde esta perspectiva, el género delimita, define y expresa más bien una posición social que tiene la función de construir a los individuos históricamente en “hombres” y en “mujeres” por un proceso de apropiación subjetiva de sus normativas y representaciones. De esta forma, el género expresa diferencias jerárquicas entre lo masculino y lo femenino, pero también las produce a través de sus discursos sobre la diferencia.

Un primer proceso que subyace a la construcción de las relaciones de poder entre hombres y mujeres es la conversión de una diferencia biológica, simbólicamente concentrada en los órganos genitales femeninos y masculinos —también coercitivamente construida como naturalmente binaria, oprimiendo así un sinfín de matices que yacen entre lo supuestamente femenino y lo supuestamente masculino—, en una asimetría cultural naturalizada. Es decir, las atribuciones de determinados roles, funciones y atributos a hombres y mujeres son construidas socialmente; sin embargo, son transmitidos, interiorizados y reproducidos como naturales y, por ende, fijados en los cuerpos de manera inmutable. De las más antiguas y perdurables de estas atribuciones podemos mencionar la maternidad como una construcción social fincada en los roles reproductivos. Tradicionalmente, los cuerpos de las mujeres han sido representados y anclados al rol de madres y este rol ha determinado por siglos la exclusión de las mujeres de otras esferas —el trabajo remunerado, la política y la educación, por mencionar algunos— o bien ha circunscrito las formas y alcances específicos de su inclusión. Esto se refiere a la concepción de ciertos trabajos como eminentemente femeninos, en cuanto asociados a “características naturales de las mujeres” y a la preclusión de ciertas esferas.

Comprender la noción de género supone acercarnos a su dimensión relacional. Implica visibilizar construcciones simbólicas ancladas en el lenguaje y en los imaginarios, cómo impacta en los sistemas de creencias y mentalidades y, por ende, permea los mecanismos sociales en todas sus dimensiones: en la organización social, en las instituciones —tanto en su diseño como en su conformación y funcionamiento— y en las relaciones entre el Estado y los ciudadanos y las esferas pública y privada. Las creencias de género, los estereotipos en torno a las mujeres y los hombres no son creencias únicamente individuales y tampoco relaciones de poder que intervienen a nivel estructural; actúan, en cambio, en múltiples niveles y son creencias culturalmente hegemónicas con distintos niveles de institucionalización: los medios de comunicación, la estructura política y el sistema legal, entre otros. Asimismo, reproducen la versión estereotipada de los hombres y mujeres de los grupos dominantes: blancos, de clase media y heterosexuales, volviendo más difícil el “cumplimiento” de los estereotipos consensuados para las personas que no forman parte de estos grupos y fomentando aún más su exclusión en función de distintas categorías de poder: no sólo el género, sino también, la etnia, la preferencia sexual y la clase, entre otras.

Pero el género no es sólo una identidad o un rol que se aprende en la infancia y se desarrolla en la familia, sino un sistema institucionalizado de prácticas sociales para constituir a las personas en dos categorías significantes —hombres y mujeres— y organizar relaciones sociales de desigualdad basadas en esa diferencia. Como otros sistemas multiniveles de desigualdad, como los que están basados en la clase o en la raza, el género involucra la distribución cultural de los recursos a nivel macro, modelos de comportamiento y prácticas organizacionales a nivel de interacción, y “yos” e identidades a nivel individual (Ridgeway y Correll, 2004).

En cuanto categoría analítica, la aproximación a las distintas dimensiones de la vida social desde el análisis y la deconstrucción de los regímenes de género permite desentrañar las relaciones de poder desde sus fundamentos y en todos los planos, yendo más allá, e incorporando otras nociones de desigualdad. El género, en cuanto relación primaria de poder, constituye uno de los fundamentos más duraderos y poderosos de la desigualdad, puesto que, al haber sido fincado en el cuerpo de hombres y mujeres de manera casi invariada por miles de años, se ha traducido en un vector de normalización de la dominación (Héritier, 2007).

Así, la idea de masculinidad encuentra su sustento en la supremacía sobre lo femenino, lo que necesariamente desemboca en la confrontación entre lo masculino y lo femenino. Las primeras teorías del patriarcado se han centrado en el estudio de la subordinación de las mujeres, originado por la necesidad masculina de dominio hacia las mujeres, centrándose y justificándose en los principios de continuidad generacional. Esta idea de masculinidad se ha equiparado con lo humano en su conjunto, es decir se ha convertido lo masculino en la norma; estamos ante el concepto del androcentrismo, sesgo que implica que todas las formas de conocimiento, y sus deducciones, son asumidas según la experiencia social masculina, sobre todo en la que proviene de hombres occidentales, blancos y de clase media (Ortiz Gómez, T., 2002, 2006).

El androcentrismo supone aplicar en todos los estudios, análisis o investigaciones imponiendo una perspectiva masculina, de una manera exclusiva y sesgada, para con posterioridad generalizar los resultados a “individuos o personas” como un todo, sean hombres o mujeres. Lo que refleja una clara situación de distorsión de la realidad (Sau, 2017).

Los estudios de género no dejan de indagar por qué el sistema de dominación patriarcal es universal, es decir, por qué es común a todas las culturas desde el origen de los tiempos hasta nuestro presente. Con el objeto de explicar el sistema de dominación, desde el feminismo se elaboró el concepto de patriarcado, con el que se hacía explícita la existencia de un sistema de dominación basado en el sexo-género e independiente de otros sistemas de dominación. En relación con el patriarcado, el sexismo sería el conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino; además, amplía la definición apuntando que se trata de una realidad que abarca todos los ámbitos de la vida y las relaciones humanas, por lo que por su magnitud resulta imposible hacer un estudio detallado de todas sus formas de expresión y puntos de incidencia (Sau, 2017).

1.2. Desigualdades de género

En lo que hace referencia específicamente a la desigualdad entre hombres y mujeres, los determinantes de la desigualdad no solamente tienen décadas y hasta siglos de existencia, sino que han sido internalizados o naturalizados, y por lo tanto, han perdido su condición de histórica y políticamente determinados.

Las desigualdades de género se dan a todo nivel de la vida económica, social, política y familiar de las mujeres, estas desigualdades se originan en la inequidad y discriminación basadas en razón de género, atribuyendo ciertas condiciones de superioridad a lo masculino, generando el sistema de dominación patriarcal, mencionado anteriormente.

En esta dominación que se ha manifestado a partir de las construcciones sociales y culturales, predomina el ejercicio de la violencia como instrumento para generar obediencia y sometimiento. Las relaciones de poder y dominio se ejercen, atraviesan y producen desde la opresión, explotación y subordinación de una persona, que en este caso es la supremacía de lo masculino.

Como se verá ejemplificado en el Capítulo II, diferentes indicadores sociales y económicos dan cuenta del largo proceso de reproducción de las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres, en lo que hace a la percepción de ingresos monetarios, la inserción en el mercado laboral y la ocupación de determinados trabajos, la extensión de la jornada de trabajo (remunerado o no remunerado), entre otros, que van configurando las condiciones de vulnerabilidad y dependencia de las mujeres, en un círculo vicioso que encadena una serie de situaciones que profundizan la desigualdad

e inequidad. Por ello, son necesarias políticas activas, las denominadas de “discriminación positiva”, específicamente orientadas a cambiar y romper las normas y los condicionantes estructurales de la desigualdad de género. Es preciso tomar en cuenta que las normas de género no fluyen libremente ni son estáticas, son parte del tejido de la vida social incrustado, tanto en las instituciones, como en la vida de las personas. El cambio en las normas de género puede proceder de muchas fuentes, las mismas que han demostrado ser difíciles de cambiar, pero la investigación social muestra que nuevas posibilidades de cambio se abren continuamente. Amartya Sen (2001) ha señalado cómo la desigualdad de género tiene muchas caras diversas y definidas. La autora destaca que se trata de un conjunto de problemas fuertemente interrelacionados; por lo que es importante la toma de conciencia de las conexiones existentes entre las distintas inequidades, ya que a menudo se retroalimentan entre sí.

Diferentes documentos indican que la igualdad y la desigualdad tienen un carácter relacional e indisoluble de las relaciones de poder que organizan los modos de funcionamiento social. También hacen hincapié en que la desigualdad medida, cuantificada y analizada es un resultado “de procesos acumulativos en el tiempo de decisiones, carencias, ventajas, eventos y experiencias que se articulan con los arreglos institucionales y el contexto social y económico” (Gibbs y Eaton, 2014). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) hace mención a las diferentes dimensiones de la desigualdad: la económica y financiera y, sobre todo en el ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales, que permita la plena inclusión de las personas en una dinámica de desarrollo, cualquiera que sea su sexo, etnicidad, religión, lugar de origen, situación socioeconómica o edad.

1.3. Brechas de género

La desigualdad de género genera brechas en distintos ámbitos, las mismas que influyen en la distribución inequitativa de los recursos y la riqueza. Es por eso que la distribución de la riqueza y el género están inevitablemente vinculados. A la hora de medir la pobreza, los resultados son alarmantes, enfrentándonos a situaciones donde se evidencia una gran desventaja para las mujeres. El acceso a necesidades básicas como salud, educación y acceso al mercado laboral motiva a una reflexión a la hora de aseverar que la pobreza tiene cara de mujer, no se puede medir con el mismo enfoque que la pobreza sin tomar en cuenta las grandes diferencias existentes entre hombres y mujeres.

Las diferencias entre hombres y mujeres —que se reflejan principalmente en lo económico, laboral, social, cultural, o sanitario— generan brechas que deben ser medidas y analizadas en el marco de intervenir y asumir obligaciones concretas como una acción imperativa que permitan acortar las mismas y reducir las desigualdades. Las brechas de género permiten identificar y canalizar la diferencia entre hombres y mujeres a una categoría específica que se caracteriza por calcular variables en los distintos ámbitos y dimensiones de la vida, y por la capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos. Según el Índice Global de Brechas de Género (Global Gender Gap Index, 2017)

se establece la medición de cuatro áreas fundamentales como variables de análisis: política, económica, salud y educación.

1.4. Perspectiva de género

Uno de los retos más importantes es la visibilización de las desigualdades de género, incorporando su complejidad y su multidimensionalidad, al momento de diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas. Por tanto, la incorporación de la perspectiva de género se vuelve fundamental a la hora de formular y aplicar políticas más justas y equilibradas, tomando en cuenta los intereses, las necesidades y las prioridades tanto de mujeres como hombres.

La incorporación de la perspectiva de género en las posturas, discursos, políticas y programas de las agencias de cooperación y desarrollo se remonta a la Declaración y Plan de Acción de Beijín, en el seno de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, reunida en 1995. Con ésta, los gobiernos se comprometieron a alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres, partiendo del reconocimiento de que las mujeres enfrentan situaciones y necesidades específicas y que, entre las mismas mujeres, hay diversidad. La incorporación de la perspectiva de género fue identificada en Beijín como el mecanismo más importante para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (Moser y Moser, 2005). Si bien existen distintas definiciones de qué se entiende por incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas, la más utilizada es la que quedó establecida en la Resolución 97/2 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas sobre la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas del Sistema de las Naciones Unidas. En particular, en junio de 2017 se aprobó la Resolución 2017/9 (Naciones Unidas, 2017) y se retomó la definición:

La incorporación de la perspectiva de género consiste en evaluar las consecuencias que acarrea para las mujeres y los hombres cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, las políticas o los programas, en todos los sectores y a todos los niveles; es una estrategia para convertir las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como las de los hombres, en una dimensión esencial de la elaboración, aplicación, supervisión y evaluación de las políticas y los programas pertenecientes a todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y de que no se perpetúe la desigualdad. (Naciones Unidas, 2017).

De acuerdo a Moser y Moser (2005), a partir de la declaración y el plan de acción de Beijín la mayoría de las instituciones internacionales han incorporado la perspectiva de género en sus políticas; éstas comparten seis elementos: i) una estrategia dual, que combina la incorporación integral de la perspectiva de género con acciones puntuales orientadas a alcanzar la igualdad; ii) un análisis de género, que incluye la producción de datos desagregados por sexo, un análisis de presupuesto y un análisis de todos los niveles y etapas de los programas; iii) responsabilidades internas, compartidas

por todos los integrantes de la institución con el apoyo de especialistas en género; iv) capacitación en materia de género; v) apoyo a los procesos de toma de decisión y de empoderamiento de las mujeres y, por último, vi) monitoreo y evaluación.

Al promover la incorporación del enfoque de género dentro de las políticas, en todas sus fases: i) diseño, ii) implementación, iii) evaluación, se puede establecer que uno de los principales retos se presenta en el proceso de implementación, en la mayoría de los casos, éste se traduce en actividades aisladas y no en esfuerzos integrados, llevando a resultados a veces inconsistentes. Lo anterior, conjuntamente con otros problemas del enfoque internacional en torno a la inclusión de la perspectiva de género, han convertido esta aproximación de desigualdad y discriminación de las mujeres en un concepto polémico. Uno de los problemas asociados al uso actual de la incorporación de la perspectiva de género es que se basa en una noción esencialista de hombres y mujeres, y a menudo termina reduciendo los “asuntos de género” a “asuntos de mujeres” y a sustituir “sexos” por “géneros” cuando se habla de igualdad y paridad. Sin embargo, al menos la información desagregada por sexo permite de alguna forma visibilizar las brechas de género que no se visualizan a la hora de diseñar políticas. Algunas de las diversas consecuencias adversas que pueden surgir a la hora de implementar la perspectiva de género es el uso estandarizado y no reflexivo del término son:

- i. Que se diluye, o incluso se suprime, el potencial transformador de las relaciones de poder ínsito en el concepto de género desde los planteamientos feministas, corriendo así el riesgo de promover cambios cosméticos sin atacar las estructuras de desigualdad.
- ii. Que se opaca la diversidad que existe entre las mujeres en función de otras categorías de opresión —como la clase social, la etnia, la orientación sexual, entre otras— o éstas se presentan como formas acumuladas de opresión que deben atacarse separadamente.
- iii. Que se refuerza la idea de que el género es asimilable a “mujeres” y que son las mujeres quienes deben adquirir herramientas o ser alcanzadas por políticas que fomentan su igualdad y empoderamiento, dejando fuera, o en un segundo lugar, toda discusión e intervención en torno a 1) las estructuras de poder, en particular el patriarcado; 2) los hombres; y 3) otras identidades genéricas y sexuales.

La perspectiva de género busca precisamente hacer visible lo que la naturalización ha ocultado, transformando la idea de lo inevitable a lo evitable, promoviendo acciones concretas con tal propósito. Pero su incorporación en las políticas debe ser analizada desde una mirada integral con todas las personas involucradas, pero bajo una mirada amplia y analítica que permita efectivamente la reducción real de las brechas de género.

1.5. La mirada interseccional para la incorporación de la perspectiva de género

Al incorporar la perspectiva de género en las políticas, es importante señalar que transformar las relaciones de género implica transformar la sociedad en su conjunto y las distintas formas de

desigualdad, no únicamente las que responden a las jerarquías de género. Ahora bien, éstas tampoco son homogéneas, aunque estén presentes de forma ubicua y permanente: si bien la diferencia de brecha salarial, los techos de cristal —es decir, los impedimentos formales y simbólicos para el acceso de las mujeres a posiciones de poder en las esferas políticas y laborales— y la violencia contra las mujeres por ser mujeres siguen siendo fenómenos prácticamente universales, los niveles de desigualdad son distintos en cada uno de los países y en los distintos grupos o contextos sociales. Para entender esta relación entre diferencia y permanencia debemos aproximarnos al concepto de interseccionalidad.

Este término fue acuñado por la feminista negra Crenshaw a finales de los ochenta del siglo XX y, desde entonces, se ha convertido en la principal herramienta analítica del feminismo para combatir los reduccionismos del feminismo tradicional —blanco, anglosajón, de clase media y heterosexual— (Nash, 2008). Como herramienta analítica, la interseccionalidad es la forma de entender y analizar la complejidad y diversidad en el mundo, en las personas y en las experiencias humanas. Cuando miramos a la inequidad social, la vida de las personas y la organización del poder en una sociedad dada son mejor comprendidas cuando se observan desde los múltiples ejes que les dan forma (Collins and Bilge, 2018). En los estudios sobre las mujeres, la interseccionalidad hace referencia a los múltiples niveles de opresión que sufren las mujeres y a cómo el género se cruza con la etnicidad, la clase social, la sexualidad, la nacionalidad, la situación jurídica entre otras adscripciones identitarias y categorías de opresión, conformando así múltiples identidades y múltiples formas de exclusión y marginación. La noción de interseccionalidad permite no caer en la trampa de los esencialismos del género, reduciendo a todas las mujeres a una experiencia común. Asimismo, si bien el género se mantiene como una relación de poder importante, no es la única, y tampoco es siempre la más importante. El concepto de interseccionalidad nos obliga a adoptar una mirada múltiple, capaz de identificar y dismantelar formas simultáneas de poder y de entender cómo la experiencia de cada mujer y de cada hombre es diferente.



Capítulo II

CONDICIONANTES DE GÉNERO Y EL EFECTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA RELACIÓN MUJERES Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El impacto del uso de drogas recorre un espectro que va desde el uso experimental de sustancias psicoactivas a la muerte asociada a su uso problemático. En este amplio escenario es necesario diferenciar la magnitud e intensidad de los consumos, el desarrollo de dependencia, las condiciones para la búsqueda de ayuda y contención, la oferta de servicios a esa demanda, las comorbilidades físicas y psíquicas que pueden presentarse y la efectividad de los tratamientos recibidos. Las representaciones sociales asociadas al consumo de drogas también gozan de diversidad según los grupos sociales. Por otro lado, como temas aledaños que surgen y/o se potencian con el consumo y uso problemático de sustancias psicoactivas se encuentran las situaciones de violencia —en sus múltiples facetas—, la vulnerabilidad social y económica y las conductas que infringen la ley penal, que tienen efectos en la criminalización, el estigma y las distintas discriminaciones resultantes a las que se enfrentan las personas que consumen drogas, asimismo se puede evidenciar un claro vínculo entre los niveles de daños asociados con el consumo de drogas, la pobreza y la marginación. Y finalmente, como temas que hacen a la actividad económica que implica la producción, distribución y comercialización de drogas, los problemas adquieren una magnitud macroeconómica asociados a altos costos socioeconómicos y un estatus de asunto de seguridad de los Estados, en torno a los cuales se despliegan políticas y programas específicos. Por otro lado, las personas participan en cada una de estas esferas de diferente modo y con consecuencias disímiles. En todo este abanico de temas y problemas, se pueden identificar los condicionantes de género y por lo tanto, hombres y mujeres se vinculan de manera distinta en cada uno de ellos.

Dentro de las condicionantes de género, durante 2020 y 2021, la pandemia COVID-19 ha tenido impactos considerables dentro de la población mundial. Según la CEPAL, más de 30 millones de personas están por debajo de la línea de pobreza y en consecuencia se espera una crisis e incertidumbre

sobre las economías globales y una profundización de las brechas socio económicas. En América Latina y el Caribe, la pandemia COVID-19 ha representado un retroceso en términos de crecimiento económico y de lucha contra la pobreza y desigualdad y, por otro lado, ha afectado el comportamiento y conductas relacionadas con el consumo y oferta de drogas especialmente en los grupos de poblaciones más vulnerables.

Como la mayoría de los países del mundo, los países de Latinoamérica y el Caribe han desarrollado acciones para mitigar las consecuencias de la pandemia. Muchos de los gobiernos han adoptado diferentes medidas, no necesariamente equitativas, acrecentado las brechas de desigualdad en la distribución de los ingresos. Este capítulo presenta, información sobre los diferentes temas vinculados al uso de drogas lícitas e ilícitas, desde un enfoque de género y de qué manera el contexto socio-económico y las implicaciones de la pandemia COVID-19 han afectado a las mujeres de los países de la región y cuáles han sido los patrones de consumo y los problemas asociados a la producción y tráfico de drogas. El análisis responde a la información disponible, ya sea diferenciada por sexo (hombres y mujeres) o bien se profundiza en función a la información existente sobre otras variables relacionadas a los consumos y en algunos casos en lo que se refiere a la oferta desde una perspectiva de la interseccionalidad de género.

El capítulo se organiza en dos partes, la primera parte presenta información sobre los condicionantes estructurales de género que son reflejadas en las desigualdades entre hombres y mujeres, medidas a partir de las brechas de género como resultado de las prácticas sociales y culturales establecidas en distintos ámbitos, que tienen un impacto en el acceso y distribución de la riqueza entre mujeres y hombres, y la separación entre el espacio público- laboral y privado-familiar a través del análisis del uso del tiempo, incorporando además los efectos adversos ocasionados por la pandemia COVID-19. Seguidamente, se presenta el problema de la violencia contra las mujeres, como resultado de las relaciones de poder, sus características específicas y su impacto en la sociedad.

La segunda parte del capítulo resume la información disponible y actualizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe diferenciado por género y los hallazgos que dan cuenta de las especificidades de las mujeres que usan y abusan de drogas. También se incorporan análisis sobre temas específicos, tales como la participación de las mujeres en la cadena de producción y comercialización, y el encarcelamiento de las mujeres por infringir la normativa sobre drogas y de qué manera han evolucionado estos determinantes a partir de la pandemia del COVID-19.

2.1. Condicionantes de género en América Latina y el Caribe

El análisis de la población, sean hombres o mujeres, permite contar con un panorama global sobre cómo están organizados en distintos grupos, desde el punto de vista social y económico, es decir, conocer a grandes rasgos cómo la actividad económica de un país o región ha insertado o rezagado

a cada grupo poblacional y, por lo tanto, cuáles son sus atributos sociales, económicos, culturales o simbólicos. La perspectiva de género implica observar estos marcadores de la desigualdad que refieren a la esfera económica, laboral y cultural.

Las brechas de género dan cuenta de las diferencias entre hombres y mujeres y, específicamente en el análisis general del documento, se presenta información sobre mujeres, ya que es el colectivo invisibilizado y por lo tanto, el que requiere ser observado y analizado para promover políticas de equidad de género. Por otra parte, también hay que resaltar que el colectivo “mujeres” no es uniforme, más bien, es complejo, heterogéneo e interceptado por otras dimensiones tales como la clase social, ciclo de vida, territorialidad, etnia, que imprime o no, otras condiciones de vulnerabilidad, de modo diferencial, según la condición de ellas al interior de estas dimensiones. Esta mirada interseccional permite un análisis más profundo sobre las dimensiones reflejadas en las desigualdades. A continuación, se presentan algunos indicadores sociales y económicos que permiten identificar las brechas de género en los países de América Latina y el Caribe, reflejando además dentro del análisis, los efectos que ha ocasionado la pandemia COVID-19 en hombres y mujeres y su incidencia desproporcional en los grupos más vulnerables y su diferenciación en función del género.

2.1.1. Inserción en el mercado de trabajo

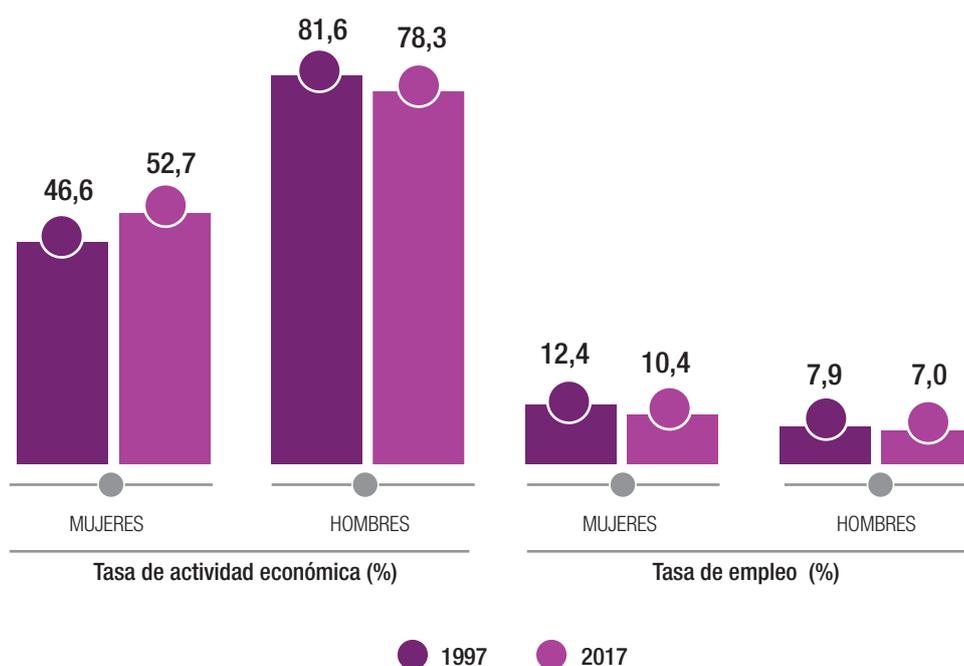
El análisis del mercado de trabajo y específicamente de la inserción de las personas en el mismo, refleja el modo de analizar la actividad económica de un país o una región, es el modo en que la actividad económica de producción y circulación de mercancías y servicios organiza a la población requiriendo de su empleo. La cantidad y calidad de empleos ofrecidos, es un indicador del nivel de desarrollo económico de una sociedad y de cómo se ha planteado el desarrollo, es decir, si es inclusivo o no.

Es preciso poner la atención en cómo —cantidad y calidad— hombres y mujeres son empleados o están ocupados en la actividad económica, por cuyo trabajo perciben remuneración, porque uno de los aportes del enfoque de género es poner sobre relieve la importancia del trabajo no remunerado, el llamado reproductivo, porque tiene que ver con la economía del cuidado, que involucra la maternidad y los cuidados de alimentación, salud, higiene de la prole, entre otras tareas domésticas.

Para el análisis, se emplea como una de las fuentes de información principal, el documento “Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016”, de la Organización Internacional del Trabajo, que presenta datos mundiales organizados por subregiones. Por lo tanto, se extraen los datos que corresponden a la Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe (CELAC), que contiene información de todos los países que la componen. Los datos existentes permiten realizar un análisis de los cambios ocurridos entre los años 1997 y 2017, en relación a la magnitud de la participación de las personas, mujeres y hombres, en el mercado de trabajo (tasa de actividad económica), a los niveles de desempleo, a la categoría ocupacional y a la rama de actividad en el cual se insertan.

La tasa de actividad económica indica el porcentaje de población que está en edad y en disposición de trabajar. Esta segunda condición es afectada por el ciclo de vida como factor determinante en las desigualdades de género, ya que en la edad reproductiva y en la fase del cuidado de los hijos e hijas, las mujeres directamente no ingresan, abandonan o se retraen del mercado de trabajo. En América Latina y el Caribe, entre los años 1997 y 2017 se observa que la tasa de participación de las mujeres creció del 46,6% al 52,7% y la de los hombres pasó del 81,9% al 78,3%. Si bien hay un leve incremento en las mujeres, la probabilidad de que las mujeres participen en el mercado de trabajo sigue siendo inferior a la de los hombres. En cuanto al desempleo, entre el periodo analizado la tasa de desempleo en mujeres pasó del 12,4% al 10,4% y en hombres del 7,9% al 7% en América Latina y el Caribe. Es decir que en 20 años continúa siendo más difícil para las mujeres encontrar empleo (**Gráfico 1**).

Gráfico 1
Indicadores de participación en la actividad económica - CELAC



Fuente: Elaboración propia en base a datos de OIT. Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016

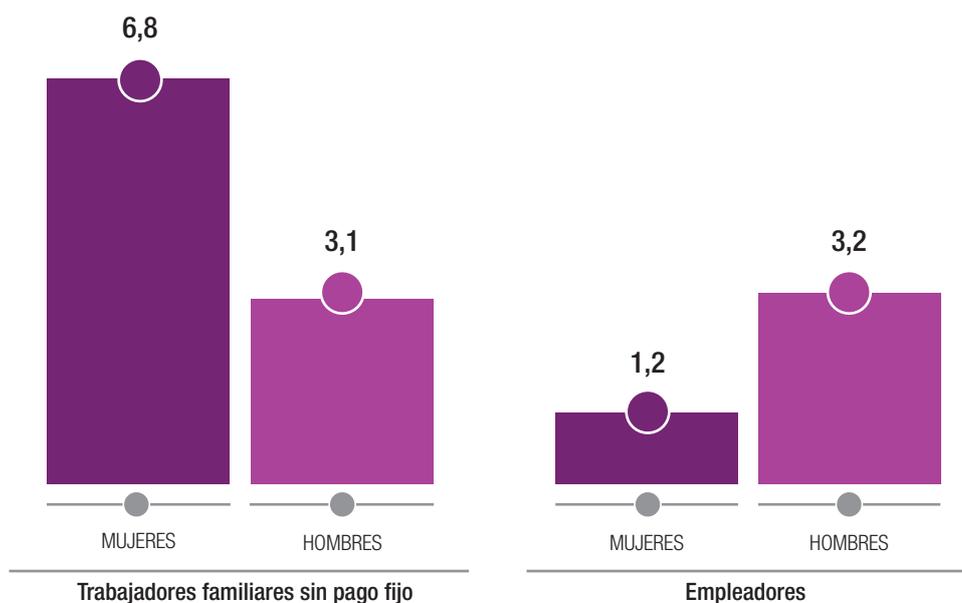
Entre aquellas personas que están trabajando, las mujeres continúan estando más representadas en la categoría de trabajadoras familiares auxiliares y por lo tanto, sin remuneración fija⁵ (6,8% en 2017 versus el 3,1% de hombres). Mientras que los hombres ocupan posiciones de empleadores

⁵ Esta categoría no debe confundirse con el trabajo no remunerado o reproductivo que ocurre en el ámbito privado.

en mayor medida que las mujeres: hacia el 2017, los indicadores para hombres y mujeres son 3,2% y 1,2% respectivamente (**Gráfico 2**).

Gráfico 2

Categoría ocupacional en personas que trabajan según sexo - CELAC 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de OIT: Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016

En cuanto a la extensión de la jornada de trabajo, a nivel mundial (promedio de 100 países), el 34,2% de las mujeres trabajan menos de 35 horas semanales en empleos remunerados, mientras que esta proporción en los hombres se reduce a un 23,4%. Tanto en países con altos o bajos ingresos, las mujeres siguen trabajando menos horas en trabajos remunerados ya que asumen dos veces y media más tareas de cuidado familiar o tareas domésticas que los hombres. Por otra parte, asociado a esta extensión desigual de la jornada laboral se encuentran los niveles de ingreso, que son inferiores en las mujeres.

Otro análisis interesante es observar en qué tipo de actividades económicas o ramas de la economía se insertan las mujeres y el análisis sobre 144 países del mundo indica que entre los años 1995 y 2015, las mujeres continúan más representadas en trabajos administrativos, servicio, comercio y en ocupaciones elementales. Si bien el cambio tecnológico favorece a los trabajos que requieren mayor cualificación, el beneficio para las mujeres capacitadas se observa en los países emergentes, pero en la expansión de trabajos de baja cualificación se expande tanto en hombres como en mujeres.

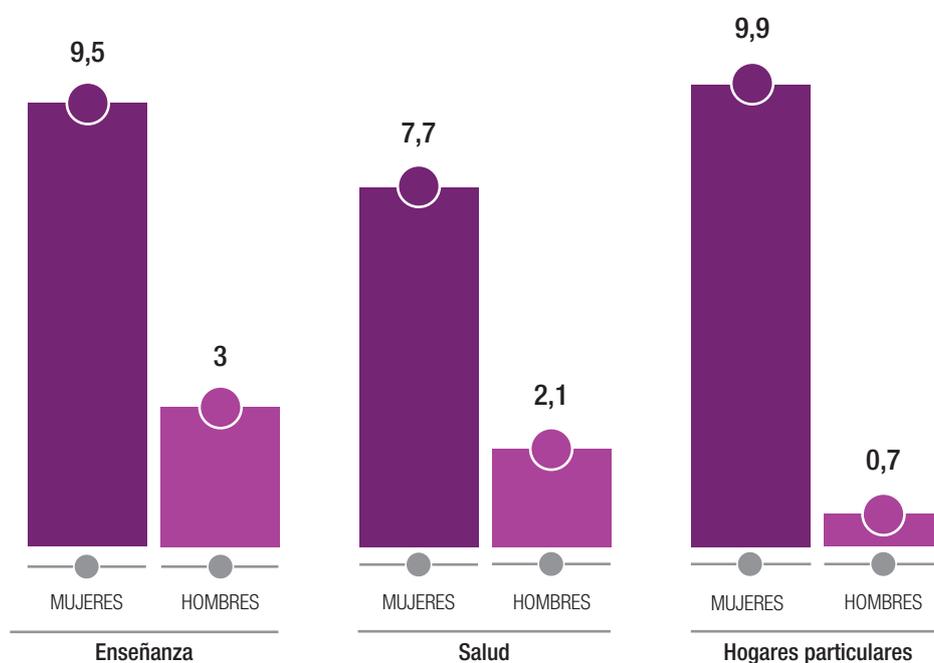
Por otro lado, de acuerdo con la CEPAL, (2021a), la pandemia ha generado un retroceso de más de 10 años en la participación laboral de las mujeres en toda América Latina y el Caribe. Esta desigualdad generada ha ocasionado que se atenúen las condiciones de las mujeres en el mercado laboral y que se limite su tasa de participación al 46% en el año 2020, mientras que la tasa de participación laboral de los hombres constituye un 69% en el mismo año. Respecto al incremento de la tasa de desocupación, en el caso de las mujeres alcanzó al 12% el año 2020, comparado con el 2019, con un incremento porcentual interanual es del 22,2%. Las mujeres han tenido que salir del mercado laboral para atender las demandas del cuidado de los niños y del hogar y en la actualidad en muchos casos, no han retomado su empleo o no han vuelto al trabajo productivo, marginando su actividad al trabajo reproductivo.

La participación de las mujeres en el mercado laboral en tiempos de la pandemia se ha caracterizado por centrarse en los sectores de actividad económica relacionada a la enseñanza, la salud y en hogares particulares, siendo estos sectores los más vulnerables al contagio en pandemia (**Gráfico 3**).

Si bien se perfilaron como de bajo riesgo de pérdida de empleo, los trabajadores tanto del sector de la salud como de la enseñanza debieron enfrentar horas de trabajo imprevisibles o excesivas, inseguridad laboral y una alta exposición al contagio. Como personas ocupadas en empleos esenciales, tuvieron que conciliar su actividad laboral con las necesidades de cuidado de sus hogares y adaptar rutinas para no exponer a sus convivientes al contagio. Se trató de esfuerzos invisibilizados e infravalorados en términos económicos. La cantidad de horas extras que demanda la atención de la pandemia no se tradujo en salarios proporcionalmente más altos. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020: 215)

Gráfico 3

Proporción de la población ocupada en cada sector de actividad económica en relación con el total de personas en el sector en América Latina - 2020



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL: Panorama Social de América Latina 2021

El trabajo doméstico remunerado, se caracteriza por una alta precarización y por la imposibilidad de ser realizado de forma remota, por tanto ha sido uno de los sectores más afectados por la crisis en la pandemia. Si se evalúan los datos del año 2019, antes de la propagación de la pandemia, de un total de 13 millones de personas que se dedicaban al trabajo doméstico remunerado, el 91,5% eran mujeres. Es decir, representaba un 11,1% de las mujeres ocupadas en la CELAC. A finales del 2020 el empleo en ocupaciones de trabajo doméstico remunerado disminuyó de forma sustancial "...-24,7% en Brasil; -46,3% en Chile; -44,4% en Colombia; -45,5% en Costa Rica; -33,2% en México; y -15,5% en Paraguay..." (CEPAL, 2021).

Para el año 2021, el comportamiento del desempleo femenino refleja una tasa de desocupación del 11,8%, que respecto a la tasa de desempleo masculina está situada en el 8,1% (CEPAL, 2022). Sin embargo, un gran porcentaje de la tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral está representado en los sectores que han sido más afectados por la crisis como es el sector manufacturero, del comercio, turismo, trabajo del hogar, trabajo informal y otros. Estos sectores tienen un acceso menor a la seguridad y protección social y se caracteriza por una sobrecarga laboral y menor productividad.

Según la CEPAL, las mujeres en América Latina y el Caribe participan del mercado laboral en sectores con un mayor efecto negativo en términos de ingresos y empleo como consecuencia de la pandemia.

Los países del Caribe han sufrido una reducción de servicios turísticos ocasionando un incremento en el desempleo femenino, siendo que un 11,9% del empleo femenino y un 5,7% del empleo masculino ha sido afectado por los efectos de la pandemia.

De acuerdo al análisis de la CEPAL, en 12 países de América Latina considerados, la tasa de desocupación de la población activa mayor a 15 años y por estrato social muestra que a nivel regional, la tasa de desempleo aumentó a 9,8% en el año 2020, siendo que entre las personas con estrato bajo no pobre hubo un incremento de la tasa de desempleo de 12%. En las personas en situación de pobreza extrema, la tasa de desempleo aumentó considerablemente de 5,4 puntos porcentuales. Los resultados nos muestran que mientras mayor nivel de pobreza, existe un mayor número de desempleados en la región y que los resultados se acentuaron en tiempos de COVID-19.

2.1.2. Desigualdad en el nivel de ingresos y pobreza

En las sociedades capitalistas modernas, el nivel de los ingresos monetarios depende de cómo las personas se insertan en la actividad económica y, por lo tanto, tal como se ha descrito anteriormente la desigualdad en el acceso e inserción de las mujeres en la misma se traduce en una constante brecha salarial por género.

Se estima que, a nivel mundial, la brecha salarial de género es del 23%; es decir, las mujeres ganan el 77% de lo que ganan los hombres (Organización Internacional del Trabajo, 2016). El documento citado también advierte que la brecha no está vinculada al nivel de desarrollo de un país y que el desarrollo económico en iguales circunstancias por sí solo no asegurará una distribución equitativa del ingreso, por lo tanto, son necesarias políticas específicas que tengan por objetivo este logro.

En América Latina y el Caribe, se estima que las mujeres perciben en promedio el 83.9% del salario que reciben los hombres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017). La brecha de género en relación al ingreso está sintetizando una serie encadenada de desigualdades, que dan como resultado un menor acceso de las mujeres al trabajo y por lo tanto a la capacitación laboral y al uso de la tecnología; menor cantidad promedio de horas diarias de trabajo remunerado y menor remuneración incluso en igualdad de puestos y horas trabajadas que los hombres. Por todas estas condiciones, las mujeres están en peores condiciones en relación a la protección social (jubilaciones o pensiones). La OIT (2017) señala que en el mundo hay 200 millones de mujeres sin protección social y 115 millones de hombres. Y el 60% del total de mujeres empleadas no tienen beneficios o cobertura legal frente a la maternidad.

De acuerdo a la CEPAL:

Uno de los pilares fundamentales para reducir la desigualdad es lograr la autonomía de las mujeres, en particular su autonomía económica. Hay evidencia empírica suficiente de que el aumento de la participación y de los ingresos laborales de las mujeres tiene efectos significativos en la reducción de la pobreza y de la desigualdad de ingresos. En general, **las mujeres tienen menor acceso a los recursos productivos y financieros**, así como a los recursos monetarios, a la capacitación y al uso de las distintas tecnologías. Por otra parte, debido a su **alta carga de trabajo doméstico no remunerado**, disponen de menos tiempo para su uso personal, lo que atenta contra sus posibilidades de capacitarse y mantener una presencia continua en el mercado laboral.

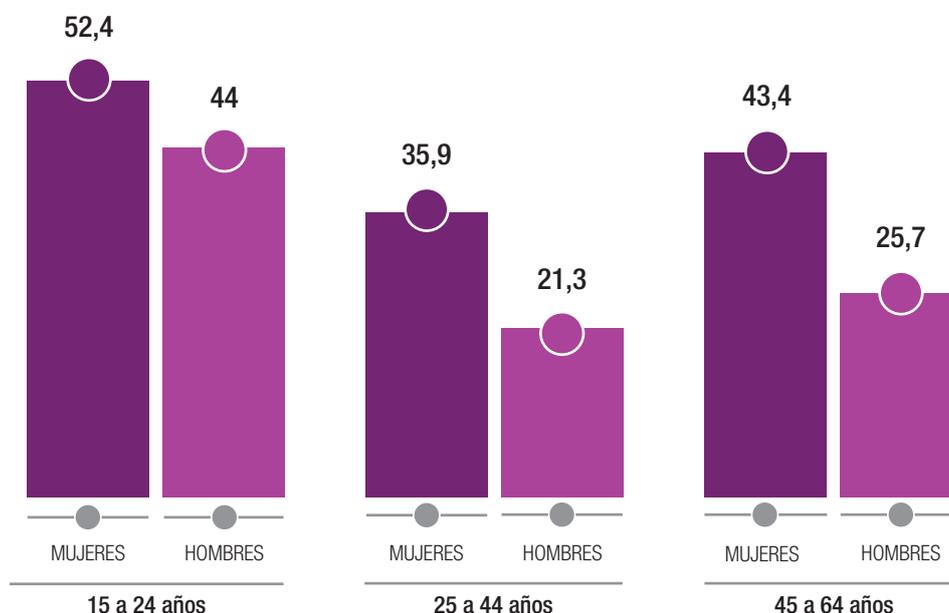
[...]

Si bien se han producido mejoras en los últimos años, las brechas de ingresos que enfrentan las mujeres, junto con la composición diferenciada de dichos ingresos, permanece como una característica distintiva de la desigualdad en todos los países de la región (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016: 15-16) (negritas añadidas).

Estas condiciones estructurales que reproducen las desigualdades de ingreso también condenan a las mujeres a condiciones de pobreza y mayor vulnerabilidad social. En los quintiles de ingreso inferiores (I, II y III) las mujeres están más representadas que los hombres, y en un 40% más que ellos a las edades de 25 a 49 años. El Informe de la CEPAL (2016) sobre países de América Latina, presenta datos que dan cuenta del porcentaje de trabajadores (hombres y mujeres) que perciben ingresos por debajo del salario mínimo, por grupos de edad y zona urbano y rural. La brecha de género se expresa en todos los grupos de edad y de manera ascendente, es decir que en el grupo de 15-24 años, si bien el porcentaje de mujeres y hombres que tienen ingresos inferiores al salario mínimo es alto (52.4% en mujeres y 44% en hombres), la brecha es de 8.4 puntos porcentuales, mientras que entre los 25 a 44 años la brecha es de casi 15 puntos porcentuales y en el grupo de edad de 45 a 64 años es de casi 18 puntos porcentuales. El contexto en este grupo es que el 43.4% de las mujeres tienen ingresos inferiores al salario mínimo frente al 25.7% de los hombres (**Gráfico 4**).

Gráfico 4

Porcentaje de personas ocupadas cuyos ingresos laborales son inferiores al salario mínimo nacional por sexo y grupos de edad – América Latina 2014



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL (2016): Panorama Social de América Latina 2016

La crisis de la pandemia COVID-19, ha ocasionado una mayor desigualdad en la distribución del ingreso en el año 2020, en la mayoría de los países de la CELAC, incrementado por el efecto del aumento del nivel de desempleo y la caída de los ingresos laborales del trabajo asalariado dentro de los grupos más pobres de la población. Por otro lado, el trabajo informal ha suavizado un poco la caída sustancial del ingreso laboral de este grupo de la población. Los gobiernos a través de sus políticas de transferencia de ingresos para reducir los efectos de la pandemia COVID-19 han permitido que los índices de desigualdad no lleguen a nivel mayores.

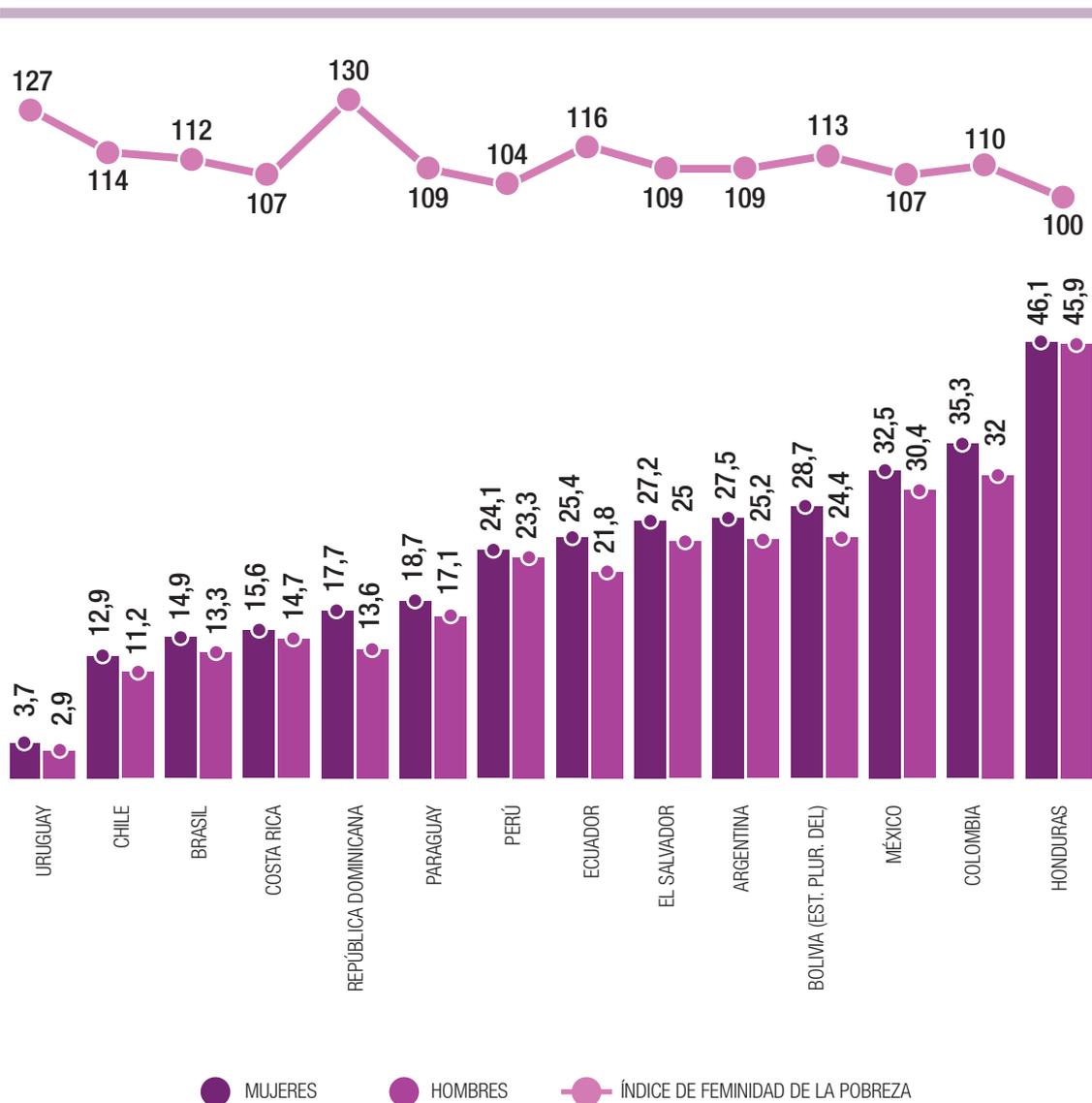
Los empleos informales son los que registraron los salarios más bajos, muchos de estos representados por una alta participación de mujeres ya que son sectores altamente feminizados, lo que ocasionó una contracción del empleo. La variación positiva en incremento del empleo informal de las mujeres en algunos países de la CELAC refleja el “efecto composición”⁶, siendo que en promedio hubo una disminución de los ingresos laborales (CEPAL, 2022) . En todos los países de la región se

6 El efecto composición mide el efecto de los cambios en la distribución de las características de los trabajadores (por ejemplo: cambios en la proporción de trabajadores informales) sobre los diferenciales de ingresos entre grupos.

registra un mayor desempleo femenino entre mujeres de 20 y 59 años con tasas de pobreza más altas que los hombres (**Gráfico 5**).

Gráfico 5

Tasa de pobreza por sexo e índice de feminidad de la pobreza, personas de 20 a 59 años – 2020.
(En porcentaje y valor del índice de feminidad de la pobreza)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CEPAL: Panorama Social de América Latina 2021

Respecto a la autonomía económica de las mujeres, la CEPAL refiere que en 2020, el 32% de las mujeres no recibían ingresos propios siendo el único ingreso que las mujeres de la región percibieron, las transferencias no contributivas del Estado.

“Percibir ingresos confiere cierto poder de decisión sobre el destino del dinero. Por ello, la proporción de personas sin ingresos propios se ha convertido en un indicador central para el análisis de la autonomía económica de las mujeres y la caracterización de las desigualdades de género en términos de acceso a recursos monetarios” (Bidegain, Scuro y Vaca Trigo, 2020; CEPAL, 2002).

En los hogares donde hay niñas y niños menores de siete años, el 45.7% de las mujeres se encuentran fuera del mercado laboral vs un 10% de los hombres en la misma situación. Este porcentaje baja a un 35.8% en el caso de los hogares sin niñas o niños, vs un 20% de los hombres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2016a).

2.1.3. Distribución y uso del tiempo

El tiempo es un recurso limitado y del mismo modo que ocurre con los ingresos, la carencia de éste y/o la falta de libertad para disponer del mismo es un factor importante en la configuración de la desigualdad en general en una sociedad, pero es central para comprender los determinantes de la desigualdad de género.

La disposición del tiempo propio implica no solamente la posibilidad de acceder al mercado de trabajo sino también de participar de cursos de capacitación, eventos de recreación y socialización, que van configurando lo que se ha denominado capital social y capital cultural, que también juegan un rol relevante para el acceso a empleos de calidad y mejor pagados. Por otra parte, la disposición del tiempo, del cuerpo, del dinero implica el ejercicio de la autonomía y este es un eje radical cuando se abordan las cuestiones de la inequidad y desigualdad de género. De allí que en las luchas feministas se han igualado las consignas “el cuerpo/lo personal es político” y “el tiempo es político”.

El tiempo no solamente es un recurso limitado, sino que tiene un valor inconmensurable —salvo cuando se trata de la fijación de los ingresos y salarios— por eso, la economía hegemónica no contabiliza el tiempo de trabajo no remunerado y esta información no es ingresada en los Sistemas de Cuentas Nacionales. Por ello las aportaciones de la economía feminista muestran “que gran parte de lo que se produce y lo que sostiene la vida de las personas no se considera ni contabiliza en la economía tradicional y hegemónica” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017: 185). De allí la denominación de economía del cuidado, al considerar las múltiples actividades que desarrollan fundamentalmente las mujeres, y que teniendo un valor monetario, no se contabiliza en las cuentas nacionales, pero tienen gran relevancia desde el punto de vista económico, político, cultural e ideológico.

Tomando la definición de Tronto, que cita el informe de la CEPAL:

El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien

como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo cual buscamos para entretener una compleja red de sostenimiento de la vida (Fisher y Tronto (1990), citado en Tronto (2006: 5). Esta definición incluye tanto la posibilidad del autocuidado como la de cuidar a otros, sin contar su dimensión afectiva, pero no lo equipara a una actividad mercantil cualquiera. Asimismo, incorpora tanto la perspectiva de quienes otorgan como de quienes reciben cuidado. (CEPAL, Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018, 2018)

Debido al extenso trabajo realizado por el Grupo de Trabajo sobre Estadísticas de Género de la Conferencia de Estadística de las Américas (CEA) de la CEPAL, se ha elaborado la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL) para dotar a los países de América Latina y el Caribe de un instrumento con enfoque de género, adecuado al contexto regional, que permita la armonización y estandarización de las encuestas de uso del tiempo, así como la producción de estadísticas en esta temática (CEPAL, 2016).

La CAUTAL brinda un nuevo reordenamiento de actividades del trabajo no remunerado en función del límite de producción del Sistema de Cuentas Nacionales y es utilizado para la elaboración de los formularios utilizados para el relevamiento de información de las encuestas de uso del tiempo y su análisis. “Este clasificador refleja las actividades que se realizan para la reproducción y el bienestar de los miembros de los hogares incorporando una perspectiva de género, ya que explicita y clasifica las actividades del trabajo no remunerado, hasta entonces invisibilizadas. Así, da cuenta de la división sexual del trabajo presente en los hogares, y en particular del tiempo total de trabajo” (CEPAL, 2006).

Desde el punto de vista conceptual y metodológico, constituye un gran avance para el conocimiento, el registro y el análisis de todo el trabajo realizado en una sociedad, tanto por hombres como por mujeres, contabilizando los trabajos no remunerados realizados en el hogar, en el cuidado personal y de terceras personas y el tiempo empleado en actividades de recreación y ocio.

*Además de la información que brindan las mediciones sobre el uso del tiempo, las encuestas de hogares de la región muestran que, **en promedio, el 43,4% de las mujeres de entre 20 y 59 años de edad identifican razones familiares** (cuidado de niños y niñas o personas dependientes, trabajo doméstico o la prohibición por parte de miembros del hogar) **como motivo principal para no buscar activamente o desempeñar un trabajo remunerado** (CEPAL, 2016a). La sobrecarga de trabajo no remunerado merma la participación de las mujeres en la toma de decisiones, el avance de sus trayectorias laborales y sus posibilidades ocupacionales, lo que, a su vez, reduce sus ingresos y sus perspectivas de acceso a la seguridad social, que todavía está directamente vinculada al trabajo formal asalariado. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017: 196).*

El ciclo de vida y la exigencia del estereotipo de género sitúa, precisamente a la mujer, al cuidado exclusivo de los hijos e hijas y de miembros del hogar que requieran atención, infringe una sobre carga de trabajo, compuesto en mayor medida por el trabajo no remunerado, es decir, el doméstico.

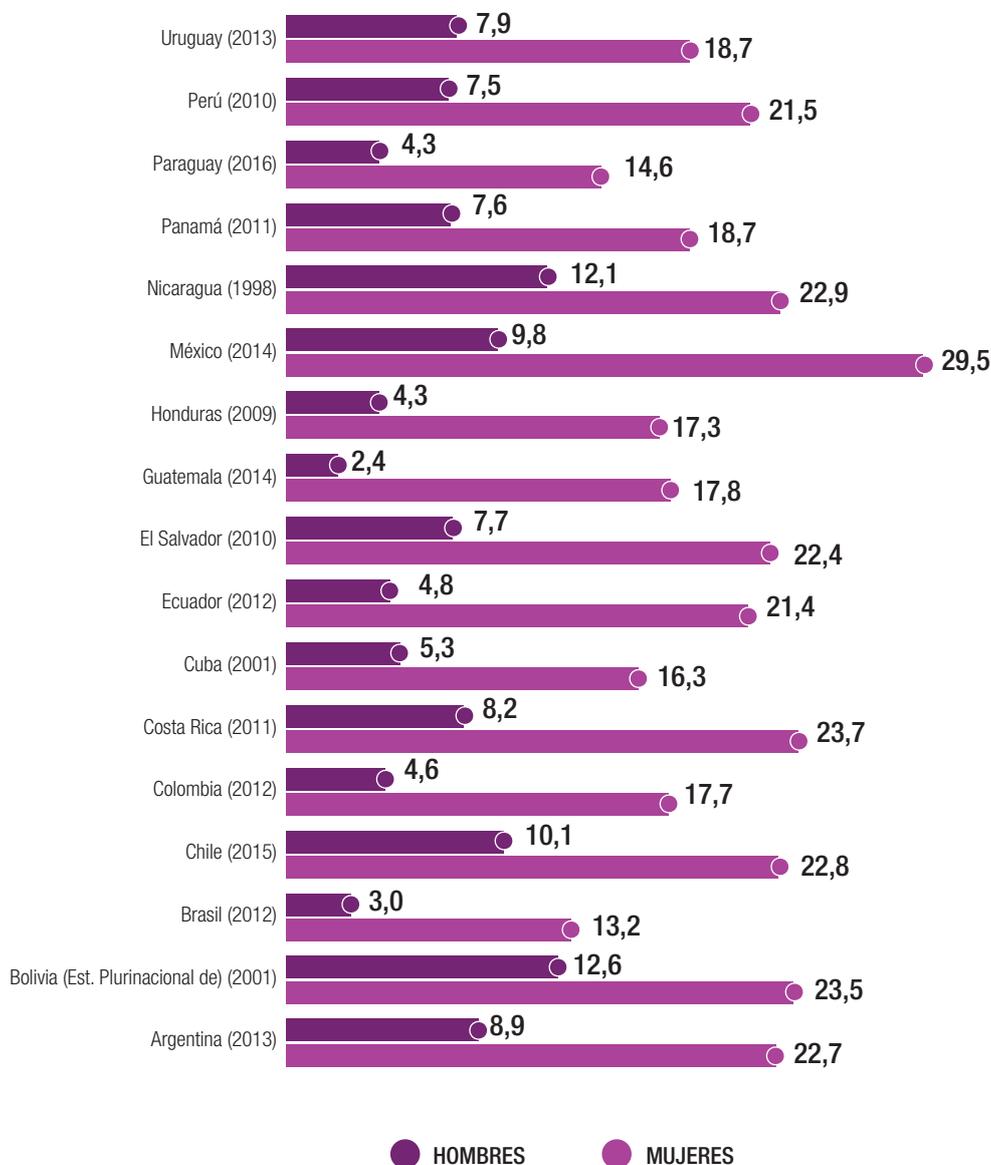
Diversos estudios de carácter cualitativo indican que la percepción de las mujeres sobre su inserción en el mercado laboral está mediada por sus experiencias como madres y cuidadoras, vinculadas a permanentes negociaciones familiares. Un estudio realizado en el Estado Plurinacional de Bolivia (Marco, 2016) muestra que las mujeres perciben la autonomía económica como un proceso con múltiples desafíos. Algunas de las características de las trayectorias de las entrevistadas son la temprana y masiva inserción laboral y la conciencia de las desigualdades que experimentan y aspiran superar. Todas las entrevistadas, sin excepción, consideran que tener un empleo e ingresos es beneficioso para las mujeres. Esto puede parecer obvio, pero no lo es, pues, dada la carga de trabajo remunerado y no remunerado, era posible que no todas consideraran que el empleo fuera una ventaja. (CEPAL. Autonomía de la mujer e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible, 2016)

Este tema ha sido retomado en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, constituyéndose en la meta 5.4: “se observa una especial preocupación por reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructura y la formulación de políticas de protección social”.

En el marco de estas cuestiones, se han desarrollado encuestas que abordan el uso y distribución del tiempo, proporcionando información estandarizada que permite visibilizar estos aspectos de la desigualdad entre hombres y mujeres. Se cuenta con información, de la CEPAL, en 17 países de América Latina y un país del Caribe, sobre proporción del tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados según sexo (**Gráfico 6**). Los datos indican que esta proporción en las mujeres oscila entre el 13,2% al 29,5%, y los hombres entre el 3% al 9,8% dependiendo del país. Es decir que las mujeres destinan entre un quinto y un tercio de su tiempo diario o semanal al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados y el hombre alrededor del 10% como máximo. Estas brechas se amplían en el caso de las poblaciones indígenas.

Gráfico 6

Proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, según sexo⁷



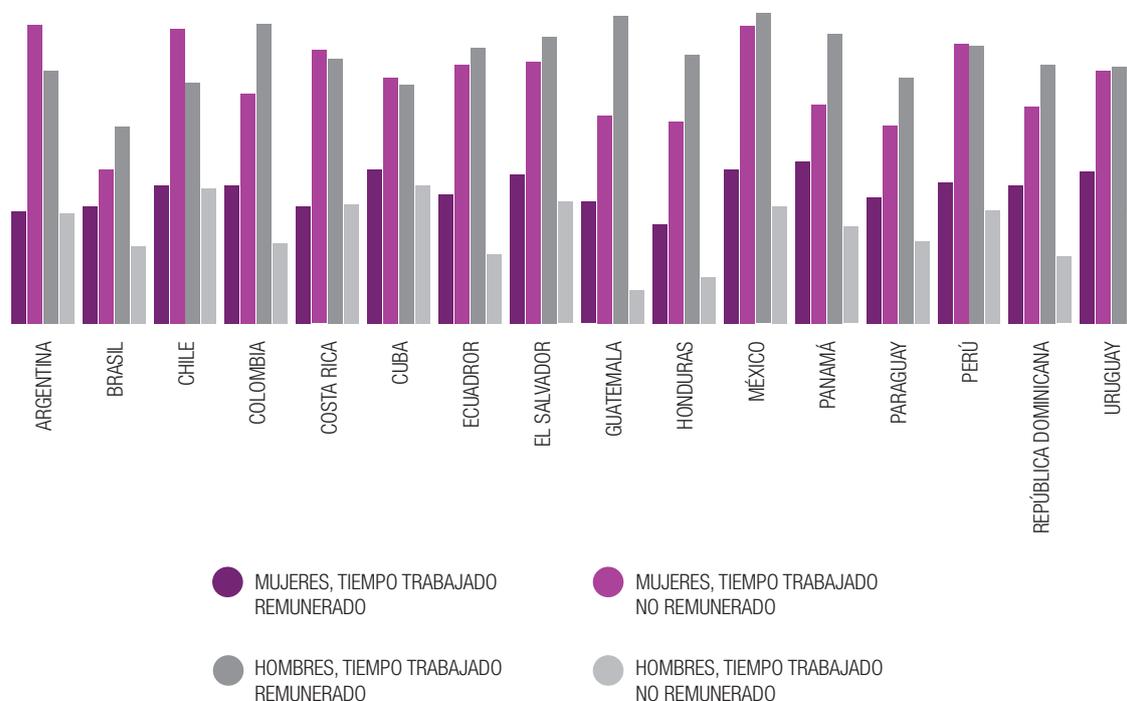
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)⁸

⁷ Se consideran el trabajo doméstico y de cuidado realizado para el propio hogar, otros hogares o la comunidad y el trabajo voluntario, excepto en el caso del Brasil, donde en la encuesta solo se incluye una pregunta relacionada con las tareas domésticas en el propio hogar, y Honduras, donde solo se incluye información relacionada con el cuidado de miembros del propio hogar. Los datos corresponden al total nacional, excepto en Costa Rica, donde se refieren a la Gran Área Metropolitana, y Cuba, donde se limitan a La Habana Vieja. Los datos se refieren a la población de 15 años o más, excepto en la Argentina, donde se limitan a la población de 18 años o más, y Nicaragua, donde se considera a la población de 6 años o más.

⁸ Sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas sobre el uso del tiempo de los respectivos países y División de Estadística de las Naciones Unidas, "SDG Indicators Metadata Repository" [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-04-01.pdf> [fecha de consulta: 3 de agosto de 2017].

Gráfico 7

Tiempo total de trabajo en América Latina, remunerado y no remunerado de la población de 15 años de edad y más, según sexo (Promedio de horas semanales)



Fuente: Elaboración propia en base a a Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe

El **Gráfico 7** presenta el promedio de tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, desagregado por sexo de 16 países de América Latina. En este análisis, las mujeres ocupan un tiempo promedio mayor a realizar trabajos en la esfera privada o a labores domésticas y de cuidados no remunerados. Por otro lado se observa que el hombre en promedio ocupa su tiempo en la producción de bienes o prestación de servicios para el mercado, el mismo que es remunerado o recibe un salario.

Otros datos relevantes en torno al trabajo no remunerado son los siguientes:

- ▶ Las jóvenes de 15 a 29 años que no trabajan ni estudian, emplean al menos 40 horas semanales al trabajo no remunerado en sus hogares.
- ▶ Las personas mayores son receptoras y dadoras de cuidado. Las mujeres brindan cuidado a otros unas 18 horas y los hombres 15 horas semanales.
- ▶ Las mujeres que clasifican en el quintil V de ingreso (es decir de mayor ingreso), destinan 32 horas semanales al trabajo no remunerado, mientras aquellas que clasifican en el quintil I (menor ingreso) le destinan 46 horas semanales al trabajo doméstico o al cuidado de otros. Mientras que, observados los hombres en ambos quintiles, la diferencia no alcanza a una hora.

Otros temas notables que están vinculados a la disponibilidad y uso del tiempo son la organización del espacio en el territorio, la distancia que separa la vivienda del trabajo y el tiempo empleado en el desplazamiento; así como la disponibilidad de agua corriente y otros servicios que no implique el traslado diario en su búsqueda o satisfacción, entre otras condiciones que pueden y deben ser abordadas en clave del uso del tiempo y la desigualdad de género.

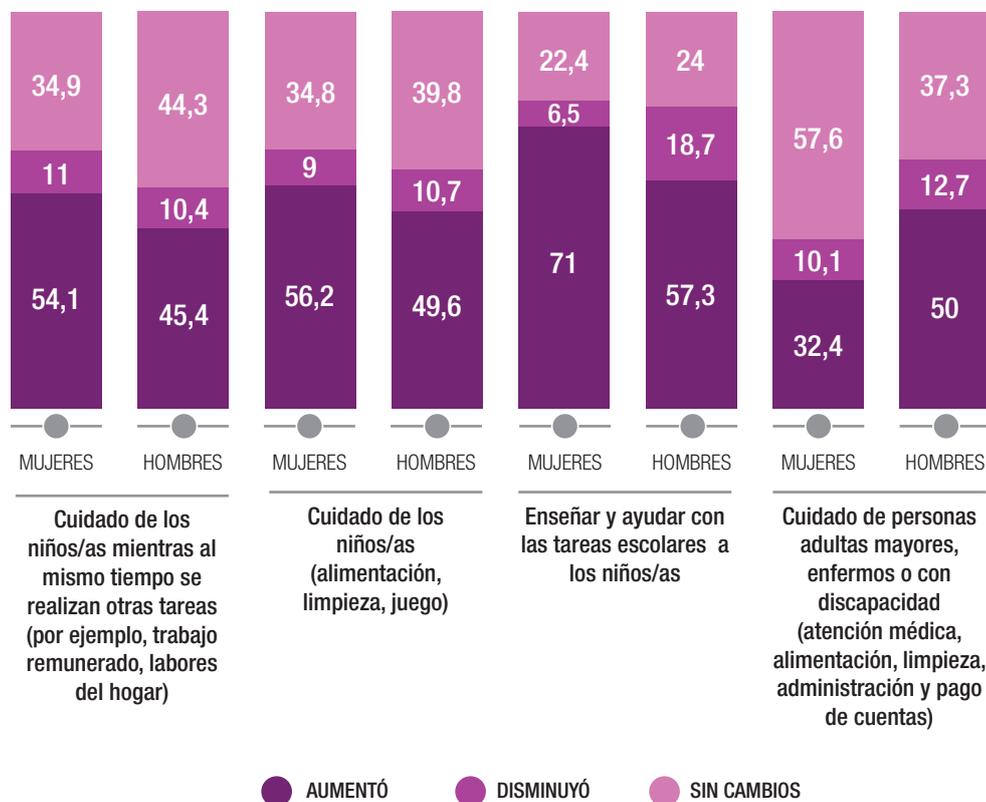
Varias encuestas realizadas en países de América Latina permiten recopilar datos de la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados que debieron enfrentar las mujeres en el marco de la pandemia de COVID-19.

La oficina regional para América Latina y el Caribe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) llevó adelante encuestas de evaluación rápida de género en Chile, Colombia y México durante el segundo semestre de 2020 para conocer el impacto del COVID-19. Los resultados indican que el tiempo dedicado a la alimentación, la limpieza y el juego con niñas y niños se ha incrementado en una mayor proporción entre las mujeres respecto de los hombres, y que la diferencia porcentual es de 8,4 puntos, en promedio. En particular, se destaca el aumento de las tareas de enseñanza y capacitación a niñas y niños y adolescentes que debieron enfrentar las mujeres en el marco del cierre de establecimientos escolares. Para estas tareas, la brecha promedio entre el tiempo dedicado por mujeres y hombres fue de 12,3 puntos porcentuales en los tres países. (CEPAL, 2022)

En el **Gráfico 8**, se analizan los resultados de la “Encuestas de Evaluación Rápida de Género” elaborada por ONU Mujeres por medio del Centro Global de Excelencia en Estadísticas de Género (CEEG) y en alianza con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) sobre las características, actividades y distribución de las trabajos de cuidados en tiempos de COVID-19 en México.

Gráfico 8

Distribución por sexo del cambio en el tiempo destinado a trabajo de cuidados durante la pandemia, por tipo de actividad



Fuente: Elaboración propia en base a ONU Mujeres: Encuestas de Evaluación Rápida de Género⁹

Asimismo, expertos y representantes gubernamentales en el Caribe, examinaron el trabajo de cuidados no remunerado en la 61ª Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en el evento titulado “La carga de trabajo de cuidado no remunerado para mujeres del Caribe en tiempos de COVID-19” donde expusieron experiencias de Trinidad y Tobago, Santa Lucía y Granada y avances sobre el desarrollo de herramientas para la medición del uso del tiempo.

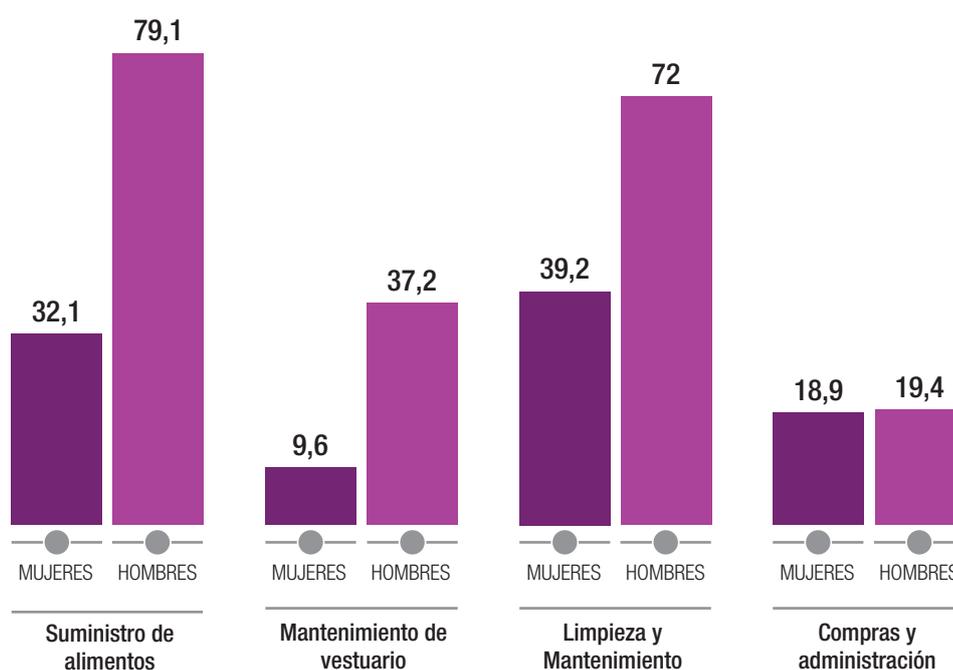
La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia permite comparar el tiempo dedicado a actividades de trabajo no remunerado y a actividades de trabajo doméstico para el propio hogar, según sexo y según actividad. Para los periodos de septiembre a agosto de 2020-2021 el 79,1% de las mujeres

⁹ Sobre la base de tabulaciones especiales sobre “Encuesta de Evaluación Rápida Sobre el Impacto del Covid-19” (Enericov-2020) México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENERICOV-25022021.pdf

se dedica a la labor de suministro de alimentos (preparar la comida y otros relacionados), mientras que en estas actividades participaron solo el 32,1% de los hombres. En otro tipo de actividades la participación de hombres y mujeres es similar en especial lo relacionado con las actividades vinculadas a limpieza y mantenimiento. (DANE, 2021)

Gráfico 9

Participación en actividades de trabajo doméstico para el propio hogar, según sexo Colombia. Septiembre a agosto (2020-2021)



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) - Colombia

2.1.4. Nivel de educación de las mujeres

El acceso a la educación y el nivel educativo alcanzado son dos de los principales determinantes de un mejor acceso al mercado de trabajo y de inserción laboral, tanto en hombres como en mujeres, que se traduce en mejores condiciones de vida. En las mujeres, el nivel de educación alcanzado impacta de un modo directo sobre sus condiciones de salud y contribuye de manera importante a la reducción de las desigualdades sociales y de género. Datos publicados por ONU Mujeres muestran la relación entre el nivel educativo de las mujeres en diferentes países de América Latina y el Caribe y diversos indicadores sociales y de salud, como la maternidad precoz o la proporción de madres solas que se muestran en las dos figuras siguientes. Tal como se observa, en aquellas mujeres que solamente tienen el nivel primario de educación, el porcentaje de las que tienen hijos a los 19 años oscila entre el 20% al 70% en los países y a medida que se incrementa

el nivel educativo desciende este porcentaje hasta menos del 10% en el grupo de mujeres con nivel terciario (**Tabla 2**)

Tabla 2
Porcentaje de mujeres que son madres a los 19 años Según el nivel de estudios en América Latina y el Caribe

Países	Tasa global de fecundidad*		Proporción de mujeres que son madres a los 19 años, por nivel educacional*			
	1990-1995	2010-2015	Últimos datos disponibles			
			Primario	Secundario	Terciario	Total
América Latina						
Argentina	2,9	2,3	47,8	24,5	4,8	24,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4,8	3,2	52,0	27,2	6,4	26,7
Brasil	2,5	1,9	70,1	46,7	24,4	57,1
Chile	2,4	1,8	57,2	24,1	6,1	24,1
Colombia	2,8	1,9	-	-	-	-
Costa Rica	3,0	1,9	43,6	14,3	4,6	21,9
Ecuador	3,6	2,6	56,2	30,5	10,3	32,7
El Salvador	3,7	2,0	48,1	21,3	5,5	30,1
Guatemala	5,2	3,3	34,5	14,1	4,0	33,0
Honduras	4,9	2,5	47,0	21,9	7,9	34,4
México	3,3	2,3	51,9	25,6	3,7	26,1
Nicaragua	4,2	2,3	50,8	23,0	7,6	38,6
Panamá	2,9	2,5	59,2	25,0	5,8	29,5
Paraguay	4,3	2,6	40,2	15,0	4,3	26,8
Perú	3,6	2,5	48,9	25,7	7,6	24,1
Uruguay	2,5	2,0	46,9	11,8	1,0	20,1
Venezuela (República Bolivariana de)	3,1	2,3	54,7	19,7	3,7	29,7
Caribe						
Antigua y Barbuda	2,1	2,1	-	-	-	-
Bahamas	2,6	1,9	-	-	-	-
Barbados	1,7	1,8	-	-	-	-
Bélice	4,3	2,6	-	-	-	-
Cuba	1,7	1,6	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-
Granada ⁹	3,5	2,2	17,5	17,6	8,1	15,0

Países	Tasa global de fecundidad*		Proporción de mujeres que son madres a los 19 años, por nivel educacional*			
	1990-1995	2010-2015	Últimos datos disponibles			
			Primario	Secundario	Terciario	Total
Guyana	3,4	2,6	-	-	-	-
Haití	5,1	3,1	-	-	-	-
Jamaica ⁹	2,8	2,1	44,4	27,7	8,0	23,4
República Dominicana	3,3	2,5	69,6	32,9	7,2	35,7
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía ⁹	3,2	1,9	33,6	16,6	4,5	15,4
San Vicente y las Granadinas	2,9	2,0	-	-	-	-
Suriname	3,2	2,4	-	-	-	-
Trinidad y Tobago ⁹	2,2	1,8	20,4	18,2	3,8	12,9

Fuente: Itzkowich y Torrecillas, 2017.

En tiempos de pandemia COVID-19, se han incrementado los factores de riesgo para que las niñas y adolescentes abandonen sus estudios. Por un lado, el cierre masivo de las escuelas a partir de las medidas para evitar la propagación del virus y la falta de condiciones para acceder a educación a distancia han incrementado las brechas educativas. Las responsabilidades en el hogar y el aumento de la violencia psicológica, física y sexual también han generado que el tiempo dedicado a sus estudios de las mujeres se vea afectado.

Esta desvinculación del sistema educativo tiene efectos en el mercado laboral que se ven reflejados a corto y mediano plazo. La pandemia ha ocasionado que exista un mayor riesgo de exclusión, situación que obliga a muchas jóvenes y adolescentes a salir al mercado laboral por la necesidad de obtener recursos para el hogar o a incrementar el número de horas dedicadas a las actividades del hogar, irrumpiendo su participación en una educación y formación adecuada, lo que a la larga incidirá en que sus niveles de ingresos sean menores¹⁰.

Cuanto más tiempo permanezcan cerradas las escuelas, menos factible es que los niños y niñas en situación de vulnerabilidad vuelvan a ocupar su lugar en el aula. UNESCO proyecta que más de 3,1 millones de niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe podrían no regresar nunca a la escuela debido al COVID-19. A nivel mundial, es probable que esta región sufra el segundo mayor descenso en la matrícula escolar (1,83 por ciento) entre todas las regiones. Ya el porcentaje de niños que no recibe educación alguna, ni presencial ni de forma remota, se ha disparado del 4 al 18 por ciento en los últimos meses. Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad corren un mayor riesgo de abandonar la escuela, junto con las adolescentes que están

¹⁰ Exclusión, entendida como la inasistencia escolar continuada.

embarazadas o ya son madres y quienes viven en la pobreza extrema. En general, en los países de América Latina y el Caribe, el 21 por ciento de los niños, niñas y adolescentes de los hogares más pobres no recibe educación de ningún tipo en comparación con el 14 por ciento de los hogares más ricos.

[...]

Las repercusiones económicas de esta crisis deben medirse no solo en términos de pérdida de empleos e ingresos en el presente, sino también por las pérdidas que sufrirá la fuerza laboral de la región en los años venideros. Según datos del Banco Mundial, cada niña y niño en educación primaria y secundaria en América Latina y el Caribe podría perder entre US\$242 y US\$835 en ingresos anuales, lo que equivale a más de US\$15.000 a lo largo de su vida laboral. Esto tendrá un impacto significativo en los niveles de pobreza en una región en la que las desigualdades ya son pronunciadas.

En general, la región podría sufrir una pérdida de hasta US\$1,2 billones en ingresos durante el ciclo de vida de esta generación de estudiantes como resultado de meses perdidos de escolaridad, logros de aprendizaje inferiores y una mayor probabilidad de abandonar la educación por completo, todas características de una potencial catástrofe generacional. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020)

Otra condición que incrementa la vulnerabilidad social es la maternidad solitaria, sin la compañía del progenitor. Esta condición es un determinante estructural que profundiza las desigualdades de clase y de género. Tal como se observa en el **Gráfico 10**, el porcentaje de madres solas es mayor cuando el nivel educativo alcanzado es el primario y va disminuyendo conforme aumenta la escolarización de las mujeres.

Gráfico 10

Porcentaje de madres solas entre las mujeres de 20 a 29 años. Según nivel de estudios en una selección de países de América Latina



Fuente: Itzkowich y Torrecillas, 2017.

2.1.5. Violencia contra las mujeres como determinante estructural

Recientes estudios y análisis sobre la violencia hacia las mujeres están demostrando cuán grave y extendido se encuentra este problema en las sociedades actuales y seguramente desde siempre, pero en los últimos años se ha promovido su desvelo, denuncia y la toma de conciencia sobre la amplitud de dicha violencia, tomando en cuenta cómo afecta a la integridad de las mujeres desde todos los planos: psicológico, emocional y físico, añadiendo más vulnerabilidad a las condiciones económicas y sociales existentes, según se ha analizado en los puntos anteriores. Por ello es que el tema de la violencia hacia las mujeres se incorpora como parte del análisis de condiciones estructurales que dan cuenta de la situación de las mismas. Condiciones estructurales que expresan relaciones de poder y modos de reproducción de relaciones sociales que han internalizado patrones y estereotipos de género difíciles de desestructurar y en los cuales, se han establecido diversos modos de ejercicio de prácticas violentas hacia las mujeres, desde la negación de derechos civiles, hasta formas de discriminación económica y social, pasando por violencia institucional, psicológica y física con especial atención al ámbito familiar donde se presenta la mayor incidencia. Por ello el padecimiento de la violencia, ha formado y aún forma parte, de la vida cotidiana de millones de mujeres que se encuentran en condiciones de opresión.

Como se profundizará en el siguiente capítulo de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) del año 1994, por violencia contra la mujer, se entiende “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha retomado este tema en tanto que la violencia tiene múltiples efectos sobre la salud, tanto física, mental, sexual y reproductiva y conductual, los mismos que tienen efecto en los niveles de morbilidad y mortalidad de las mujeres. Las lesiones físicas agudas o más graves como la discapacidad; las consecuencias en la salud sexual y reproductiva como el embarazo no deseado; las infecciones de transmisión sexual, el daño fetal y los nacimientos prematuros están asociados al padecimiento de violencia por parte de las mujeres víctimas. La prevalencia de depresión, trastornos de sueño o de ansiedad, trastornos por estrés post traumático e intentos de suicidio es mayor y de modo inverso en mujeres que han sufrido violencia. El abuso de alcohol y problemas de ansiedad y depresión son consecuencias conductuales que presentan mujeres que han padecido violencia física y/o sexual, independientemente de quién sea su agresor (OPS, 2013).

La violencia también impacta sobre el ámbito social debido a que las mujeres que la padecen en el ámbito familiar usualmente van perdiendo o pierden lazos y vínculos con el espacio público, entre otros efectos adversos. La socialización de niñas y niños en ámbitos violentos y sus consecuencias forma parte del conjunto de efectos psicológicos y sociales que provoca la violencia.

La magnitud global de todas las formas de violencia aún no ha sido registrada, pero conforme las acciones y programas con perspectiva de género se ha avanzado en el registro de, al menos, algunos aspectos de la violencia que padecen las mujeres y se han elaborado informes específicos a nivel regional y mundial. En este marco, la OMS ha avanzado en la estimación de la ocurrencia alguna vez en la vida (prevalencia de vida) de un tipo de violencia, la violencia física y/o sexual, ya sea ejercida por la pareja íntima de la mujer o por terceras personas. Los datos indican que, a nivel mundial, el 35,6 % de las mujeres de 15 años o más, ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja íntima o de violencia sexual por parte de un tercero (personas distintas de su pareja) y en América Latina y el Caribe el porcentaje es del 36,1% (OMS, 2013).

Es importante resaltar que estas estimaciones no han considerado a las niñas y a las adolescentes menores de 15 años, por lo tanto, la proporción estimada podría estar subvalorada. Por otra parte, una mujer que ha padecido violencia física o sexual tiene más probabilidades de padecer otros tipos de violencia e incluso varios episodios de violencia, con lo cual, estos datos no dan cuenta de la totalidad de hechos violentos ni de la totalidad de tipos de violencia que padecen las mujeres.

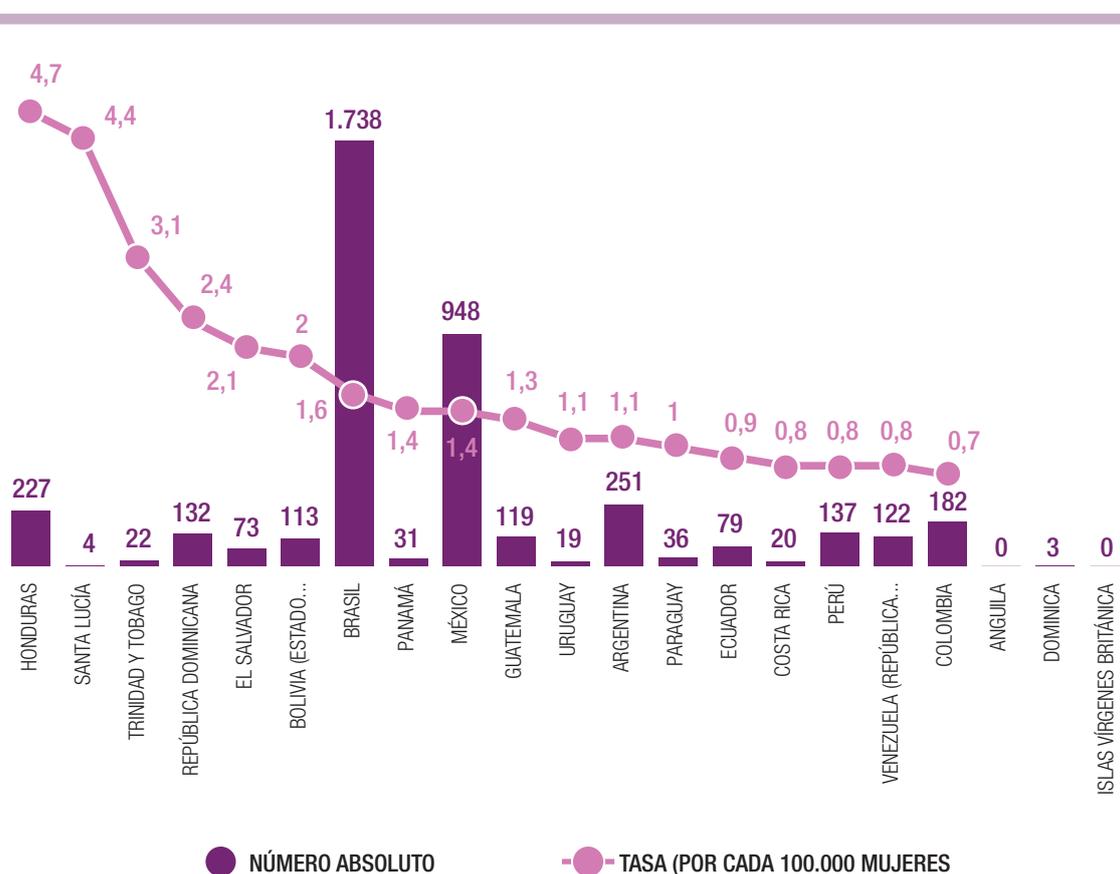
El feminicidio o femicidio es el crimen de odio, que se entiende como el asesinato a las mujeres, por el solo hecho de ser mujeres y se considera el acto de violencia más extremo. Los datos sobre feminicidio (OMS, 2013) muestran que, a nivel mundial, 38% de los asesinatos de mujeres fueron cometidos por una pareja íntima (en contraste al 6% de todos los hombres asesinados). Igualmente,

en América Latina y el Caribe, aproximadamente 38% de todas las mujeres asesinadas, murieron en manos de su pareja íntima.

De acuerdo con información de la CEPAL (2016b), en promedio, en América Latina y el Caribe al menos 12 mujeres son asesinadas diariamente; siendo países con tasas más altas de femicidio son Honduras (531 en el año 2014), Guatemala (217), República Dominicana (188) y El Salvador (183). De acuerdo al Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL, al menos 3.529 mujeres fueron asesinadas en 2018 en 25 países de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018).

Gráfico 11

Femicidio o femicidio, último año disponible (En números absolutos y tasas por cada 100.000 mujeres) América Latina, el Caribe (21 países):



Fuente: Elaboración propia en base a Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe

En el año 2020, América Latina contó con las tasas más altas por cada 100.000 mujeres de femi- cidios o femicidios. El **Gráfico 11** muestra los datos que corresponden a Honduras (4.7 por cada 100.000 mujeres), República Dominicana (2.4) y El Salvador (2.1). Según los reportes de 10 países

hubo una disminución en las tasas de femicidio en comparación con el año 2019, entre ellos se encuentran: Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Argentina y México registraron una tasa de femicidio similar a la reportada en 2019, mientras que Ecuador, Costa Rica y Panamá tuvieron un aumento en el número de feminidios en relación con el año anterior.

En los países del Caribe, Trinidad y Tobago muestra un aumento de la tasa por cada 100.000 mujeres de 2019 a 2020 (de 2,9 a 3,1). Islas Vírgenes Británicas y Anguila no registran feminidios en 2020 (CEPAL, 2020b). Lo que nos muestra la información proporcionada es que la violencia contra las mujeres es un hecho endémico de vulneración de derechos humanos: no conoce barreras de clase social, etnia, situación social, edad o nivel cultural. Sin embargo, como lo señala la Convención Belém do Pará en su artículo 9, debe tomarse especialmente en cuenta “la situación de vulnerabilidad a la violencia que puedan sufrir la mujer en razón, entre otras, de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad”.

La violencia hacia las mujeres se exagera en determinados grupos, entre los cuales se encuentran: usuarias de drogas, trabajadoras sexuales, en situación de calle y mujeres del grupo LGBTI (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016).

Específicamente, las usuarias de drogas son víctimas de múltiples formas de violencia: i) la violencia doméstica, en la esfera privada, familiar o conyugal; ii) la violencia en la infancia; iii) la violencia específica a los círculos de uso de drogas, principalmente de tipo sexual; iv) la violencia vinculada a la prostitución; v) la violencia de mujeres víctimas de trata; y vi) la violencia institucional (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016). Ésta se manifiesta en distintos contextos: en los centros relacionados con control de la oferta de drogas (estaciones de policía, centros de detención, etc.), así como en ámbitos de reducción de la demanda, especialmente si se trata de centros de tratamiento mixtos.

Rita Segato (2016) en su abordaje sobre el tema de la violencia contra las mujeres, sitúa una inédita modalidad de la violencia enmarcada en las nuevas formas de la guerra que se caracterizan por la informalidad y que se despliegan en un espacio paraestatal, surgidas en la segunda mitad del siglo XX. En este tipo de guerra, “la violencia contra las mujeres ha dejado de ser un efecto colateral de la guerra y se ha transformado en un objetivo estratégico”, en tanto la violación sistemática de las mujeres y el embarazo forzado es uno de los tres pasos en el objetivo de disolución de un pueblo sin que medie un genocidio. La autora también señala que es posible diferenciar dos clases de feminidios a partir de la consideración del móvil inmediato que los desencadena: aquellos que pueden ser referidos a motivaciones de orden personal o interpersonal (crímenes interpersonales, domésticos y de agresores seriales) y aquellos de carácter impersonal que no pueden ser referidos al fuero íntimo como desencadenante y en cuya mira se encuentra la categoría mujer. Hay una proporcionalidad directa entre la situación de guerra en un país y el aumento notable de feminidios, y en

aquellos países con alta conflictividad interna se incrementan los feminicidios impersonales, es decir los realizados por personas distintas a sus relaciones personales. Esta afirmación se basa en los resultados de un estudio realizado en 54 países que tienen información sobre la relación entre victimario y víctima. Como ejemplos, se presenta a Colombia y El Salvador, países que tienen las mayores tasas de feminicidios, en los cuales sólo el 3% del total son cometidos por un compañero actual o previo y, por otro lado, países con bajas o muy bajas tasas de feminicidios como Chipre, Francia y Portugal, donde el 80% de estos asesinatos son cometidos por sus parejas actuales o previas.

De acuerdo al informe sobre la situación de las niñas y las adolescentes de la CELAC, en Educación, Género y COVID-19 elaborado por ONUMJERES, la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe y Plan Internacional, en la cuarentena por COVID-19, la violencia contra niñas y adolescentes se ha incrementado. En Colombia se han registrado mayores casos de violencia sexual en niñas menores de 14 años, en Paraguay, existieron 182 casos de denuncias de abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes, (ONUMJERES, 2020).

De igual forma, el Informe COVID-19 elaborado por la CEPAL, UNICEF y la Oficina de la Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños (CEPAL, 2020c), advierte que los factores de riesgo de que niñas, niños y adolescentes sean víctimas de violencia en el hogar se han exacerbado, y que los factores de protección son menores. La violencia reportada no solo representa la agresión física; además se ha determinado que el incremento de la violencia psicológica está relacionado con el aumento en el estrés y la ansiedad ocasionados por el impacto económico del COVID-19.

Desde el inicio de la pandemia en América Latina y el Caribe, la violencia contra mujeres se ha intensificado, siendo algunos de los factores predominantes las medidas de confinamiento, el distanciamiento físico y las restricciones de movilidad, generando un mayor aislamiento de las mujeres de sus redes de apoyo. En muchos casos, los servicios de ayuda no estaban en funcionamiento. De acuerdo con el informe de 2020 de la CEPAL, un mayor número de niñas y niños han sido testigos de la violencia contra las mujeres generando estrés postraumático, depresión, ansiedad e impactos a largo plazo en el desarrollo, incluyendo un menor rendimiento escolar, afectaciones en la capacidad de atención y concentración, así como el desarrollo de prácticas nocivas como el abuso de sustancias y autolesiones. Las niñas y los niños que experimentan o presencian violencia en sus hogares son más propensos a ser perpetradores o víctimas de violencia en el futuro o a consumir algún tipo de droga.

2.2. Las mujeres y el uso problemático de drogas en América Latina y el Caribe

El análisis vertido en las páginas anteriores tuvo el objetivo de describir de un modo general al *colectivo mujeres* que se vinculan a los temas de drogas, es decir, de qué sujetos sociales estamos hablando, cuáles son sus limitaciones estructurales y sus condiciones socioeconómicas. Podemos

entonces iniciar el análisis de las vinculaciones con los usos y abusos de drogas conociendo —al menos en parte— las desigualdades estructurales de género que las determinan.

Es un gran desafío sintetizar una importante cantidad de información epidemiológica que proviene de distintas fuentes y estrategias de estudio, pero se prioriza la información que tenga alcance regional, sobre América Latina y el Caribe o sobre varios países que la integran, seguido por informes sub regionales y en última instancia se hace referencia a estudios nacionales o locales, sólo en la medida en que el conocimiento vertido permita complementar algún aspecto que se desee resaltar. En este sentido, en la presentación de la información disponible no hay pretensión de exhaustividad ni de completitud temática (al interior de cada área o tema presentado).

En este sentido, en relación al consumo de drogas en América Latina y el Caribe se presentan los principales indicadores, tomados del último Informe sobre el uso de drogas de las Américas 2019, elaborado por el Observatorio Interamericano de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, el organismo antidrogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA); las especificidades que hacen al consumo y abuso de drogas y al acceso al tratamiento en las mujeres, información y análisis que tendrán diferentes fuentes y referencia territorial a nivel mundial, en Europa y en subregiones y países de América Latina y el Caribe; la participación y rol de las mujeres en materia de la producción y comercialización de drogas y el impacto del sistema jurídico penal sobre ellas.

2.2.1. Panorama general del uso de drogas en América Latina y el Caribe en la población adolescente escolarizada

El más actualizado y completo panorama sobre el uso de drogas en América Latina y el Caribe se encuentra en el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, elaborado por el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD-OEA. En este informe se encuentran los últimos datos disponibles de los países de la región, en relación a los estudios epidemiológicos nacionales en población general, en estudiantes del nivel de enseñanza secundaria y en estudiantes universitarios.

En este sentido, se hace una selección de los datos disponibles de dicho Informe con el objetivo de hacer visible los niveles de consumo de las sustancias principales y las tendencias disponibles, considerando siempre la información desagregada por sexo. Se toman los datos allí vertidos y se realiza el análisis adicional deslindando de responsabilidad sobre los mismos al OID-CICAD-OEA.

Para ir adentrándonos en el tema, es importante resaltar que en el Resumen Ejecutivo de dicho informe explicita una conclusión sobre la cuestión de género y el consumo de drogas:

El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres. El uso no

médico de medicamentos de prescripción controlada, drogas sintéticas y opioides demuestran cómo los patrones del consumo de drogas están cambiando. (CICAD-OEA, 2019)

El análisis estará enfocado principalmente en datos de consumo en la población adolescente escolarizada, porque es la información que tiene mayor estandarización y cobertura a nivel regional. Estos estudios se focalizan en las y los estudiantes comprendidos generalmente entre los 12 y 17 años y se realizan a nivel nacional involucrando a más del 80% de los adolescentes en cada país. En este contexto, el Observatorio Interamericano concluye que:

En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud en ambos sexos para el uso de alcohol e inhalables. Similar a la población general, hay mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre las mujeres escolares que entre los hombres en casi todos los países. En contraste, la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los hombres que por las mujeres. En unos pocos países, sin embargo, las mujeres consumen cocaína, PBC y crack en mayor proporción que los hombres. Si bien los hombres siguen consumiendo tabaco y cannabis en tasas más altas que las mujeres, vemos que esta brecha de género se está cerrando en muchos países. (CICAD-OEA, 2019)

Las sustancias psicoactivas de mayor consumo entre las y los adolescentes son alcohol y tabaco, que, si bien su uso no está permitido en estas edades, su disponibilidad, accesibilidad y condición de legalidad, se traducen en las tasas de consumo más elevadas.

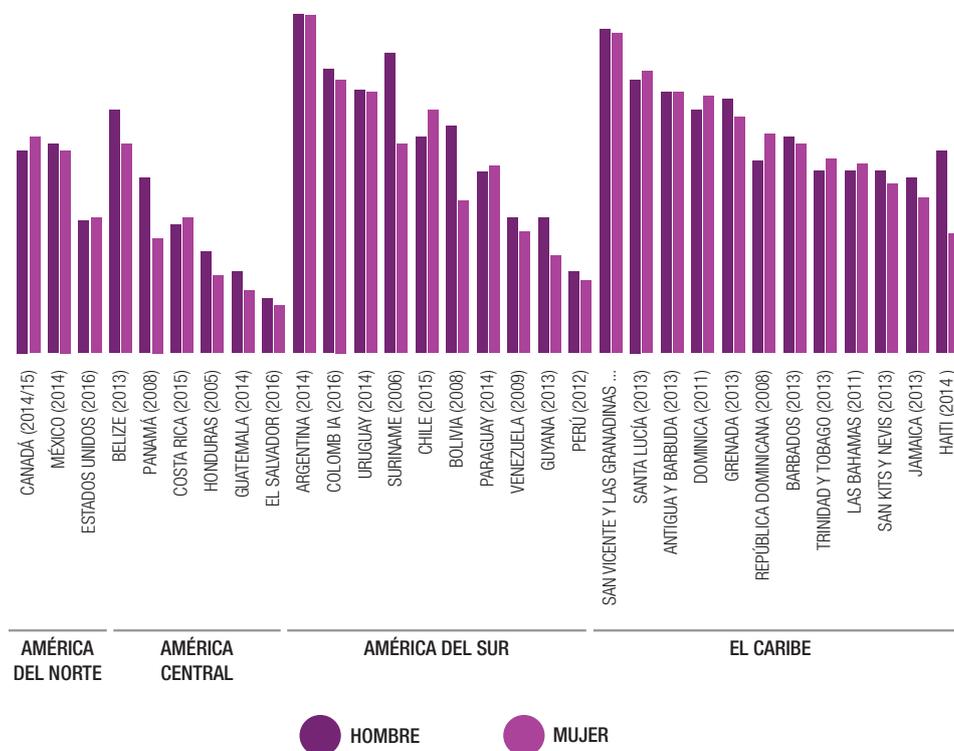
La extensión del consumo de alcohol en adolescentes escolarizados se expresa en prevalencias de último mes que llegan al 50% en dos países de la región y sobrepasan el 40% en otros dos. Según el informe citado, en 11 países, el consumo de alcohol en el último mes presenta registros entre el 30% y el 40%. En este contexto, el análisis de la prevalencia según sean hombres o mujeres (**Gráfico 12**) indica que en 8 países el consumo es levemente mayor entre las mujeres, en otros seis se puede concluir que existe equidad entre hombres y mujeres ya que las diferencias son inferiores a un punto porcentual y, solamente en dos países, la brecha de género pasa los 10 puntos de porcentaje, superior en los hombres.

El uso problemático de alcohol en adolescentes, estimado a partir del *binge drinking*¹¹, indica que este patrón de consumo está presente en uno de cada dos estudiantes de la región y si bien, salvo dos excepciones, es un patrón mayormente de hombres, las mujeres también presentan porcentajes altos. Las diferencias de género se encuentran por debajo de 10 puntos porcentuales.

¹¹ Se denomina así al consumo rápido e intensivo de bebidas alcohólicas como comúnmente se denominaría beber en “atracones”. Este tipo de consumo de alcohol se da principalmente en los jóvenes y adolescentes.

Gráfico 12

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



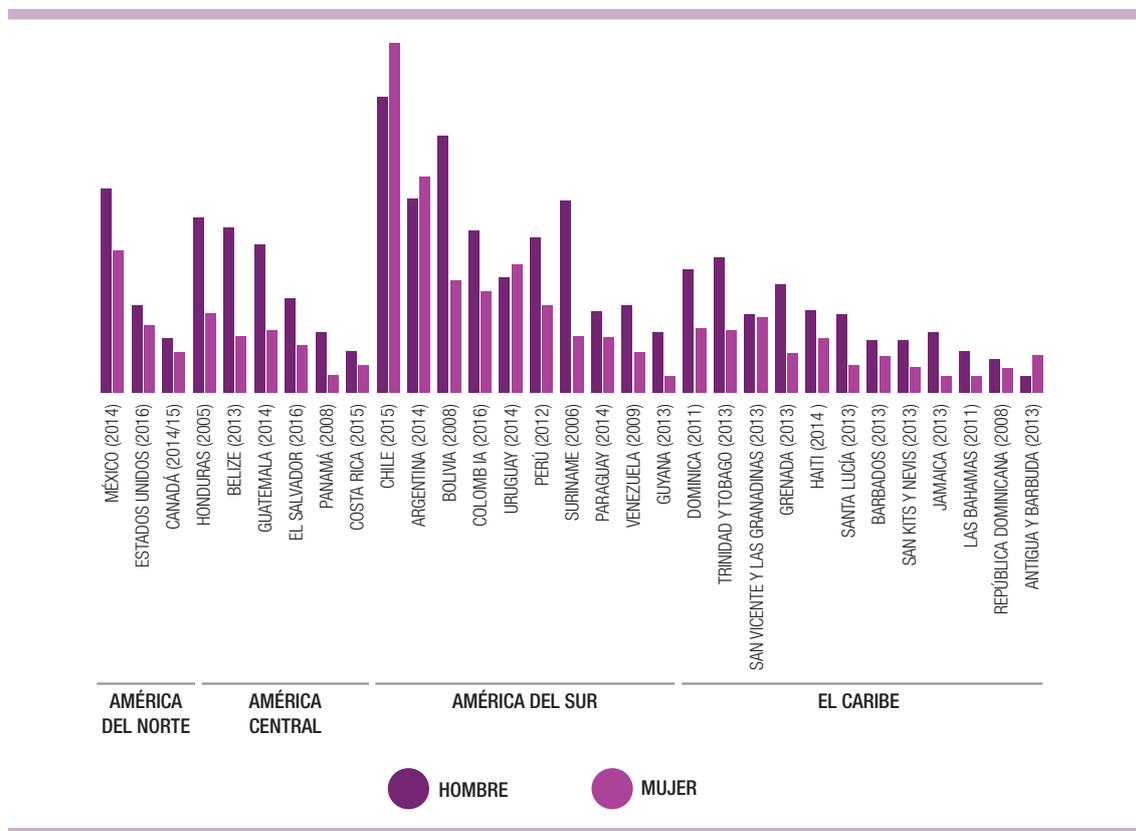
Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

Los datos disponibles en el Informe de las Américas permiten analizar las tendencias a partir de tres estudios o más en diez países, nueve de ellos pertenecen a América Latina y el Caribe, y cubren un período de una década o más. La brecha de género disminuye en todos ellos, incluso en dos países la última medición disponible indica que las mujeres superan levemente el nivel de consumo de los hombres. Este comportamiento se da en un contexto de descenso de las tasas de consumo en seis países, dos países con leves incrementos y dos mantienen el nivel.

En relación al uso de tabaco, los niveles de consumo oscilan entre el 1,8% al 23,7%, en cuatro países el 10% o más de las y los estudiantes del nivel medio fumaron en el último mes anterior a la encuesta o prevalencia actual y en 18 países fumaron el 5% o más de estos estudiantes. De acuerdo al **Gráfico 13**, se observa que fuman más los hombres que las mujeres, pero en tres países es a la inversa y las diferencias de género son inferiores a 5 puntos de porcentaje en la mayoría de los países. Solamente en dos esta brecha llega a 10 puntos.

Gráfico 13

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

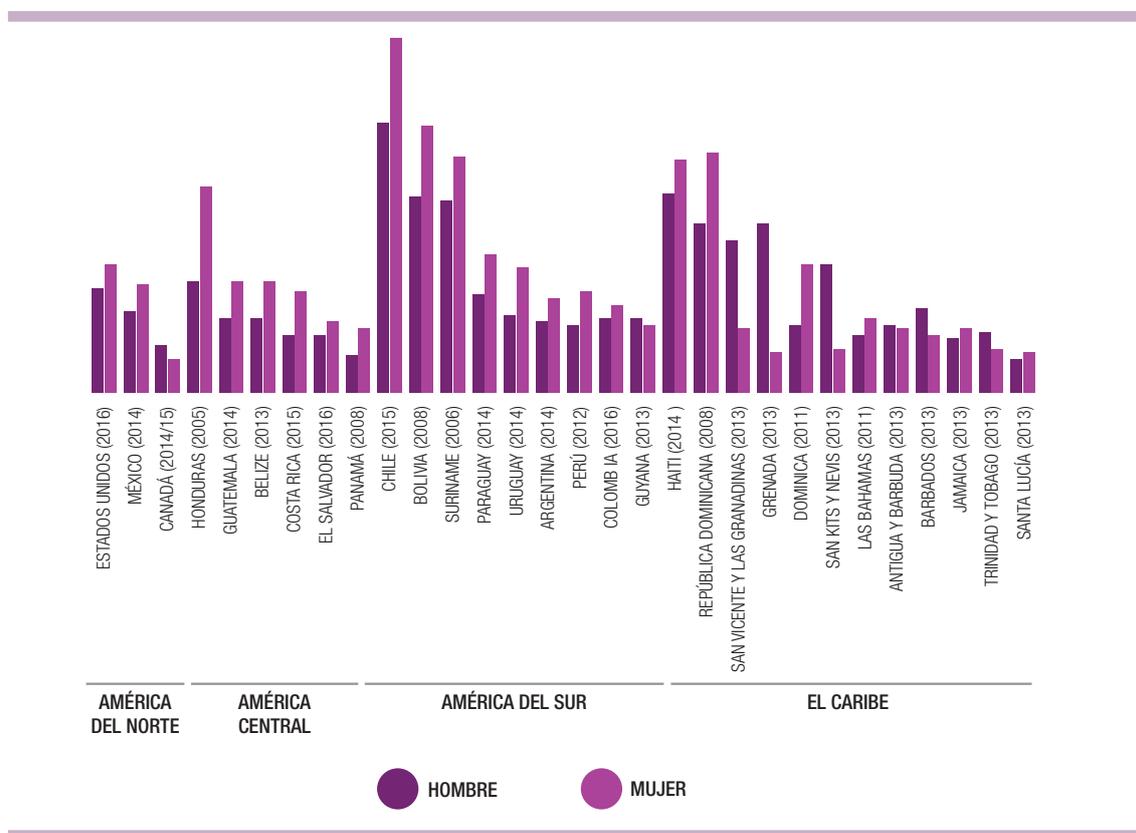
Según los datos del Informe de las Américas 2019, la práctica de fumar cigarrillos de tabaco está descendiendo sistemáticamente en la última década en todos los países de la región de los cuales se tiene información. En ocho países de América Latina y el Caribe las y los adolescentes escolarizados fuman en menor medida y las diferencias de género se han achicado. En un país cambió el sentido terminando la serie con mayor consumo en mujeres, aún en un contexto a la baja. En dos países sudamericanos de alto consumo las mujeres siempre fumaron más que los hombres, pero la brecha de todos modos disminuyó. El informe citado advierte que en Estados Unidos y en Canadá hay un incremento del consumo de cigarrillos electrónicos, fenómeno que aún no está siendo monitoreado en los países de América Latina y el Caribe, sobre el cual también será necesario conocer cómo se manifiesta según género.

Continuando con el análisis de las sustancias de curso legal, un consumo que ha sido siempre un asunto preminentemente de mujeres es el de medicamentos tranquilizantes usados sin prescripción médica. Las benzodiacepinas, son el fármaco tranquilizante de mayor uso en los países de la región, utilizados para controlar la ansiedad y tratar los trastornos del sueño. La extensión de este consumo se ha definido como la medicalización de la vida cotidiana, y supone un exceso de prescripción por parte de los

profesionales de la salud para mitigar la angustia y estados de ansiedad, así como una equivocada percepción del riesgo que su consumo trae aparejado por parte de las y los usuarios (Arizaga, 2007). Según datos de diez países de América Latina y el Caribe, en estudios sobre población general, el consumo en el último año oscila entre el 1,5% al 2,2% de la población y en todos los casos es mayor en mujeres (CICAD-OEA, 2019). El consumo entre adolescentes escolarizados tiene un rango más amplio considerando que hay información sobre 30 países. El rango comprende países que consumen en un 1,1% a otros que llegan al 6,4%. El **Gráfico 14** muestra los consumos según género y claramente son las mujeres quienes, ya en la adolescencia, ingieren este tipo de psicofármacos sin prescripción médica.

Gráfico 14

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

Otra sustancia psicoactiva que no suele ocupar la atención en el discurso internacional sobre los usos y abusos de drogas, son los inhalables. El Informe de las Américas le dedica un capítulo y un comentario especial en el resumen ejecutivo al considerar que:

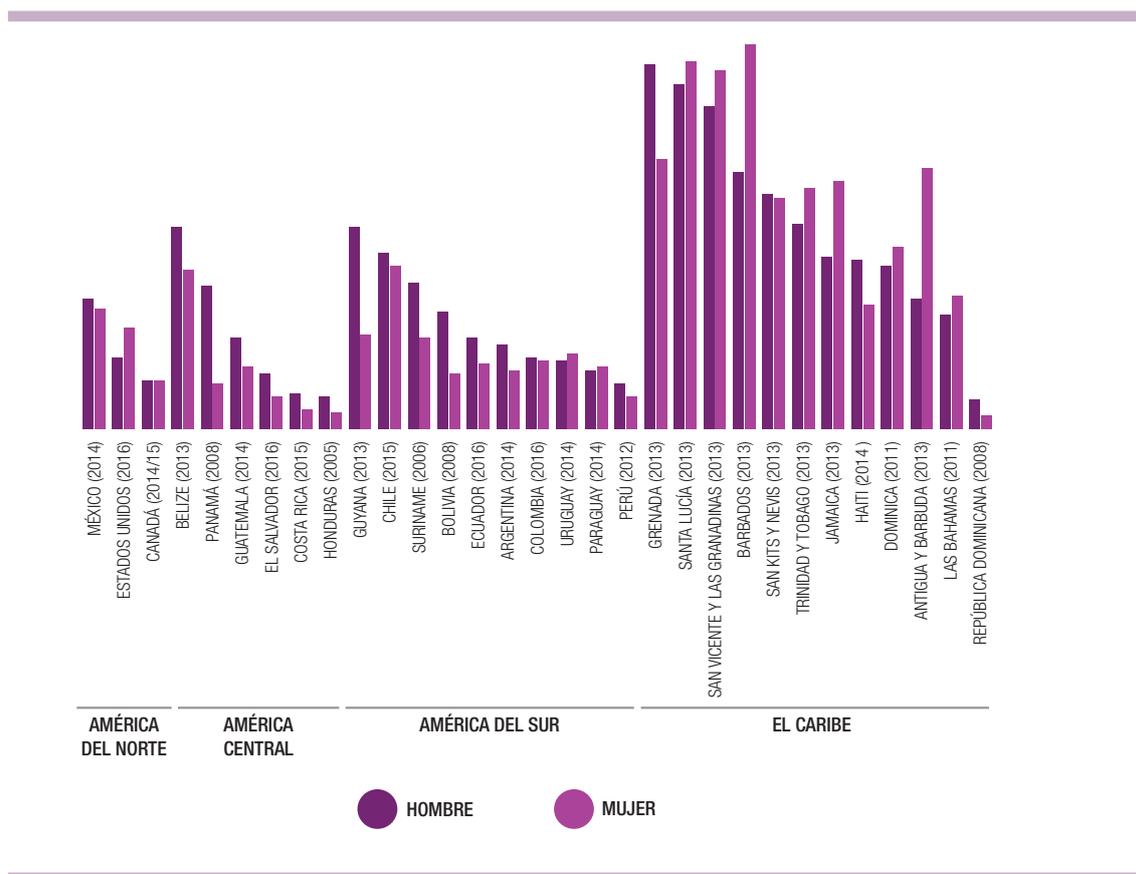
En 16 países del Hemisferio la prevalencia del último año de uso de inhalables entre los estudiantes de octavo grado es mayor o igual a la de los estudiantes de décimo y

duodécimo grados. Esto se ha visto en la investigación sobre inhalables durante muchos años. Las implicaciones para la salud son claras: los inhalables, que tienen algunos de los efectos más tóxicos para la salud, siguen siendo utilizados por la población más joven. En cuanto a los patrones de consumo según sexo, las mujeres usan inhalables a tasas más altas que los hombres. Este es el caso no solo entre los estudiantes de enseñanza secundaria sino, en varios países, entre los estudiantes universitarios y en la población general. Las razones de esta tendencia no están claras y resaltan la importancia de los estudios de investigación que analizan los determinantes del uso de drogas por género. (CICAD-OEA, 2019).

Las prevalencias de consumo de inhalables en adolescentes oscilan entre el 0,5% en un país al 11% en otro, ambos del Caribe. Se encuentran 14 países con consumos del 4% o más entre sus adolescentes escolarizados.

Gráfico 15

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

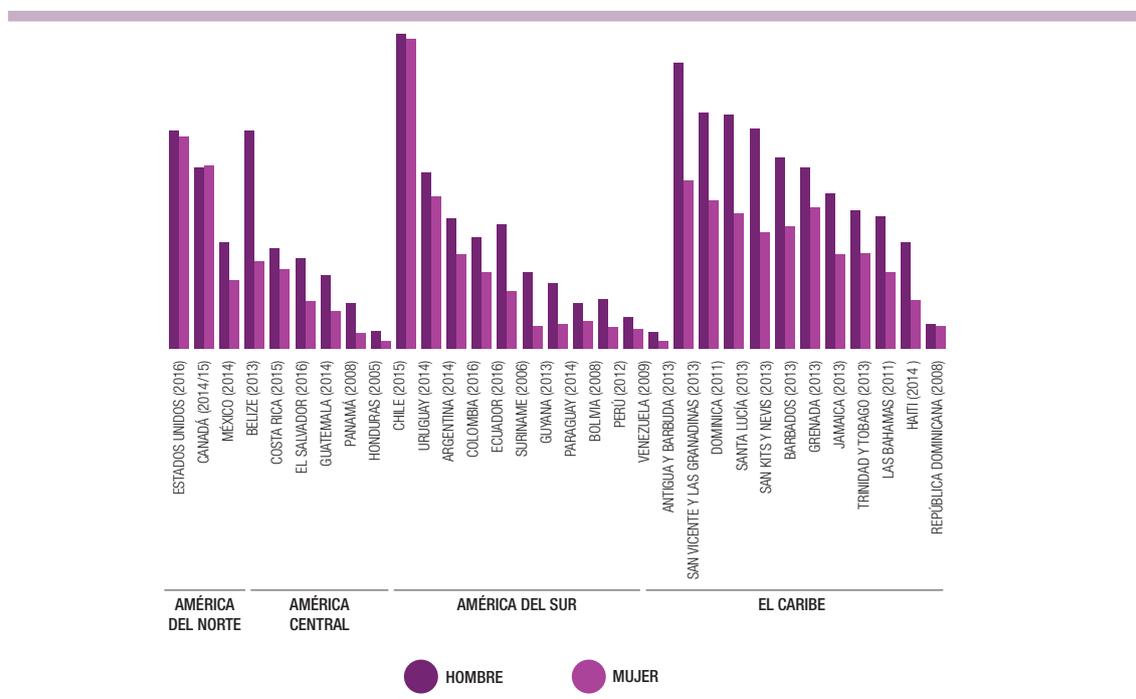
La información volcada en el Informe de las Américas —sobre la tendencia según género en el consumo de inhalables— indica que de 7 países con esta información se encuentran países donde el incremento en el consumo en la última década está acompañado de una reducción de las brechas de género, incluso con tendencia a la paridad. Los dos países que disminuyeron el consumo no modificaron el comportamiento según género y sostuvieron un nivel de consumo similar, al igual del país que mantuvo estable el nivel de consumo (**Gráfico 15**).

Sobre el consumo de las drogas ilegalizadas —si bien en el siguiente capítulo, profundiza en los instrumentos internacionales que proporcionan el marco normativo de fiscalización de drogas— el presente análisis se centra principalmente en marihuana, cocaína y éxtasis, por ser las drogas de mayor consumo, siendo que el terreno es mayoritariamente de hombres.

El consumo de marihuana en adolescentes oscila entre el 1% al 32,8% en los países de América Latina y el Caribe y se encuentran 11 países en los cuales el 15% o más de sus estudiantes del nivel medio usaron marihuana en el último año (CICAD-OEA, 2019). Las prevalencias desagregadas por sexo se pueden observar en el **Gráfico 16**, donde los hombres consumen más que las mujeres en todos los países de la región CELAC. Estas brechas de género son de 5 puntos o menos en la mayoría de los países y solamente en cuatro se extiende a 10 puntos o un poco más.

Gráfico 16

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



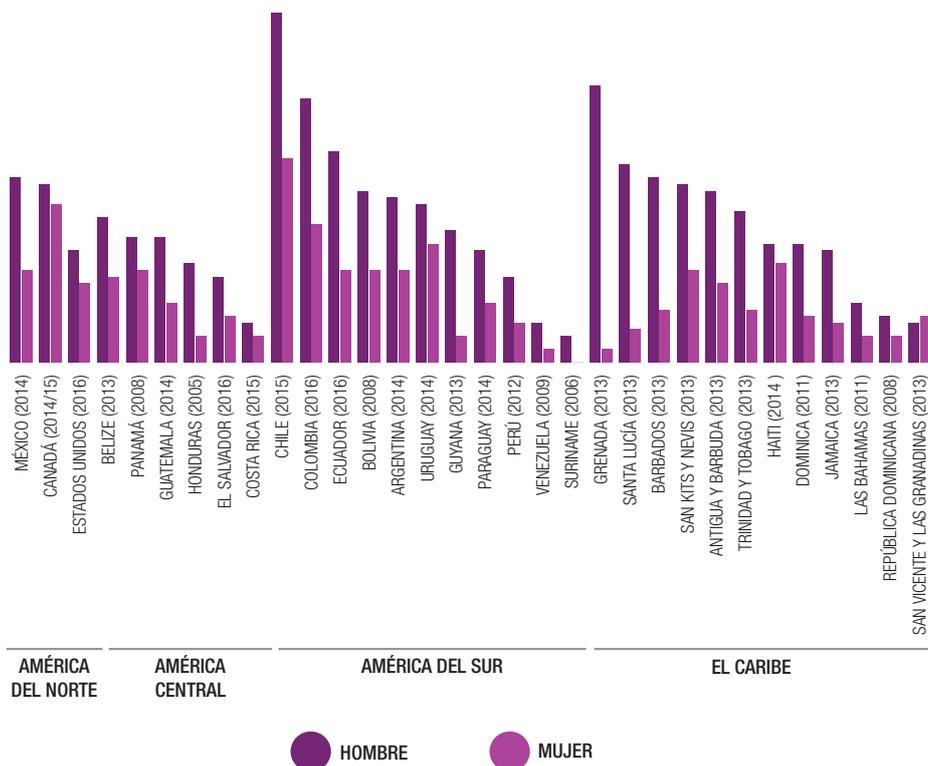
Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

En diez países es posible analizar la tendencia en el consumo de marihuana según género. Tal como se detalla en el Informe, solo dos países mantuvieron estable el consumo y las brechas de género. En los demás países los adolescentes consumen más que antes y en cinco de ellos las diferencias por sexo han disminuido, mientras en tres se mantuvieron, pero en todos los casos siguen siendo más los hombres quienes usan marihuana en esta edad y condición escolar.

El consumo de cocaína es, aún más que en la marihuana, un patrón de consumo de hombres, ya que duplican o más el consumo que declaran las mujeres. Si bien la heterogeneidad regional se expresa en un rango de consumo que va desde el 0,3% al 4,2%, 9 países tienen prevalencias de consumo reciente (o del último año) del 2% o más.

Gráfico 17

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



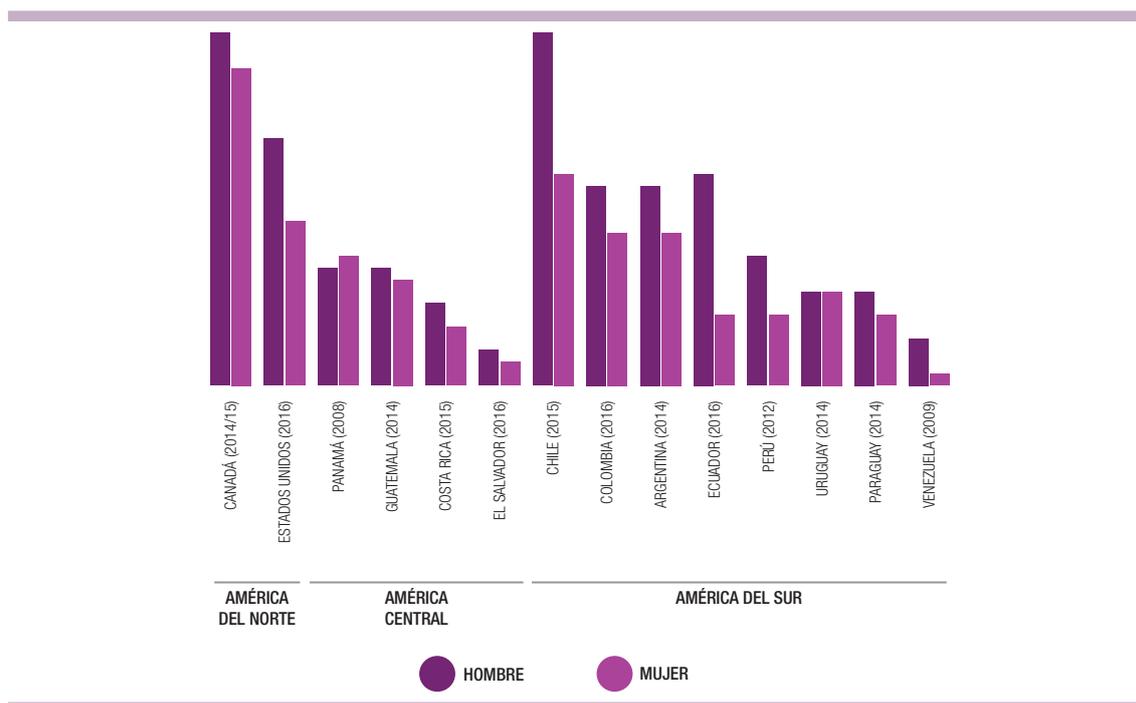
Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

Las tendencias en prevalencias relativamente bajas son complejas de evaluar y el comportamiento de las brechas de género aún más difíciles de analizar. Por otro lado, tal como sostiene el Informe, los consumos de las cocaínas fumables, sea pasta base de cocaína o crack también tienen una clara impronta masculina (**Gráfico 17**).

El consumo de éxtasis que oscila entre el 0,1% al 2,4% entre los países de la CELAC, es un consumo de hombres en la mayoría de ellos, pero con diferentes matices en cuanto a la magnitud de la brecha. Lo mismo se observa en los pocos países que tienen datos sobre la tendencia de estos consumos en la última década (**Gráfico 18**).

Gráfico 18

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre las y los estudiantes de enseñanza secundaria según sexo, por país, ordenado por subregión



Fuente: Elaboración propia en base al Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA)

2.2.2. Especificidades de las mujeres que usan drogas

Al iniciar este tema puntual es necesario aclarar que, al abordar el colectivo “mujeres” en tanto categoría analítica, obliga de alguna manera a hacer generalizaciones que ocultan la mirada interseccional existente. Interseccionalidad no solamente determinada por las condiciones socioeconómicas, culturales y étnicas que existen sino también, que le compete al tema específico que se analiza: el consumo de drogas y sus consecuencias. En este sentido, dentro del colectivo “mujeres” se encuentra un espectro amplio de diversidades: tipos de drogas de consumo y abuso (calidad de las sustancias y contextos de consumo), patrones de consumo específicos y los grupos etarios que imprimen diferencias importantes. Sin embargo, la cantidad y diversidad de información disponible sobre contextos distintos indica que es posible rescatar generalizaciones que sí hacen a la especificidad de las mujeres en relación al consumo de drogas y sus consecuencias, independientemente de las diferencias antes señaladas. Seguramente aún falta más investigación que permita sostener

de un modo más contundente las generalizaciones que, desde distintos organismos y estudios se vienen trazando, pero es necesario valorar los avances en la investigación en este campo y remarcar la necesidad de que se profundicen las líneas de estudio iniciadas.

Hechas estas aclaraciones, se intentará identificar los determinantes de género que tienen un nivel de generalidad aceptable, al menos con la evidencia encontrada hasta hoy:

Los determinantes sociales vinculados al rol de género impactan en la reducción del inicio del consumo de algunas drogas pero, al mismo tiempo, exacerbaban los efectos negativos de su consumo en las mujeres.

A nivel mundial, un análisis sobre las mujeres y el consumo de drogas (UNODC, 2018; CICAD-OEA, 2019) indica que el consumo de cannabis, cocaína y opiáceos es mayor entre los hombres, mientras que el consumo prescrito de opiáceos y tranquilizantes es similar entre sexos o bien, más alto en mujeres. El análisis propone que las diferencias en el acceso a las drogas ilícitas es una de las razones que explica el mayor consumo por parte de los hombres, porque cuando se controla el consumo por oportunidad de uso, las prevalencias de consumo reciente o actual tienden a asemejarse, sobre todo en la población joven. Otra razón principal remarcada por varios estudios son los condicionantes sociales y culturales en relación a la permisividad o no del uso de drogas (UNODC, 2018; EMCDDA, 2017) y en esto radican los determinantes de género, sobre todo en relación al uso de las drogas tradicionales como cannabis, cocaínas (en todas sus formas)¹² y opiáceos, cuyos consumos por parte de los hombres tienen menor reprobación social. En cuanto a las mujeres que usan drogas, la desaprobación social y criminalización se traduce en estigma y vergüenza para ellas y por ello muchas situaciones de consumo quedan sub declaradas o no visibilizadas. Esta situación (sumada a una escasa disponibilidad de recursos monetarios, de tiempo y la falta de servicios de atención y tratamiento sensibles al género o solo para mujeres) implica una menor búsqueda de atención y ayuda en los lugares específicos de tratamiento y muchas veces acuden o culminan con atención psiquiátrica, profundizando un estigma en tanto mujer que consume drogas.

Por otra parte, así como los condicionantes sociales influyen en la iniciación del consumo, algunos factores biológicos juegan un papel importante en el desarrollo del uso perjudicial y en la aparición de trastornos vinculados al consumo, que diferencian a los hombres de las mujeres. Los primeros inician antes y en mayor magnitud y las segundas lo hacen después, en menor proporción, pero desarrollan en menos tiempo problemas asociados al consumo. (UNODC, 2018). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que en políticas de salud hay que reconocer que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no son un sesgo y por consiguiente estas diferencias deben ser consideradas. Una paradoja de género es constatar que las mujeres tienen una morbilidad más alta que los hombres, mientras que en ellos la mortalidad es mayor.

¹² En algunos países de la CELAC el consumo de pasta base de cocaína (bajo diferentes denominaciones) y de crack presentan prevalencias importantes.

El desarrollo de enfermedades infectocontagiosas a partir del consumo de drogas por vía inyectable indica dos aspectos importantes en relación a los determinantes de género: por una parte, las mujeres inician y sostienen este consumo debido a que sus parejas (mayoritariamente hombres) consumen y las hacen partícipes del mismo y por otra parte, quedan subordinadas en la gestión de este consumo en el sentido de que son sus parejas quienes proveen y administran la parafernalia para el mismo, y las mujeres se inyectan en segundo lugar, afrontando mayores riesgo de contagio. (UNO-DC, 2018; EMCDDA, 2017).

En el informe de la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2017), se dedica un capítulo al tema mujeres y drogas en el cual se señala, entre otros aspectos, lo siguiente:

Algunas mujeres afirman que consumen sustancias para mitigar el estrés o las emociones negativas o sobrellevar un divorcio, la pérdida de la custodia de los hijos o la muerte de un familiar. Las mujeres con trastornos relacionados con el consumo de sustancias a menudo han tenido una infancia difícil y conflictos en el ámbito familiar, y también es probable que se hayan visto obligadas a asumir responsabilidades adultas prematuramente. Suelen tener algún familiar que es drogodependiente, y muchas señalan los problemas de pareja como uno de los motivos por los que consumen sustancias. Además, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad a menudo preceden a la aparición de los problemas de abuso de sustancias. Las mujeres alegan otras razones para consumir drogas, como que las utilizan para complementar las dietas de adelgazamiento, combatir el agotamiento, mitigar el dolor y automedicarse para tratar problemas de salud mental. (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2017)

Como se menciona previamente, los condicionantes de género también operan en la no visibilidad del uso de drogas por parte de mujeres a partir de una menor percepción sobre su consumo y el tipo de drogas que consumen. Es decir que, el hecho de que las mujeres usen menos drogas (lícitas e ilícitas) que los hombres, conlleva que sean menos vistas y que sean menos tomadas en cuenta por los servicios de tratamiento.

Por otra parte, esta no visibilidad cuantitativa se ve reforzada por la invisibilización cualitativa: las mujeres, pensadas en su rol de cuidadoras, de domésticas y domesticadas, no son asociadas al uso de sustancias y, en caso de consumirlas, son estigmatizadas en razón de la transgresión del arquetipo de buena mujer/buena madre. Son, por ende, en el imaginario colectivo no-mujeres. De acuerdo a Romo “las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad” (Romo, 2006: 73), reafirmando las desigualdades de género y estigmatización.

Por lo tanto, el uso de drogas legales, principalmente el alcohol y las drogas de prescripción médica (Castaño, 2010) y su menor visibilidad, también refleja los cruces entre género y políticas de drogas. Las drogas de prescripción médica prevén, entre otros aspectos, i) un acceso desde lo lícito; ii) un uso en el

ámbito privado; y iii) un cumplimiento de los atributos de género. Todos estos elementos son compatibles con los mandatos de género: las mujeres son más confinadas a lo privado que los hombres y, por ende, más excluidas de los espacios ilícitos. Asimismo, el uso de drogas lícitas reduce la percepción de riesgo y, con ésta, de conciencia sobre la dependencia o daños que el consumo pueda generar y mitiga el riesgo de estigma (al no ser percibido como “uso de drogas”). Desde este punto de vista la medicación de las mujeres ha sido definida como una herramienta de control social que fomenta la domesticación de las mujeres y la docilidad de la feminidad a roles y atributos socialmente considerados como secundarios, prescindibles y reemplazables. Como también lo sostiene Fundación Atenea:

Cuando las mujeres trasgreden esta norma ocupando espacios de hombres, espacios públicos de diversión donde se incluye el consumo de sustancias, son penalizadas doblemente, por ser consumidoras y sobre todo por ser mujeres que abandonan su rol de mujer (maternidad, etc.). Por ello, ellas consumen más otro tipo de sustancias, las legales, que además están presentes de manera habitual en el espacio privado, y tienden a consumirlas en ese espacio privado donde, por norma social, deben situarse las mujeres. (Castaño, 2010: 93) Esta idea es reforzada en el estudio del Grupo Pompidou sobre uso no médico de sustancias controladas¹³ (Clark, 2015), al relacionar el uso de medicamentos controlados a los mecanismos de acceso al cumplimiento de mandatos de género de cierto grupo social, eminentemente el de mujeres blancas, es decir, mujeres con mayor acceso a los canales de distribución de drogas lícitas con menor exposición a estigma.

A continuación, se rescata un extenso párrafo con una relevante conclusión de una investigación cualitativa llevada adelante en Argentina, sobre el uso de medicamentos psicotrópicos por parte de mujeres de clase media y media alta y de sectores medios y bajos. Se trata de los mismos productos o drogas, así como de un mecanismo de acceso similar, pero las motivaciones y representaciones sociales asociadas a su consumo son diferentes según de qué grupo de mujeres se trate.

*En las mujeres profesionales de clase media y media alta se observa lo que podríamos denominar el “normal desarrollo de la joven adolescente competente”. A sus actividades de trabajo y desarrollo personal (cursos, cuidado del cuerpo, espacios de sociabilidad) se suma ahora la exigencia familiar de la cual antes se esforzaba por distanciarse. **Intensifica así su nivel de presión al no abandonar ningún rol y buscar el rendimiento en todos los ámbitos.** El psicotrópico, en estos casos, sigue actuando como “pastilla compensatoria”, desde la idea de gustar a todos. Si bien compensa el déficit que la búsqueda permanente de proactividad provoca, también puede ayudar a “tapar” sentimientos de culpa generados por los mismos baches que no logra compensar, fundamentalmente en el plano familiar con los hijos y con la pareja. La idea de “tapar” con la pastilla los sentimientos negativos también aparece en las mujeres de sectores medios y bajos que se apartan del rol de profesional exitosa y se*

¹³ El uso de psicofármacos tranquilizantes o antidepresivos por parte de las mujeres, ya sea que hayan sido prescritos inicialmente y luego auto administrados, se encuentra ampliamente extendido en la región y requiere ser analizado de un modo integral considerando los canales de producción, distribución, prescripción y los roles de género que se sostienen a través de su consumo.

acercan a la figura de “ama de casa abnegada”, donde los vínculos más íntimos aparecen como la principal motivación de consumo, siendo no sólo causa sino también destinatarios indirectos de sus beneficios en el logro de armonía y tranquilidad en un acto imaginario de transferencia mediante la idea de “estar bien yo para que los míos estén bien”. Priman aquí valores de “estabilidad” y “contención” antes que el logro de “equilibrio” (entre las múltiples áreas a cubrir) al que refiere la mujer profesional. El autoconsumo femenino viene precedido en muchos casos por algún tipo de intervención médica. Aun cuando ésta haya seguido los pasos de un tratamiento regular, la autorregulación aparece como respuesta a estrategias de “personalización del tratamiento” por parte de la paciente a través de un ejercicio de autoconocimiento (“yo sé lo que necesito”, “yo me conozco”, o simplemente bajo la práctica de ensayo y error) que no necesariamente implica poner la capacidad médica en cuestión. (Arizaga, 2007:148) (Frasas resaltadas añadidas)

Estigmatización y vulnerabilidad, la violencia y el abuso sexual, como la experiencia traumática en las mujeres que usan drogas

Estudios en mujeres que están en tratamiento y que han indagado las razones del inicio del consumo remarcan que la mayoría tiene historias de violencia y de abuso sexual siendo niñas o adolescentes como hechos traumáticos comunes, es decir que la adversidad en la infancia es un factor que las afecta más a ellas que a los hombres (UNODC, 2018; EMCDDA, 2017).

Las experiencias adversas de la infancia pueden generar emociones negativas como la culpa, la vergüenza o la autodevaluación. Sin embargo, parecen tener un impacto diferente en hombres y mujeres. La investigación ha demostrado que los niños que han experimentado la adversidad infantil tienden a externalizar su comportamiento como agresión e impulsividad y a usar drogas como un medio de desafío social. Por otro lado, las niñas que han experimentado adversidades en la infancia tienen más probabilidades de internalizarlo como ansiedad, depresión y aislamiento social y también es más probable que usen sustancias para la automedicación. (UNODC, 2018 *Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences. Original en inglés*) (Frasas resaltadas añadidas)

De acuerdo a varios estudios sobre usuarios de cocaínas fumables realizados en dos países de América del Sur¹⁴, dan cuenta de este aspecto de la violencia y el género, donde la violencia no solamente se encuentra como hecho determinante para el inicio del consumo, sino que acompaña a la mujer adulta en el periodo de consumo, en la medida en que muchas de ellas, sobre todo las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social se ven obligadas al ejercicio del comercio

¹⁴ Consultar: Observatorio Argentino de Drogas (OAD)-Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (2013). La magnitud del abuso de pasta base-paco (PBC), patrones de uso y de comercialización en villas de la CABA. 2012. Buenos Aires: Autor. Suárez, H., Ramírez, J., Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. y Rossal, M. (2014). Fisuras. Dos Estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay. Aspectos cuantitativos y etnográficos. Montevideo: Universidad de la República/Junta Nacional de Drogas.

sexual como medio de supervivencia económica y como medio de adquisición de drogas para el consumo y también padecen la violencia de parte de sus parejas. En relación a la violencia callejera, familiar y policial, las mujeres usuarias de cocaínas fumables se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad que sus pares hombres. De acuerdo a la UNODC, en Estados Unidos se presenta de 2 a 5 veces más alta prevalencia de violencia de género en mujeres con consumo de drogas en relación a mujeres que no consumen drogas (UNODC, 2018).

El estudio de OMS (2013) indica que las mujeres que han padecido violencia sexual ejercida por hombres que no son sus parejas presentan 2.3 veces más abuso de alcohol. Por otra parte, las mujeres que abusan de alcohol están más vulnerables a sufrir episodios de violencia.

Las situaciones de violencia que viven muchas niñas y mujeres, incluyendo violencia sexual desde la infancia, son un factor que puede inducir al uso de drogas; asimismo, puede conllevar el involucramiento en relaciones de pareja violenta, marcada por el abuso y la sumisión, incluso la prostitución por parte de la pareja para conseguir drogas. El abuso y la violencia familiar pueden favorecer que la niña o el niño terminen viviendo en la calle, exponiéndolos a riesgos de posteriores abusos y explotación y al uso dependiente de sustancias (EMCDDA Women's Voices. Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe (Olszewski et al., 2009))

El rol del hombre consumidor en la pareja promueve el inicio, la continuidad y la recaída en el consumo de sustancias ilegales en sus parejas mujeres

El estrés emocional, ligado a los vínculos de pareja, se presenta de un modo diferente en hombres y mujeres, siendo éstas más susceptibles de padecerlos (UNODC, 2018). De modo similar, el estudio del EMCDDA (2017) señala la relevancia que tienen las relaciones afectivas de pareja en las vidas de las mujeres y el rol que desempeñan los hombres usuarios en el inicio y la continuación del uso de drogas de sus parejas, incluyendo el riesgo de recaídas, el riesgo de infecciones transmitidas por la sangre y de exposición a la violencia. Del mismo modo, las mujeres han manifestado tener miedo de perder su relación si entran a tratamiento. Y tal como se mencionó anteriormente, las mujeres que usan drogas de modo inyectable tienen menos control que el hombre sobre la adquisición y administración de la parafernalia vinculada al consumo y ligado a ello, suele ser la que en segundo o tercer lugar utiliza la jeringa preparada por el otro, y por lo tanto corre más riesgo de contagio de enfermedades como VIH, hepatitis u otras.

La maternidad es un estado complejo en la mujer con consumo de drogas

Un importante número de mujeres embarazadas usan drogas¹⁵. Son un grupo especial de análisis para el EMCDDA, desde donde sostienen que el embarazo y la maternidad pueden ser un componente importante para la recuperación de la mujer que consume drogas, pero dependiendo de las

¹⁵ En Europa se estiman aproximadamente 30.000 mujeres embarazadas que usan opioides y en un número similar usan otras drogas (EMCDDA, 2017).

condiciones específicas de cada mujer, puede operar en sentido inverso por el temor a perder la custodia de los hijos, y de que éstos sean asignados a otra familia o institucionalizados, si ellas ingresan a tratamiento o busquen atención prenatal (EMCDDA, 2012 y 2017).

Estudios realizados en personas usuarias de cocaínas fumables (que pertenecen a sectores de alta vulnerabilidad social), que están en programas de atención y tratamiento en países de América del Sur, también reportan que la maternidad es importante factor motivador para buscar y sostener un tratamiento, y del mismo modo lo es la tenencia de hijos a los que se quiere recuperar por haberlos perdido o distanciado a partir del abuso de drogas; esta última razón es válida tanto para mujeres como para hombres (CICAD-OID, 2018). Por otro lado, el consumo durante el embarazo y las altas tasas de recaídas en el consumo contribuyen a la angustia fetal provocando resultados adversos para el neonato e incluso abortos espontáneos.

Desde otros estudios se define que las mujeres embarazadas se configuran como otro espacio delicado de vulneración de derechos y de reproducción de violencias de género en función de estereotipos sociales. Si bien el estigma aplica para todas las mujeres usuarias —dado a que toda mujer es madre en potencia y, por ende, les cabe el estereotipo del cumplimiento del arquetipo de la buena madre— en el caso de embarazo el estigma se combina con la criminalización o la amenaza de la pérdida de custodia de las hijas e hijos y el discurso médico se combina con el discurso moral, acusando a las madres de causar daño fetal y de no tener interés en sus hijos (Romo, 2006). Las políticas en el caso de mujeres usuarias embarazadas varían entre los países e incluso donde no se prevé de jure la criminalización o el retiro de las hijas y de los hijos al nacimiento, estas prácticas pueden darse de facto. Asimismo, las mujeres usuarias pueden ser inducidas al aborto, en función de los daños que el consumo de drogas ocasionaría al feto.

Las condiciones de vulnerabilidad en la niñez y en la adolescencia son predictores para el inicio del consumo de drogas que afecta especialmente a las mujeres

Los antecedentes del consumo de drogas en las mujeres, y se ha de suponer que también en hombres, se asientan, a menudo, en la infancia y la adolescencia. En un estudio de 2016, la ONUDD publicó el estudio *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for girls and women* (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016); en el mismo se reafirma el menor consumo de drogas por parte de las mujeres, pero también se señala que la brecha de género tiende a cerrarse en la adolescencia. En el estudio, se reportan una serie de factores que pueden favorecer el uso de drogas por parte de niñas (hasta 10 años) y adolescentes (11-18) y de niños y adolescentes, en tanto hallazgos de diferentes investigaciones realizadas en Europa y en Estados Unidos preferentemente.

Lo importante es destacar que los factores predictores para el inicio del consumo de drogas (incluido el alcohol) son diferenciales según sean niñas o niños, adolescentes mujeres u hombres. La evidencia, aunque parcial, que rescata este informe advierte sobre ello. En este sentido, tal como indica el estudio, mientras en los niños y los adolescentes el desorden de conducta, la agresividad en primer

grado y los problemas con los pares indican condiciones de mayor vulnerabilidad para el consumo, en las niñas y las adolescentes tienen mayor impacto los problemas familiares, la ansiedad y el abuso sexual en la infancia.

De acuerdo a Plan Internacional, muchos de los abusos sexuales a mujeres menores de edad se perpetran en el mismo entorno familiar. Se estima que 16 millones de niñas de edades entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año.

En México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) informó que los embarazos infantiles durante la pandemia COVID-19, aumentaron un 30%. De acuerdo a Plan Internacional, las adolescentes embarazadas tienen complicaciones psicológicas, sociales y familiares que repercuten negativamente en su desarrollo escolar (PLAN INTERNACIONAL, 2020).

Existe una alta prevalencia de comorbilidad entre el uso de sustancias y la depresión en las niñas (Kloos et al., 2009; Lillehoj et al., 2004). Las mujeres que abusan de sustancias tienen más probabilidades de estar deprimidas que los niños (Chander y McCaul, 2003). Asimismo, la depresión condujo a un aumento de los trastornos por uso de sustancias, redujo la autoestima y aumentó los intentos de suicidio de niñas (Kloos et al., 2009). Las chicas que creen que beber alcohol reduce la depresión reportan más consumo de alcohol. Más niñas que niños (jóvenes del sexto grado) creen en los poderes de automedicación del alcohol para reducir la depresión, la ira o frustración incluso antes de que empiecen a beber. Otras drogas como el éxtasis y la marihuana también son usadas por las niñas para reducir la depresión (Smith et al., 2002). (UNODC, 2016: Guidelines on Drug Prevention and Treatment for girls and women:14)

La presión del grupo para beber alcohol es más fuerte en las jóvenes que en sus pares hombres. El informe indica que cuando varios amigos cercanos a una niña/joven fuman o beben, la probabilidad de que ellas lo hagan dobla a la probabilidad de un niño o joven. Cuando ellas tienen amigos de mayor edad, éstos se convierten en un grupo de riesgo para el uso de sustancias, ausentismo escolar, delincuencia y actividad sexual, existiendo una relación entre el consumo de drogas y el embarazo en adolescentes. Los valores y normas de los compañeros son importantes también para los jóvenes, aunque en ellos la falta de autocontrol emocional y del comportamiento imprime un mayor riesgo al consumo de drogas.

En muchas sociedades, la exposición a los mensajes de los medios de comunicación que muchas veces normalizan el uso de drogas, combinado a la presión social sobre todo hacia las mujeres respecto de un ideal de belleza circunscrito a un cuerpo delgado, se convierten en un factor de riesgo para el consumo y en la asociación de beneficios saludables de algunos consumos. En este sentido, justifican el inicio del consumo de tabaco y otras drogas, como anfetaminas, para perder peso o sostenerlo en valores bajos.

Significativamente más niñas que niños comienzan a consumir tabaco y drogas porque creen que les ayuda a mantener su bajo peso. En los Estados Unidos, el uso de anfetaminas entre las niñas caucásicas está vinculado al deseo de adelgazar (NCASA, 2003b). En general, se encontró que las razones para el uso de sustancias nocivas por parte de las niñas incluyen preocupaciones sobre el peso y la dieta (NCASA, 2003a). Las niñas de 10 a 15 años que reportan estar muy preocupadas por su peso tienen casi el doble de probabilidades de emborracharse que las que están menos preocupadas por su peso. Hasta el 50% de las niñas con trastornos alimentarios, tiene uso indebido de alcohol o drogas en comparación con el 9% de la población general y hasta el 35% de las que abusan de drogas también tiene un trastorno alimentario (Piran y Gadalla, 2007). En otro estudio, alrededor del 25% de las mujeres universitarias de los Estados Unidos se saltaban las comidas para ahorrar calorías y emborracharse más rápido. Chicas que combinan desorden en la comida con el consumo excesivo de alcohol también tiene mayor riesgo de violencia, riesgo en el comportamiento sexual, intoxicación alcohólica, uso de sustancias y enfermedades crónicas en el futuro y cirrosis del hígado (Baker et al., 2010). Este fenómeno también ha sido reportado en otros países de América Latina. (UNODC, 2016: Guidelines on Drug Prevention and Treatment for girls and women, pag. 16)

A modo de síntesis es posible sostener¹⁶ que las mujeres usuarias de drogas padecen de un mayor y específico estigma social, porque el consumo de drogas atenta con el estereotipo de género que la sitúa en rol de madre y cuidadora de la especie, que sumada su estructural desventaja económica hace menos factible el acceso al tratamiento específico por problemas de consumo; cuentan con menor apoyo social y familiar, en tanto su condición de usuarias de drogas tiene alta reprobación social; suelen proceder de familias con uso de sustancia y tienen en muchos casos parejas que usan drogas que han jugado un papel fundamental en su inicio en el consumo; pueden tener hijas e hijos que desempeñan un rol central en su motivación para ingresar y sostener un tratamiento; han experimentado agresiones y abusos físicos y mentales durante la infancia y en la vida adulta ya que el ser consumidoras de drogas las vuelve más vulnerable a la violencia y también tienen en mayor medida que los hombres co-morbilidades psiquiátricas. Asimismo, existen sub-grupos que presentan necesidades especiales y que a menudo se solapan e incluyen mujeres embarazadas y con niñas y niños a cargo, trabajadoras sexuales —quienes pueden experimentar violencia y estigma—, mujeres de minorías étnicas —que pueden haber sido traficadas— y mujeres en prisión. Cabe añadir, aunque el EMCDDA no las mencione, las mujeres lesbianas, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales e intersex, así como mujeres queer, mujeres en situación de calle, migrantes y víctimas de trata.

Las mujeres con uso problemático de drogas tienen mayores y específicas dificultades para acceder a programas de tratamiento y de reducción de daños

¹⁶ Información disponible en el enlace http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/women-drug-problems_en.

Existe consenso internacional sobre las dificultades de acceso al tratamiento para todas las personas que mantienen un consumo problemático de drogas. El Informe Mundial sobre las drogas (UNODC, 2018) advierte que de casi 31 millones de personas que padecen trastornos por el consumo de drogas, uno de cada seis recibió algún tratamiento para enfrentar este problema en el año 2016, siendo una cifra baja y constante en los últimos años. Y, tal como se viene describiendo, el acceso a programas de atención y tratamiento por consumo problemático de drogas se exagera en el caso de las mujeres. Ya en el año 2016, el Reporte de International Narcotics Control Board (UN, 2017) indicaba que a nivel mundial las mujeres representaban un tercio de las personas que abusaban de drogas pero sólo eran un quinto del total de quienes estaban en tratamiento. El reporte hace mención a las barreras estructurales, culturales y personales asociados a la estigmatización social del consumo de drogas en ellas y también a la falta de servicios de atención que contemplen sus necesidades específicas, más aún cuando tienen hijos o hijas y/o están embarazadas.

A continuación, un apartado especial que Naciones Unidas dedica al tema mujeres y drogas, se indica lo siguiente:

*Teniendo en cuenta los diferentes contextos y las vías complejas por las cuales las mujeres inician el uso de drogas y desarrollan trastornos por su uso, así como la presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas, **sigue existiendo una falta general de comprensión de las necesidades específicas de las mujeres y una falta de servicios apropiados de tratamiento de drogas que tengan en cuenta las diversas necesidades de las mujeres con trastornos por uso de drogas.** Esta situación es más preocupante en los países con recursos limitados, donde existe una disponibilidad limitada de servicios de tratamiento basados en evidencia científica en general y de aquellos diseñados para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres en particular. Las mujeres enfrentan más barreras para acceder a los servicios y la falta de tratamiento integrado de drogas y servicios de guardería. **Las mujeres encuentran importantes barreras sistémicas, estructurales, sociales, culturales y personales para acceder al tratamiento para los trastornos por consumo de drogas.** A nivel estructural, los obstáculos más significativos incluyen la falta de cuidado infantil y actitudes punitivas hacia las madres y mujeres embarazadas con trastornos por uso de sustancias. Como se mencionó anteriormente, las mujeres embarazadas que consumen drogas tienen necesidades especiales con respecto a su salud en general, así como a su embarazo. **Las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de drogas representan un desafío para los proveedores de servicios de salud porque el uso de drogas puede afectar tanto a la madre como al feto.** Cuando hay una falta de servicios o donde prevalecen las actitudes punitivas, las mujeres temen buscar tratamiento, ya que esto puede ocasionar la pérdida de la custodia de sus hijos o la necesidad de renunciar a sus hijos como condición para el tratamiento. (UNODC: Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences, 2018: 23.) (Frases resaltadas añadidas)*

En el año 2012, el EMCDDA (Pregnancy, Childcare and the Family: Key Issues for Europe's Response to Drugs) destacaba que una de cada diez personas que entran a tratamiento reporta vivir por lo menos con un niño o una niña y el hecho de ser usuario o usuaria de drogas no implica necesariamente, ni en todos los casos, la incapacidad de cuidar cabalmente a las hijas e hijos. Tal como se describió anteriormente, el temor a perder a los hijos es el principal disuasivo para las mujeres que quieren buscar tratamiento y que tienen hijos o que están embarazadas. Al mismo tiempo, el embarazo y la maternidad son factores que pueden inducir a las mujeres a dejar el uso de drogas. Por ello, es importante que las instancias estatales, privadas, comunitarias y familiares sepan dar respuestas que no reproduzcan el estigma y no alejen, mediante amenazas, a las mujeres que buscan tratamiento.

Por otra parte, cabe recordar que diferentes mujeres tienen asuntos distintos y específicos que pueden aumentar o reducir la brecha entre ellas y los servicios de tratamiento. Éstos deben ser capaces de adaptarse a los distintos grupos y alcanzar mediante programas de bajo umbral a aquéllas que, por su alta marginación y experiencia de estigma o incluso de criminalización y violencia por parte del estado, tienen menos incentivos para acercarse a las instancias públicas. En este sentido, cabe resaltar la experiencia rusa descrita en el informe de Open Society Foundations *By women for women*. (Open Society Foundations, 2011). En las premisas del estudio, se reconocen las barreras individuales y sociales que enfrentan las mujeres usuarias y que coinciden con las que hemos analizado en este capítulo:

La pobreza, el estigma, la violencia doméstica, el acoso policial, el miedo a perder la custodia de los hijos son sólo algunas de las barreras que impiden que las mujeres que usan drogas se acerquen a los servicios médicos y de terapia. Y si efectivamente buscan atención médica, es probable que se le niegue o que se les den servicios insuficientes por médicos y enfermeras que no están preparados ni capacitados para atender sus circunstancias. (Open Society Foundations, 2011:1)

El informe sobre el impacto de las políticas de drogas en países de América Latina (Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, 2014) identifica a las mujeres con consumo problemático como grupo con especial condición de vulnerabilidad para el acceso a servicios de rehabilitación, no solamente por la escasez de servicios en general sino por la discriminación al género en particular. Se aducen razones de costos y de incremento de problemas sentimentales si se admiten mujeres en los mismos servicios que los varones o en espacios compartidos. Por otro lado menciona un aspecto sensible surgido en el marco una entrevista a una paciente con consumo problemático y que refiere al impacto que el consumo y eventualmente el tratamiento tienen en relación con la pérdida de la tenencia de los hijos. Muchas mujeres pacientes deben afrontar solas los procesos administrativos —difíciles y complejos— para recuperar la custodia de los hijos que les fueron arrebatados debido al consumo problemático. Es de notar que a menor capital cultural o simbólico de estas mujeres, mayor dificultad para llevar adelante estos procesos.

En relación con el acceso a programas de reducción de daños en América Latina y el Caribe, es necesario primero considerar que es una región en donde el uso de drogas inyectables tiene menor extensión que en otras regiones del mundo y por otro lado, las políticas asistenciales gubernamentales se han caracterizado por el sostenimiento y promoción de los programas de tratamiento basados en la abstinencia del consumo. En este marco, los escasos programas de reducción de daño existentes, no solamente en relación con programas de distribución de jeringas y agujas sino que han abordado otros consumos, como estimulantes tipo anfetamínico, cocaína y sus derivados, tampoco han considerado la perspectiva de género. Como expresa el informe de Harm Reduction:

Se informa constantemente que las mujeres que usan drogas tienen menos acceso a los servicios de reducción de daños y tienen un mayor riesgo de infección por VIH y hepatitis C que los hombres que usan drogas. A pesar de estos informes, los datos sólidos sobre este tema son escasos, y la investigación sobre el uso de drogas y problemas de salud relacionados rara vez produce información sobre las mujeres. (Harm Reduction International, 2018)

Finalmente, cabe señalar la falta de servicios que atienden mujeres víctimas de violencia que son usuarias de drogas. Como se apunta en el estudio de Violence against Women who use Drugs and Access to Domestic Violence Shelters, Harm Reduction Coalition (2013a) hay una doble brecha de protección: por un lado, a menudo a las mujeres que usan drogas se les niega el acceso a los servicios de violencia doméstica; por el otros, las mujeres víctimas de violencia doméstica no tiene acceso a los servicios de tratamiento, puesto que éstos no están preparados para atender casos de violencia doméstica. En el estudio se reportan algunos casos concretos en España, en Eslovenia, Hungría y en el Reino Unido. En el informe se resalta que la exclusión de mujeres usuarias de los servicios para mujeres víctimas de violencia es, generalmente, fruto de decisiones de trabajadores sociales o de políticas específicas de los refugios, y no de disposiciones legislativas. Sin embargo, en algunos países existen normativas específicas que niegan el acceso a refugios a mujeres usuarias de drogas. (Harm Reduction Coalition, 2013 a: 4).

En un informe de la fundación Atenea sobre la atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres en España (Castaño, 2009), se señala que faltan datos sobre el número de mujeres que experimentan simultáneamente violencia por parte de su pareja y el uso de sustancias psicoactivas. Pero además se puede avizorar, que las redes de asistencia a las que acuden las mujeres, desde los centros de atención primaria hasta la red especializada de atención a drogodependencias, adolecen de una formación en género (Fundación Atenea, 2009). Y es probable que lo mismo ocurra a la inversa, es decir, en los servicios orientados a la atención de mujeres víctimas de violencia no se brinde la adecuada atención a los problemas relacionados al consumo de drogas (Harm Reduction Coalition, 2013a).

Pese a su mayor vulnerabilidad a distintas formas de violencia, la mayoría de las mujeres usuarias de drogas no tiene acceso a casas de acogida o refugios. El fracaso en garantizar los derechos de las

mujeres vulnerables que son dependientes de drogas a refugio y protección es el resultado de un conjunto de desigualdades estructurales: desde la negativa a ingresar de parte de los gestores de los refugios, a políticas de estado que sistemáticamente ignoran las necesidades de las mujeres que usan drogas (Harm Reduction Coalition, 2013).

Otros asuntos importantes, son la falta de integración de los servicios de tratamiento y reducción de daños con las responsabilidades de cuidado (lugar para que los niños vayan mientras las mujeres asisten a los servicios u horarios de atención flexibles), salud sexual y reproductiva, atención y apoyo para víctimas de violencia y trauma. (incluida la violencia de género), etc.

El problema es, por ende, de triple naturaleza. En primer lugar, la falta de servicios de tratamiento específicos para mujeres usuarias de drogas y la preeminencia de centros mixtos que pueden crear contextos de inseguridad para las mujeres, puesto que se encuentran inmersas en los mismos patrones, sistemas y mecanismos de violencia y victimización que, en un primer momento, pueden inducir y, sucesivamente, reforzar el uso de sustancias psicoactivas. En segundo lugar, las y los profesionales de los centros de tratamiento carecen de formación en género, es decir, no cuentan con las herramientas para atender a mujeres víctimas de violencia. Por último, los sitios preparados para recibir a mujeres víctimas de violencia no suelen aceptar a mujeres usuarias de drogas. Lo anterior, se yergue como una barrera estructural para atender la problemática género-drogas-violencia. Esto es especialmente relevante cuando se trata de mujeres usuarias, puesto que i) las mujeres sufren más violencia basada en el género y violencia doméstica que los hombres (Consejo de Europa, 2011); ii) las mujeres usuarias sufren más violencia que las mujeres no usuarias; iii) las mujeres usuarias sufren más violencia que los hombres usuarios; iv) las personas que sufren violencia consumen sustancias psicoactivas en mayor proporción que las personas que no sufren violencia (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016).

La intersección entre uso de drogas y violencia no parece estar atendido en la práctica, por lo menos en términos generales, lo cual no excluye la existencia de experiencias locales exitosas, aspectos que se desarrollarán en los capítulos posteriores.

2.2.3. Las mujeres en la producción y distribución de drogas

Pensar y analizar a las mujeres en relación al ámbito de la producción y tráfico de drogas ha sido un avance de los últimos tiempos. La revisión bibliográfica llevada a cabo en el informe de Naciones Unidas ya citado (Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences, 2018) recoge documentos principalmente de los últimos 15 años, muchos de los cuales refieren a los análisis realizados en determinados países. Precisamente, tal como dice el informe de Naciones Unidas, la mayor información y análisis disponible se encuentra en relación a la judicialización de las mujeres por delitos vinculados a drogas, es decir, información que surge de los registros oficiales de los procesos judiciales y en ese sentido, también hay una mayor cobertura regional sobre ese indicador.

Menor es el conocimiento existente en torno a la participación de la mujer en el ámbito de la producción de drogas y de su venta o circulación.

En general, se considera que las organizaciones de narcotraficantes son predominantemente operadas por hombres y que el papel que desempeñan las mujeres en el narcotráfico es relativamente insignificante en comparación con el de sus homólogos masculinos. A nivel mundial, la mayoría de los narcotraficantes son hombres, pero el tema del género no se ha tenido en cuenta en gran parte de la investigación sobre el narcotráfico. (UNODC, 2018:23)

Sobre el tema de cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas, la restricción de información sobre las mujeres también alcanza a los hombres, porque según explica el informe citado, el foco de la atención en el registro y en el análisis ha estado puesto desde siempre en indicadores sobre lugares de producción, cantidades, modos, potenciales de producción y no sobre las personas que se involucran en ellas, salvo que sean grupos de organizaciones guerrilleras. Pero en tal caso, el análisis no se detiene en la población, sean hombres o mujeres, sino en las organizaciones político-militares. Lo que está faltando en relación a estos temas es la pregunta sobre la población que habita en estas zonas, sobre cómo viven y cómo se relacionan con estas actividades; y por supuesto falta la pregunta sobre género, es decir, cómo hombres y mujeres se insertan en estos trabajos y cómo sus vidas son afectadas por el mismo.

En términos generales, la población que vive del cultivo de las plantas a partir de las cuales se producirá cocaína y heroína destinada mercados ilícitos, son campesinos y campesinas de pequeña escala y jornaleros y jornaleras pertenecientes a comunidades indígenas y que viven en condiciones de bajos ingresos, en zonas de bajo desarrollo en términos de acceso a la educación y a la salud y con padecimiento de tensiones y situaciones de violencia tanto de los grupos de narcotraficantes como de las fuerzas estatales en el despliegue de su política de control y seguridad. Los países en los cuales se encuentran estas plantaciones son Colombia, Perú y Bolivia en el cultivo de coca y Afganistán y Myanmar en relación al cultivo de amapola, pero es importante mencionar que México y Colombia también tienen cultivo de amapola.

La participación de las mujeres en el cultivo de plantas a partir de las cuales se elaboran drogas es importante en tanto se asienta en tradiciones en las cuales la mujer participa activamente e incluso puede ser la responsable de roturar y sembrar las tierras y realizar todo el proceso de cosechas y preparación final de los productos que garanticen el abastecimiento familiar y de la comunidad.

El documento de Naciones Unidas (UNODC, 2018) indica que, en el cultivo de coca, a diferencia de lo que pasa en Afganistán con el cultivo de amapola donde la mujer tiene mayor participación, las mujeres tienen un rol importante, principalmente, en la fase inicial, es decir en el cultivo y en la recolección de la hoja de coca. No participan de modo directo en el preparado de pasta base o de cocaína, sin embargo, es importante resaltar que las mujeres siempre han participado como asistentes

en diferentes tareas “menores” o en la preparación de comidas y bebidas como una manera de asistir a los hombres en sus tareas.

El rol de las mujeres en el cultivo de hoja de coca es complementario y no remunerado, y en muchos de los casos, las mujeres cocaleras son utilizadas como raspachinas o finqueras —características que serán desarrolladas en mayor detalle en el capítulo IV— desempeñando actividades que recrudescen las desigualdades de género. El rol que desempeñan tiene las mismas brechas, desventajas y retos, que todas las campesinas agricultoras de América Latina. Sin embargo, existe una diferencia fundamental, la actividad de la producción de hoja de coca no es equiparable a cualquier otra actividad agrícola, sino que está relacionada —en la mayoría de los casos— con aspectos delictivos. Como consecuencia, las mujeres ligadas a la producción de hoja de coca, enfrentan mayores grados de vulnerabilidad y riesgo frente a la explotación sexual y la violencia doméstica. Diferentes estudios de Colombia y Perú demuestran que la violencia contra la mujer en las zonas de narcotráfico y conflictos armados es un 30-50% mayor que en el resto de los territorios de estos dos países.¹⁷

En la producción de anfetaminas las mujeres pueden jugar un rol de cocineras o de vendedoras. En esta actividad dejan de pesar las condiciones estructurales y hasta étnicas que se dan en el cultivo de plantas para la elaboración de drogas. En el espacio rural, la vulnerabilidad de la mujer se potencia, a su condición de mujer se le adiciona la pertenencia étnica, el medio rural y la ilegalidad de las tareas en este cultivo específico.

En relación a la participación de la mujer en el tráfico internacional y comercialización de drogas, se resalta su participación como transporte humano o las mal llamadas “mulas”, es decir, la realización del tránsito de pequeñas cantidades de drogas que normalmente las lleva en pequeños bultos, cuando el tránsito es terrestre en cruces de fronteras, o en su cuerpo cuando el tránsito es aéreo. Esta última forma de transportar drogas es la más peligrosa para la vida de la mujer y muchas veces ha culminado con su muerte. Estas formas de tráfico involucran a mujeres que por alguna condición de vulnerabilidad se ven obligadas a realizarlo, ya que las ganancias percibidas cumplen el rol de cubrir necesidades básicas propias o de la familia. Diversos estudios han mostrado la conexión existente entre tráfico de drogas, prostitución y tráfico de personas. Un estudio específico sobre México (citado en UNODC, 2018) indica que hay dos tipos básicos de involucramiento de la mujer en el negocio del tráfico: cuando la mujer debe tomar un rol luego de que su pareja hombre ha sido capturado y encarcelado o bien cuando la mujer es obligada bajo amenaza e intimidación, a transportar drogas.

¹⁷ Ver los datos disponibles para Colombia - Defensoría del Pueblo (2014), *El conflicto armado y el riesgo para la mujer rural* y para Perú - COPOLAD (2014), *Género y drogas*, disponibles respectivamente en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/ElconflictoarmadoyelriesgoparalamujerruralDefensoriaONU2015.pdf> y http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_24102014.pdf

Es importante también considerar que la participación de la mujer en el negocio de la droga en algunos casos puede ser el resultado de un proceso de definición de estrategias de supervivencia del mismo modo en que puede haber sido definido por un hombre y en este sentido, los dos comparten similares condiciones de vulnerabilidad social y económica. De todos modos, la condición de género que define a la mujer en este plano tal como se viene sosteniendo en este capítulo, es de una mayor vulnerabilidad estructural.

Ante este escenario, es de esperar que la falta de opciones laborales para las personas jóvenes y la interrupción de los procesos de educación y formación de personas jóvenes redunde en la dificultad de generar ingresos. Aunque todavía no se conoce por completo el impacto de la pandemia COVID-19 en los desafíos relacionados con las drogas, la existencia de mayores dificultades económicas probablemente haga que el cultivo de drogas ilícitas sea más atractivo para las frágiles comunidades rurales y que el tráfico de drogas sea una opción para generar ingresos, en un escenario con altos riesgos para las mujeres.

2.2.4. Mujeres y encarcelamiento

La población privada de la libertad está compuesta mayoritariamente de hombres, en todas partes del mundo. En el continente americano la fracción de la mujeres encarceladas alcanza al 4.9%, pero es mayor al promedio mundial que se ubica en el 2.9%. Y dentro del continente, las proporciones de Estados Unidos y de Bolivia son las más altas (9.7% y 8.2% respectivamente), según datos que presenta el informe de Dejusticia y del CEDD (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017).

En Informe citado analiza datos que provenientes de 9 países de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Uruguay) y en todos ellos la tasa de encarcelamiento femenino se ha incrementado desde el año 2005.

El incremento de la participación de las mujeres en la producción y el tráfico de drogas se expresa en el incremento de las tasas de encarcelamiento de mujeres por estos delitos, que incluso ha aumentado en mayor medida que en hombres, según indica el *Institute for Criminal Policy Research* (citado en WOLA, 2016). Esta fuente advierte que entre los años 2000 a 2015, el incremento en la tasa de encarcelamiento de mujeres por delitos vinculados a drogas fue del 51.6% mientras que la de los hombres fue del 20%. En algunos países incluso hay encarcelamientos por el delito de tenencia para el consumo, evidenciando la rigidez de las políticas punitivas frente a este problema. En este sentido es importante resaltar que desde 1950 hasta el presente se han incrementado las conductas tipificadas en las leyes de drogas de los países de la región, al tiempo que se incrementan las penas, configurando un escenario que ha sido definido por algunos autores de “adicción punitiva” (Uprimny, Guzmán y Parra Norato, 2012) acompañada de una mayor desproporcionalidad de las penas de drogas en relación a otros delitos. Entonces, la tendencia a una mayor tasa de encarcelamiento femenino por la mayor participación de las mujeres en la producción y el tráfico se potencia con una mayor acción punitiva por parte de varios estados de la región. En este contexto, todos los

problemas asociados a esta situación y todas las consecuencias negativas en el entorno se verán exacerbados.

Las características sociodemográficas de las mujeres privadas de libertad por delitos asociados a drogas indican que pertenecen a los estratos socioeconómicos bajos y a etnias o minorías sexuales, además de ser fácilmente reemplazables en la cadena de tráfico por la cual fueron condenadas. En este sentido, comparten las condiciones sociodemográficas y económicas de sus pares hombres, sobre todo en los delitos vinculados a la producción y tráfico de drogas.

Los informes citados de WOLA y de Chaparro Hernández y Pérez Correa indican que el encarcelamiento de la mujer tiene consecuencias para su entorno más allá del tiempo de reclusión, dado precisamente el rol de cuidado que las mujeres tienen en sus familias. Los hijos menores suelen ser derivados a instituciones públicas cuando no hay otro adulto que pueda cuidarlos impactando significativamente en los vínculos afectivos. Hay que considerar también que otros niños no hijos y adultos mayores forman parte también del entorno familiar de las mujeres en prisión.

Incluso cuando el encarcelado es un hombre, esta condición afecta particularmente a las mujeres madres, esposas, novias, hermanas o hijas del encarcelado, en tanto padecen no solamente las privaciones de ingresos suspendidos sino la estigmatización social del núcleo familiar. Por otra parte, dado a que la mayoría de la población privada de la libertad proviene de sectores sociales deprimidos, son las mujeres las que deben hacerse cargo de la provisión de alimentos, vestimenta y elementos de cuidados para los familiares encarcelados y muchas veces afrontar los gastos de los procesos legales, ante la retirada de la función del Estado. (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017). El mismo informe advierte que cuando las mujeres son las encarceladas, reciben un acompañamiento menor de parte de los hombres de su núcleo familiar-afectivo¹⁸.

El más reciente estudio de WOLA, IDPC, Dejusticia y CIM (2016) afirma que muchas de las mujeres involucradas en delitos de drogas reconocen haberse involucrado por su propia voluntad y ser conscientes de los riesgos que estaban corriendo. Sin embargo, con relativa frecuencia, se presenta la coacción de extraños, de la pareja o de un familiar para involucrarse, por lo que el informe también apunta a que algunas de estas mujeres fueron engañadas, y no tenían conocimiento de lo que estaban haciendo o desconocían los riesgos que estaban tomando. Incluso, algunas manifiestan haber recibido amenazas por miembros de las organizaciones criminales para obligarlas a realizar la conducta por la que fueron sancionadas. Estos factores no suelen ser tenidos en cuenta al dictar sentencia, las cuales resultan excesivamente largas y desproporcionadas (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017, pag. 110)

¹⁸ Es interesante notar que algo similar es observado en los pacientes en tratamiento. Cuando es un hombre, es acompañado y sostenido por las mujeres de su entorno, pero no ocurre lo mismo cuando las pacientes en tratamiento son las mujeres.

Un estudio específico realizado en Colombia¹⁹ indica que:

Los datos del INPEC son reveladores con respecto a las pocas oportunidades educativas y de trabajo que tienen las mujeres que se vinculan a los mercados de drogas, al igual que muestran el gran peso de los roles de cuidadoras y proveedoras en sus vidas: el 74 % de las internas en Colombia ni siquiera ha podido concluir su bachillerato (INPEC, 2016b). Asimismo, del total de mujeres que ingresaron a las cárceles por delitos de drogas entre 2010 y 2014, el 93,4% tenían hijos, mientras que para el caso de los hombres los que tenían hijos representaban el 76,2% del total. Pero lo que es más importante, para el 52,81% de las mujeres que ingresaron por estos delitos (divorciadas, separadas, solteras y viudas), el encarcelamiento se dio en circunstancias en las que no contaban con un compañero/a del núcleo familiar que las apoyara en el cuidado de sus hijos; mientras que para el caso de los hombres esto ocurrió en el 27,24% de los casos. En lo que respecta a las madres cabeza de hogar, el 86,4% fueron recluidas exclusivamente por delitos de drogas menores no violentos, y el 91,5% de las que recibieron sentencia fueron condenadas por un delito de drogas, sin concurso con otros delitos (Uprimny, Chaparro & Cruz, 2016). (Yepes, R y otros, 2016, pág. 27)

Este informe indica que los delitos vinculados a las drogas por los cuales las mujeres colombianas son condenadas principalmente son:

- ▶ Por servir como correos humanos para el tráfico internacional o interno. Muchas de ellas afirman que caen como carnadas puestas por los traficantes para poder distraer la atención y lograr que otras personas lleguen con la droga a sus destinos finales.
- ▶ Como expendedoras en pequeña escala, actividad conocida también como narcomenudeo o microtráfico.
- ▶ Como correos humanos que ingresan drogas a la cárcel, normalmente a cárceles de hombres.
- ▶ Como cultivadoras de plantas de donde se extraen los elementos activos de las drogas ilícitas, o en labores de procesamiento, empaque, transporte o tráfico a pequeña escala.
- ▶ Como operarias de otras tareas de bajo nivel, pero de alto riesgo, tales como recibir la mercancía, almacenarla, servir de intermediarias de varias actividades o transmisoras de mensajes e información dentro de los mercados de drogas ilícitas.
- ▶ Como usuarias de drogas que, pese a que el consumo y el porte para consumo no está sancionado penalmente en el país, son criminalizadas de facto. Entre este grupo están poblaciones particularmente vulnerables sobre las que la persecución penal se ejerce de forma selectiva, tales como mujeres transexuales o trabajadoras sexuales.

¹⁹ El documento citado elaborado por **Chaparro Hernández y Pérez Correa, *Sobredosis carcelaria y política de drogas en América Latina***, contiene información sobre el perfil de las mujeres encarceladas por delitos de drogas en Argentina, Brasil, Bolivia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay.

El estudio de los roles de género en el consumo de alcohol y drogas en mujeres privadas de libertad, realizado en España, presenta algunas reflexiones interesantes que pueden ser útiles aún para el análisis de contextos diferentes, y en el mismo se muestra que la institución penitenciaria pretende normativizar a las personas internas, generando así una tendencia a la infantilización; por un lado, limita el espacio de toma de decisión, pero, por el otro, reconduce la falta de capacidad de decisión a una característica de las personas internas. Asimismo, por una parte, ejerce controles y discursos orientados a disciplinar a las personas en prisión en función de las normas sociales que operan en el exterior, mientras que, simultáneamente, se insiste en la imposibilidad para las personas internas de alcanzar los estándares de normas sociales. (Castaño, 2010)

La institución de la prisión también reproduce los roles y estereotipos de género. Por un lado, las mujeres en prisión proceden, en su gran mayoría, de contextos de violencia y de relaciones de dependencia, a menudo vinculadas al consumo de drogas; por el otro, tanto los contextos de violencia, incluso la violencia sexual, como las relaciones de dependencia, pueden reproducirse en los recintos penitenciarios.

Las dinámicas afectivas en la prisión, sin embargo, no son solamente un reflejo de las relaciones de género aprendidas y reproducidas, sino un mecanismo de sobrevivencia. En el contexto de la prisión, las mujeres, y todas las personas internas, se encuentran en un grado más agudo de vulnerabilidad, por estar bajo el control absoluto del Estado. El contexto penitenciario reproduce las violencias de género que afectan de forma diferencial a hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la violencia sexual —impuesta o negociada— es una amenaza latente y, a la vez, en ocasiones es el único medio para obtener acceso a bienes y servicios (Atabay, 2015).

Con respecto al uso de drogas, diversos estudios realizados en siete países sudamericanos, dan cuenta del alto consumo de sustancias psicoactivas en los recintos penitenciarios²⁰ y el estudio sobre mujeres usuarias en cárceles españolas (Castaño, 2010) señala el importante consumo de hipnosedantes en la población penitenciaria, especialmente entre las mujeres; de hecho, los hipnosedantes son la segunda droga más consumida en prisión, precedida por el cannabis, tanto para hombres como para mujeres. El uso de hipnosedantes en el caso de las mujeres entrevistadas para el estudio es un fenómeno característico de la prisión, ya que en los últimos 30 días en libertad las drogas de principal consumo eran alcohol, cocaína en cualquier forma, cannabis, heroína en cualquier forma y cocaína base (Castaño, 2010).

Los medicamentos controlados, por ende, se convierten en una opción de control lícita de las mujeres en prisión por parte de la institución. En cambio, sólo una minoría de las mujeres en prisión tiene acceso a tratamiento (Castaño, 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2008 a).

²⁰ UNODC (2010): Informe Subregional: Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay.



Capítulo III

MARCO LEGAL INTERNACIONAL EN POLÍTICAS DE DROGAS, DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS DE LAS MUJERES

La visibilización de la relevancia y vinculación de las políticas de drogas desde el marco regulatorio de respeto a los derechos humanos y derechos de las mujeres, implica un análisis profundo sobre la participación e involucramiento de las mujeres en los múltiples aspectos que definen las diferentes situaciones relacionadas con el uso de drogas con una mirada más precisa e igualitaria. Un enfoque que promueva y garantice el efectivo ejercicio de derechos, como una responsabilidad común y compartida de los Estados. Desde el análisis de los efectos negativos de la aplicación de las políticas de drogas, y desde una lógica de vulneración de derechos, se puede evidenciar, de manera directa o indirecta, el impacto perverso y desigual que han tenido estas políticas sobre las mujeres, como sector vulnerable de la población, reproduciendo —en muchos casos— las condiciones de inequidad y transgrediendo los derechos fundamentales a partir de medidas restrictivas, represivas e ineficaces. Por lo que es necesario considerar las políticas de drogas desde una mirada integral, pero al mismo tiempo interseccional, implementando políticas y estrategias adecuadas, de respeto a los derechos humanos y derechos de las mujeres que incorporen cambios estructurales para lograr un efecto e impacto positivo en su aplicación.

El presente capítulo contiene una breve descripción del término “políticas de drogas” como un conjunto de políticas y medidas diseñadas e implementadas por los países para influir en la reducción de la oferta y la demanda de drogas, desde los distintos ámbitos de intervención; las mismas que se rigen bajo las tres convenciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre drogas, instrumentos que conforman la triada de la regulación internacional en materia de fiscalización de sustancias psicoactivas y precursores químicos destinados a la producción de drogas ilegalizadas. Asimismo, en la primera parte, se desarrolla una revisión preliminar de la incorporación y priorización de la igualdad de género y la situación de las mujeres en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

No obstante, cuando se hace alusión al uso de drogas, se apunta no solo a las drogas ilegales sino a aquellas reguladas legalmente, por lo que el análisis incluye además al tabaco, alcohol, medicamentos controlados y a la marihuana para fines médicos y/o recreativos, tomando en cuenta que la normativa internacional en materia de regulación de drogas lícitas, está tomando mayor protagonismo en los últimos años a partir de la incorporación de estrategias y programas específicos para afrontar el asunto desde un enfoque de salud pública.

Esta exposición es seguida por una contextualización de los instrumentos internacionales de derechos humanos y derechos de las mujeres con el objetivo de contar con un marco introductorio precedente para su posterior vinculación con las políticas de drogas, desde la reducción de la oferta y demanda, basada en el respeto a los derechos humanos y con especial atención a las mujeres. Es así que, exponiendo los principales instrumentos internacionales de protección de los derechos, se esboza un diagnóstico en torno a los avances y retos en materia de derechos humanos y derechos de las mujeres desde los tratados de fiscalización internacional y las políticas de drogas.

En la tercera parte se analiza las políticas de drogas desde los ámbitos de reducción de la oferta y demanda y algunos de los debates que han surgido, sobre todo a partir de la segunda década del s. XIX, en torno a los impactos y amenazas identificadas para los derechos humanos y derechos de las mujeres.

3.1. Contextualización de las Políticas de Drogas

Un primer punto para destacar es la definición de drogas: “Siempre que se utiliza la palabra “droga” en el Informe Mundial sobre las Drogas debe entenderse que se trata de una sustancia fiscalizada de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas” (ONUDD, 2017).

Desde la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS, 2004). La separación entre drogas que operan bajo un marco de regulación legal (como el alcohol, el tabaco, los medicamentos controlados y la marihuana para fines médicos y/o recreativos, en algunos países y en algunos estados de los Estados Unidos), y drogas cuyo nivel de regulación conlleva su prohibición o ilegalización —como la cocaína, la heroína, las metanfetaminas y la marihuana en la mayoría de los países, entre otras— sobrelleva, no solamente imaginarios con efectos en las políticas de salud, sino también en las políticas de criminalización que, a su vez, impactan en la salud pública, y de forma específica, en la salud de las mujeres. La exclusión del alcohol, el tabaco y el uso de psicofármacos sin prescripción médica, de la categoría comúnmente entendida como “drogas” en los debates y en la construcción de imaginarios sociales en torno a las drogas, sus usos y consecuencias, ha contribuido a una doble ficción cultural: por un lado, la idea de que el uso de estas sustancias psicoactivas no es “tan” dañino para la salud;

al contrario, en ocasiones se normaliza e incluso se promueve en el seno de la familia desde la infancia. De acuerdo con la OMS, el alcohol y el tabaco son responsables, en su conjunto, del 12% de la mortalidad evitable mundial, mientras que las drogas ilícitas ocasionan el 0.4% de las muertes. La evidencia muestra que el alcohol es la droga más dañina —en términos absolutos—, si tomamos en cuenta los daños causados a quienes lo consumen y a terceras personas. El tabaco ocupa el sexto lugar, precedido por la heroína, el crack, las metanfetaminas y la cocaína (Nutt et al., 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) provee dos definiciones del término “políticas de drogas”: i) En el contexto de las sustancias psicoactivas, el conjunto de políticas diseñadas para influir en la oferta y la demanda de drogas ilegales, a escala local o nacional, que comprenden programas de educación, tratamiento, control y otros planes, programas y proyectos. En este sentido, las políticas en materia de drogas no incluyen la política farmacéutica (excepto en lo que se refiere al desvío al uso no médico), ni tampoco la política sobre alcohol y tabaco. ii) En el contexto del Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales, “la política nacional de medicamentos” se refiere a la política farmacéutica²¹ de un país sobre la comercialización, disponibilidad y uso terapéutico de los medicamentos. La OMS recomienda que todos los países dispongan de una política de este tipo, formulada en el contexto de una política nacional de Salud. La Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS constituye un esfuerzo para ayudar a los países en el desarrollo y elaboración de una política farmacéutica en consonancia con la asignación de fondos escasos para productos farmacéuticos, basándose en las necesidades para la protección de la salud pública, en lugar de en aspectos de mercado.

La primera definición sobre políticas de drogas es la que prevalece en las discusiones actuales y en los informes, resoluciones y declaraciones de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos.

Respecto a las políticas diseñadas para influir en la oferta y la demanda de drogas ilegales, a escala nacional o internacional, los países se enmarcan dentro del marco jurídico internacional que proporciona la base legal para el diseño de estrategias y prioridades de actuación.

No obstante, el consumo de alcohol, tabaco y el uso de medicamentos sin prescripción médica, requieren ser considerados dentro de las políticas de drogas, tomando en cuenta que en los últimos años se ha incrementado la preocupación por los efectos nocivos que tienen para la salud. Siendo que el desarrollo normativo en América Latina y el Caribe es bastante irregular y se desarrolla principalmente en función a la decisión política y de acuerdo al régimen de legalización adoptado por cada país, existen obligaciones y discusiones de política internacional respecto a medidas orientadas a la

²¹ La OMS define como política farmacéutica el: “Sistema de regulaciones dirigido a controlar la disponibilidad y la demanda de **medicamentos**. Sinónimo de **política en materia de drogas** (“drug policy”) (segunda definición) en el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales; en los países Escandinavos se denomina también como “política de medicamentos” (*medicines policy*). Un componente importante suele ser la política sobre **medicamentos psicoactivos**, que refleja la elevada proporción de recetas que se extienden para estos fármacos”. (OMS, 1994)

salud. Sin embargo, la regulación y fiscalización está enfocada principalmente a las drogas ilegales, ya que las drogas lícitas al ser menos estigmatizadas son poco visibilizadas y “socialmente aceptadas”, por lo que su desarrollo es menor “A pesar de la magnitud de los problemas de salud que genera dicho consumo, los esfuerzos por controlarlo han sido limitados y han tenido un resultado modesto” (Peruga, 2001).

Las legislaciones en distintos países han ido variando a lo largo del tiempo, donde por ejemplo, algunos países han desarrollado iniciativas para la legalización de la marihuana o la reducción de sanciones penales a la posesión de sustancias controladas para uso personal, y otros tienen un control estricto y normas específicas sobre el consumo del tabaco; sin embargo, la discusión debe estar enfocada no solo en las políticas prohibicionistas sino además en políticas de drogas que se asocian al consumo de drogas desde un enfoque de salud pública, reforzando las intervenciones socio-sanitarias a través de programas de prevención, reducción de la estigmatización, tratamiento, reducción de daños, alternativas terapéuticas para las y los usuarios de drogas, tomando en cuenta que —de acuerdo a lo analizado en el Capítulo 2— el consumo de estas sustancias psicoactivas, conlleva riesgos especialmente importantes y específicos para las mujeres.

3.1.1. Principales tratados de fiscalización internacional de drogas

Las “políticas de drogas”, entendidas en la acepción de la OMS, se rigen por tres convenciones de la ONU: i) la Convención Única sobre Estupeficientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; ii) el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y iii) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupeficientes y Sustancias Psicotrópicas (Oficina de las Naciones Unidas, 1988).

Las tres convenciones constituyen los principales tratados de fiscalización internacional de drogas y son los instrumentos internacionales que cuentan con mayor consenso mundial. Su creación ha sido el fruto de décadas de debate y esfuerzos internacionales para enfrentar el uso de sustancias que pueden generar dependencia y las actividades que conllevan la producción, tráfico, distribución y venta de las mismas. En el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD, 2008), se describe detalladamente este desarrollo, asociándolo inicialmente a la crisis de consumo de opio en China y a la falta de regulación del tráfico de sustancias psicoactivas. Entre la primera reunión internacional en torno al problema del Opio, celebrada en Shanghái en 1909, y la Convención Única de 1961, se celebraron numerosas reuniones y se firmaron diversos tratados. La Convención Única de 1961 surge como un esfuerzo por recopilar y mejorar los intentos previos, mediante la creación de un instrumento que incluyera las disposiciones sobre regulación y que contara con el consenso internacional. Con esta convención, se establecen los dos fines principales del marco internacional de fiscalización de estupeficientes: por un lado, garantizar el acceso a medicamentos —especialmente medicamentos esenciales— y, por el otro, prevenir y combatir el tráfico ilícito de sustancias psicoactivas para fines no médicos y científicos, en aras de erradicar el uso dependiente de dichas sustancias.

En 1971 se aprobó el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, concebido para dar respuesta a la diversificación del consumo de drogas, en particular la proliferación de nuevas sustancias sintéticas, como anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas y drogas psicodélicas, las cuales también quedaron clasificadas en cuatro listas (Jelsma y Armenta, 2015).

Sucesivamente, la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, en 1988, celebrada en Viena asumió un enfoque más restrictivo en contra las drogas y del tráfico. Aun así, la aplicación de sanciones penales siempre está sujeta a los principios constitucionales de los países firmantes, permitiendo, de esta manera, que los países puedan o no penalizar la posesión de sustancias para el consumo, sin por ello entrar en conflicto con los tratados. Se especifica que se aplicarán sanciones proporcionadas a la gravedad de los delitos, en el caso de delitos leves, se prevé la posibilidad de sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por “la aplicación de otras medidas...”. En el comentario 3.3 a la Convención, se abre la puerta para penas más severas, ya que se afirma que los países podrán adoptar medidas más estrictas que las dispuestas en el texto; siempre con sujeción al requisito de que estas iniciativas estén en consonancia con las normas relativas a la protección a los derechos humanos (Naciones Unidas, 1999: 43-44).

En 1998, en la Vigésima Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), los países discutieron sobre el problema mundial de la droga y establecieron una agenda con la aprobación de tres documentos fundamentales, donde se comprometen a lograr resultados mensurables en la reducción de la oferta y de la demanda de drogas ilegales i) la Declaración Política, ii) la Declaración sobre los principios rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, y iii) Medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas.

Uno de los avances importantes, en la sesión especial, es la incorporación de acciones enfocadas a la reducción de la demanda de drogas ilícitas como parte de una lucha contra los problemas mundiales relacionados con las drogas, pero además por primera vez dentro de los tratados de fiscalización internacional de drogas, se incorpora el análisis de género dentro de los documentos. La Declaración Política compromete a los países a que tanto hombres y mujeres se beneficien de las estrategias por igual y sin discriminación y la Declaración sobre los principios rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas exige que se incorpore el análisis de género dentro de las políticas. Sin embargo, hasta aquí, los tratados de fiscalización no cuentan con un enfoque claro sobre la forma de incorporación del enfoque de género tanto en la normativa como en políticas. Las especificidades de género y la diferenciación entre hombres y mujeres son fundamentales, tomando en cuenta que las mujeres resultan afectadas de manera diferenciada por la penalización y estigmatización tanto en el consumo como en el tráfico de drogas, por tanto su incorporación en los documentos de la UNGASS fue importante para su futuro desarrollo.

En 2009, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND, por sus siglas en inglés) como órgano responsable en materia de control de drogas, realizó un análisis y evaluación respecto

a los alcances logrados en la UNGASS y se renovaron compromisos hasta 2019, aprobando la estrategia global de 10 años y adoptando la “Declaración Política y el Plan de Acción de Drogas sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas” donde se expresa la preocupación sobre el problema mundial de las drogas y se prioriza el desarrollo de estrategias específicas con un enfoque integral, multidisciplinario y equilibrado para afrontar la situación mundial respecto a las drogas. El Plan de Acción, enfatiza los derechos humanos y la dignidad de las personas en la reducción de la demanda de drogas, e insta a los estados miembros a centrarse en los grupos vulnerables y condiciones de vulnerabilidad “(...) de modo que se puedan enfocar de la mejor manera posible hacia las necesidades de esos grupos, teniendo en cuenta factores como el género y el contexto cultural” (CND, 2009). De igual modo insta a los países miembros a seguir promoviendo la igualdad de género en los planes de desarrollo alternativo, velando por la igualdad de condiciones para la participación en la formulación, ejecución y evaluación de programas. En el capítulo siguiente se desarrollará a mayor detalle las líneas principales del Plan de Acción.

En 2016, se realizó la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), la misma que se adelantó tres años, a requerimiento expreso de los presidentes de Colombia, Guatemala y México, quienes en septiembre de 2012, solicitaron una reunión urgente para analizar los problemas relacionados con la oferta y demanda de drogas. En esta sesión se debatieron cinco temas: i) drogas y salud, ii) drogas y delincuencia, iii) drogas y derechos humanos, los jóvenes, las mujeres, los niños y las comunidades, iv) nuevos retos y amenazas desde la prevención y la lucha contra el problema mundial de las drogas, v) desarrollo alternativo, cooperación regional, interregional e internacional para lograr una política de fiscalización equilibrada y orientada al desarrollo. Igualmente, se definieron las acciones a tomar por los Estados miembros, así como los objetivos que se deberán alcanzar para la sesión de 2019. Uno de los puntos positivos fue la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas de drogas y el análisis del impacto desproporcionado sobre las mujeres respecto a las políticas punitivas (IDPC, 2016).

En marzo de 2019, se celebró en Viena el 62º período de CND, en la cual se determinó en la Declaración Ministerial 2019, fortalecer las acciones de los participantes a niveles tanto Nacionales, Regionales e Internacionales para acelerar la implementación de los compromisos conjuntos para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, en el marco de dar cumplimiento a fecha objetivo establecida en la Declaración Política y el Plan de Acción sobre la cooperación internacional hacia una estrategia integrada y equilibrada para contrarrestar el problema de las drogas, establecido en 2009. La Declaración Ministerial reconoce la importancia de adoptar una perspectiva de género en políticas sobre drogas, incluso en la protección de la salud, seguridad y bienestar. (UNODC, 2019).

En el marco del incremento del consumo del tabaco, en mayo de 2003, durante la Asamblea Mundial de la Salud se suscribe el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) como el primer tratado internacional en materia de salud con el apoyo la Organización Mundial de la Salud (OMS),

que reafirma el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (Organización Mundial de la Salud, 2003). El convenio cuenta con un modelo para reducir la oferta y la demanda de tabaco, y tomando en cuenta el aumento desmedido del número de fumadoras y consumidoras de tabaco a nivel mundial, reconoce la participación de las mujeres en actividades de control y la necesidad incorporar el enfoque de género en las estrategias de formulación y aplicación de políticas (Organización Mundial de la Salud, 2003).

3.2. Derechos humanos con perspectiva de género y derechos de las mujeres

Las políticas de drogas puestas en marcha en el mundo han tenido un impacto considerable en la consecución de los derechos humanos. Sería imposible abordar el análisis de las políticas de drogas en el contexto de América Latina y el Caribe sin acercarnos a la descripción de los principales instrumentos que regulan los derechos humanos y el debate sobre la necesidad de incorporar los derechos de las mujeres a través de instrumentos específicos como colectivo vulnerable en el respeto a los mismos. Es así, que tanto a nivel mundial como regional, se han perfeccionado un conjunto de tratados, convenciones y declaraciones que conceptualizan los derechos humanos y en cierta medida han considerado las diferencias y particularidades de las mujeres, para que sus necesidades especiales de protección sean tomadas en cuenta.

Sin embargo, estos instrumentos de derechos humanos, no han sido capaces de evitar el desigual efecto de las políticas sobre las mujeres en la vulneración de sus derechos y, a pesar de que la condición de las mujeres como seres humanos con derechos nunca debieron haberse puesto en duda, no han sido suficientes y ha sido necesario buscar la atención de la comunidad internacional sobre las distintas desatenciones a las que han sido sometidos los derechos de las mujeres, de modo que — ante la indiscutible necesidad — se ha requerido el desarrollo de instrumentos jurídicos específicos que reconocen de manera efectiva la participación de la mujer en la vida política, social y económica de cada nación para proteger, promover y garantizar los derechos de las mujeres.

A continuación se desarrollan los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, los instrumentos regionales del sistema interamericano y los instrumentos que reconocen y protegen específicamente los derechos de las mujeres:

3.2.1. Declaración Universal de Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Esta Declaración establece, por vez primera, que los derechos deben respetarse y protegerse en todo el mundo. Los derechos fundamentales que establece la DUDH, como el derecho a la vida, a la salud, a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles e inhumanos o degradantes, al debido proceso, a no ser objeto de discriminación, derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos y otros, deben ser resguardados

y los Estados Miembros de las Naciones Unidas deben garantizar su respeto efectivo en igualdad de derechos para todos los miembros sin distinción.

A partir de su aprobación, se dio lugar al Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y al Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que se adoptaron por las Naciones Unidas en 1966, como instrumentos internacionales vinculantes, los tres en su conjunto forman la Carta Internacional de Derechos Humanos. Asimismo, se establece en 1985 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés) que supervisa el PIDESC y el Comité de Derechos Humanos (HRC) que supervisa el PIDCP.

En 1993, la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de Viena, mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas crea la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OACDH) donde paralelamente se establecieron varios órganos para responder a los cambios y evolución en materia de derechos humanos. El mayor avance de la Conferencia de Viena, fue el reconocimiento indiscutible de los derechos de la mujer dentro de los derechos humanos.

3.2.2. Derechos humanos en el Sistema Interamericano

Los derechos humanos en el ámbito regional fueron reafirmados y desarrollados por los estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), para la promoción y protección de los derechos humanos de los países que forman parte, a través del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Es así que, en 1948 se aprueba la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, iniciando el Sistema Interamericano de promoción y protección de los derechos fundamentales y se crea en 1959, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). La CIDH es uno de los órganos principales de la OEA que promueve la observancia y defensa de los derechos humanos y sirve como órgano consultivo de la Organización en esta materia. Si bien la Declaración es un instrumento que protege a todos, a partir del respeto de los derechos fundamentales e incorpora implícitamente dentro de los principios de igualdad y no discriminación a toda persona humana —sin hacer distinción de raza, sexo, idioma o religión— en el caso específico del enfoque de género, enfatiza únicamente en el capítulo primero, el derecho de protección a la maternidad y a la infancia, sin incorporar explícitamente el reconocimiento de la vulneración de derechos y la discriminación contra las mujeres.

Posteriormente, se suscribe en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), con el propósito de consolidar en el Continente el compromiso a respetar los derechos y libertades y a adoptar las medidas legislativas necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades sin discriminación alguna, donde además se establece la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), la misma que cuenta con estatutos en 1979 (CADH, 1969, artículo 41 y 43).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) de 1988, reconoce la estrecha relación existente entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, además de reconocer el derecho al trabajo, a la seguridad social, salud, medio ambiente y otros. El protocolo cuenta con algunos limitados intentos para la incorporación de medidas encaminadas a que las mujeres puedan ejercer sus derechos en materia laboral y de seguridad social.

3.3. Derechos de las mujeres

Los derechos de las mujeres se encuentran establecidos en el marco de los derechos humanos, como un principio fundamental de igualdad, en el cual tanto hombres como mujeres tienen derecho a gozar de todos los derechos establecidos en los documentos que forman parte tanto de la Carta Internacional de los Derechos Humanos, como del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Sin embargo, hasta un poco menos del final del siglo pasado, las mujeres no han gozado de manera directa de derechos específicos y se beneficiaron de manera análoga del ciudadano hombre o de lo universal masculino, bajo una concepción histórica de patrones socioculturales donde el parámetro de la humanidad es la persona simbolizada por el hombre, sin tomar en cuenta las diferencias y particularidades de la población, ni la protección específica hacia las mujeres. En el caso de los derechos de la mujer, no siempre se consideraba prioritaria su aplicación, poco a poco el reconocimiento de derechos ha girado sustancialmente en torno a identificar los problemas que afectan específicamente a las mujeres como la violencia y la discriminación, haciendo eco en la comunidad internacional.

Los primeros instrumentos internacionales específicos de derechos humanos de las mujeres se han ido asentando progresivamente en el marco del reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer y de las libertades fundamentales.

Actualmente existen numerosos instrumentos internacionales y regionales específicos que refuerzan y complementan los compromisos mundiales al respeto e igualdad de los derechos humanos de las mujeres, sin embargo la vulneración de derechos continúa, queda mucho por trabajar y más aún en materia de drogas donde los prejuicios hacia las mujeres continúan y la vulneración de derechos es el pan del día a día; siendo que, tanto las personas usuarias de drogas como las mujeres que participan en el cultivo destinado a la producción y tráfico de drogas ilícitas y otras, sufren atropellos como tortura, detención arbitraria, que contravienen estándares y normas de derechos humanos y de las mujeres, a través de prácticas abusivas en la aplicación de las políticas de control de drogas.

Un paso importante, es reconocer estos instrumentos internacionales y regionales que han sido refrendados específicamente para la protección, promoción y garantía de los derechos a las mujeres, para ulteriormente analizar las convenciones de fiscalización y las políticas de drogas, no tanto por sus mandatos, sino por sus resultados en función al cumplimiento de los compromisos en

derechos humanos y de las mujeres, es así que a continuación, se destacan los instrumentos internacionales y regionales de derechos de las mujeres más importantes que se relacionan intrínsecamente a los problemas mundiales relacionados con las drogas.

3.3.1. CEDAW

La Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), es considerada como la declaración universal de los derechos de las mujeres, siendo aprobada el año 1979 y puesta en vigencia en 1981. Como su nombre indica, la CEDAW, parte de la constatación de que la discriminación contra las mujeres se da por el hecho mismo de ser mujeres, es decir, por las relaciones de género históricamente desiguales que impiden el acceso de las mujeres al goce pleno de sus derechos; tal como se establece en su artículo primero:

A los efectos de la presente Convención, la expresión discriminación contra la mujer denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (CEDAW, 1979).

La CEDAW aborda distintos contextos de discriminación, desde el espacio político, al económico, educativo o la salud pública, incluyendo también los patrones culturales y contenidos mediáticos que reproducen prácticas discriminatorias para las mujeres. Contempla, además, la aplicación de medias temporales, a menudo conocidas como “medidas afirmativas”, orientadas a fomentar la eliminación de la discriminación contra las mujeres.

El derecho de acceso de las mujeres a la justicia es esencial para la realización de todos los derechos protegidos, donde el Comité, en la práctica, señaló cómo los principales obstáculos de acceso a la justicia para las mujeres son originados por los estereotipos de género, las leyes discriminatorias, los procedimientos interseccionales o con discriminación, lo que se constituye en violaciones persistentes de los derechos humanos de las mujeres, ante lo cual establece una serie de recomendaciones sobre el acceso de las mujeres a la justicia (CEDAW/C/GC/33,3).

3.3.2. Belém do Pará

La Convención para Prevenir, Erradicar y Sancionar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará) aprobada en 1994, reconoce la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos “(...) y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades” (Organización de Estados Americanos, 1994).

Como ya se mencionó en el capítulo previo, el artículo primero de la Convención, define como violencia contra la mujer “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado” y se entiende por violencia contra las mujeres la física, sexual y psicológica. Asimismo, en el artículo tercero, se reconoce el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. En su artículo 4 establece que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. El artículo 6, además de ratificar que la mujer tiene el derecho de ser libre de toda discriminación, se recalca que la mujer debe ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

3.3.3. Reglas de Bangkok

Tomando en cuenta las Reglas de Tokio adoptada en 1990 respecto al uso de las medidas no preventivas de libertad y las salvaguardias mínimas para las personas a quienes se aplican las medidas sustitutivas de la prisión, para reducir la aplicación de las penas y racionalizar las políticas de justicia penal con respeto a los derechos humanos, las exigencias de la justicia social y la necesidad de rehabilitación de delincuente (Asamblea General de las Naciones Unidas ,1990), las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok) fueron aprobadas en 2010 y aunque no constituyen un documento vinculante para los Estados, cuentan con un amplio consenso internacional. Las Reglas de Bangkok complementan, las Reglas Mandela, sobre población penitenciaria en general, y las Reglas de Tokio, sobre medidas alternativas. Se dirigen a niñas y mujeres privadas de la libertad, y procuran atender el creciente encarcelamiento de mujeres, con perspectiva de género.

Parten del reconocimiento de que las mujeres privadas de libertad son principalmente acusadas por delitos no violentos, con una historia de vida marcada por la violencia y, además, son las principales o únicas responsables de sus hijas e hijos u otros familiares dependientes. En este sentido, son consideradas, en su mayoría, como personas que no representan un riesgo para la sociedad. A lo largo del texto, se insiste en la importancia de tomar en cuenta la historia de violencia y las responsabilidades de cuidado de las mujeres en prisión, puesto que éstas influyen en su involucramiento en hechos delictivos y en las consecuencias de su encarcelamiento. Asimismo, se aboga por condiciones de reclusión que tomen en cuenta sus necesidades específicas, principalmente desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos, los lazos con la comunidad, la salud y las responsabilidades como madres. También se recomienda el uso de medidas alternativas a la privación de la libertad cuando se trate de delitos menores no violentos, particularmente si se trata de mujeres embarazadas o madres.

Las reglas de Bangkok abordan diferentes derechos de las mujeres encarceladas y sus familias, entre ellos, cabe señalar la mención de la necesidad de promover acceso a programas de tratamiento

de las drogodependencias para mujeres privadas de la libertad y para las que se encuentran procesadas en libertad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011).

En 2015 se aprueba las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Mandela) la misma que establece nuevos estándares para el tratamiento para personas privadas de libertad de defensa de los derechos humanos y respeto de la dignidad y valor de los seres humanos, poniendo énfasis en la protección de todos los reclusos sin discriminación, tomando en cuenta las necesidades individuales en especial los grupos vulnerables. Prioriza la reinserción social como base para evitar la reincidencia. Respecto a mujeres y niños, se ve la necesidad de evaluar la situación específica, basada en las Reglas de Bangkok, estableciendo medidas como la separación de espacios entre hombres y mujeres, respetando los pabellones para mujeres, instalaciones especiales para las reclusas en situación de embarazo, servicios de atención adecuados y otros (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015).

3.3.4. Agenda de Desarrollo Sostenible

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Agenda de Desarrollo Sostenible), un ambicioso conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas, con el cual se pretende retomar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y conseguir lo que no se logró con éstos.

La agenda contiene un objetivo dedicado enteramente a la igualdad de género y al empoderamiento de las mujeres:

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas

5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo.

5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.

5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.

5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública.

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y proteger los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

5.7 Empezar reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.

5.8 Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.

5.9 Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.

Asimismo, la meta 3.5 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, prevé “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol” (Asamblea General De Las Naciones Unidas., 2015). Tanto la resolución sobre género (CND, 2016), como el documento final de UNGASS (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016) se remiten a la Agenda de Desarrollo Sostenible, vinculando así las políticas de drogas a un contexto mucho más amplio que el que se incluye tradicionalmente bajo las estrategias de control de la oferta y control de la demanda. Los ODS abren también la puerta para pensar e incorporar nuevos indicadores en políticas de drogas que garanticen coherencia dentro del sistema de Naciones Unidas (Bewley-Taylor, 2016).

3.4. Políticas de drogas y su interacción con los derechos humanos y derechos de las mujeres

Las políticas de drogas, tanto en sus ámbitos de reducción de la oferta como de reducción de la demanda, se relacionan con varios de los aspectos regulados por los instrumentos internacionales de los Derechos Humanos y los Derechos de las Mujeres.

La Oficina de Naciones Unidas para la Droga y el Delito ha identificado “consecuencias negativas no intencionales” de las políticas de drogas desarrolladas en el mundo con diferentes costos en derechos humanos de las consumidoras y consumidores de drogas que han podido ver agudizados el estigma y la vulneración de sus derechos fundamentales en relación con ámbitos como la protección de la salud o el debido proceso, no ser objeto de discriminación y otros. Hemos de señalar que el impacto de las políticas no ha sido homogéneo sino diferencial en los distintos territorios y sectores de la población, afectando particularmente a las mujeres y a determinados grupos étnicos, en especial en América Latina y el Caribe.

Es así que la aplicación de las políticas de drogas puede llegar a situarse al margen de las previsiones realizadas en los instrumentos que regulan los derechos humanos. Precisamente, en los últimos

años se avivó el debate sobre la necesidad de controlar estrictamente el cumplimiento de los derechos humanos cuando se aplican decisiones políticas sobre las drogas.

En 2008, la propia Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas señala que “Si bien no siempre es fácil establecer una jerarquía entre esos distintos instrumentos, es claro que el documento constitutivo de la Organización, la Carta de las Naciones Unidas, tiene prioridad sobre todos los demás instrumentos” (CND, 2008), en el contexto de la fiscalización de drogas, esto significa que los tratados pertinentes deben aplicarse de conformidad con las obligaciones consignadas en la Carta. Entre esas obligaciones figura el compromiso de los signatarios y asinatarias de proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales.

En los últimos años, el cruce entre derechos humanos y las políticas de drogas se ha estrechado progresivamente. En 2015, el Comité de Derechos Humanos aprobó su primera resolución sobre políticas de drogas, por la cual se solicitó al Alto Comisionado que presentara un informe como parte de los trabajos preparatorios de la UNGASS en relación a las repercusiones del problema mundial de las políticas de drogas en el ejercicio de los derechos humanos. En dicho informe (Human Rights Council, 2015) se vinculan los impactos de las políticas de drogas sobre varios derechos (el derecho a la salud, el derecho a la vida, el derecho a un proceso justo, la prohibición de la tortura y otros malos tratos, etc.) y sobre grupos específicos (mujeres, niños y niñas y pueblos indígenas entre otros). En 2018, el Comité de Derechos Humanos aprobó una segunda resolución como seguimiento a la UNGASS de 2016, lo cual resultó en un segundo informe del Alto Comisionado sobre drogas y derechos humanos. Este informe incluye numerosas referencias a las vulnerabilidades específicas a las cuales se enfrentan las mujeres, entre otras en el ámbito del acceso a servicios de reducción de daños y de tratamiento adecuados, violencia de género, altas tasas de encarcelamiento y discriminaciones en los procesos de justicia penal. Estos informes nos permiten visibilizar los avances en la materia y la necesidad de incluir la perspectiva de género en este ámbito, para identificar y exponer los Derechos Humanos de las Mujeres más afectados por la implementación de las políticas de drogas en el mundo y en especial en América Latina y el Caribe.

Puede afirmarse que la aplicación de la perspectiva de género, enriquece la manera de mirar la realidad y de actuar sobre ella. En materia de derechos humanos permite, entre otras cosas, visualizar inequidades construidas de manera artificial, socio-culturalmente y detectar mejor la especificidad en la protección que precisan quienes sufren desigualdad o discriminación. Ofrece, pues, grandes ventajas y posibilidades para la efectiva tutela de las personas y, concretamente, de las mujeres (Badilla y Torres García, 2004, pag. 95)

En la sesión de conclusiones de la discusión general de la CEDAW sobre mujeres y acceso a la justicia, se señaló cómo los principales obstáculos en relación al acceso a la justicia para las mujeres son originados principalmente por los estereotipos de género, destacando entre ellos, la idea de las mujeres como pilares de las familias (Pimentel, 2013). De acuerdo con estas creencias, las mujeres tienen que aceptar todas las cargas sociales que les son asignadas en razón de género, aunque

impliquen violaciones a sus derechos o conlleven sufrimiento. Las mujeres consideran que éste es su deber y que no tienen el derecho de buscar soluciones frente a la violencia y la discriminación, puesto que, a menudo, ni siquiera son vividas como tal, sino como algo natural y merecido. Lo anterior se recrudece en el caso de las mujeres usuarias de drogas en conflicto con la ley, ya que son acusadas de romper los estereotipos de buena madre y de cuidadora responsable, además de transgredir la ley penal y/o de usar sustancias ilegalizadas y estigmatizadas.

Otro ejemplo desarrollado en el capítulo anterior es el acercamiento de las mujeres al mundo del crimen, que suele rodear el consumo de drogas y conlleva a la visibilización de las vulnerabilidades y desigualdades de género en el respeto de los derechos económicos y sociales, ya que está intrínsecamente relacionado con desigualdades en el acceso al empleo y la educación que sufren las mujeres y la mayor predisposición a sufrir violencias y abusos.

Por otro lado, los pueblos indígenas y las mujeres que usan o portan drogas, o que las distribuyen en el nivel micro, deberían ser protegidas contra toda discriminación y vulneración de derechos. Se debería considerar la reforma de leyes y políticas para que atiendan el impacto desproporcional de las políticas de drogas sobre las mujeres y los pueblos indígenas. También se debería tomar en cuenta la capacitación al personal del sistema de justicia penal y de salud, así como a los trabajadores sociales que tienen contacto con personas usuarias de drogas, para evitar la discriminación (Comité de Derechos Humanos, 2015).

3.4.1. Los derechos humanos fundamentales y las políticas de drogas

A continuación, se analizan los principales derechos fundamentales reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, relacionados concretamente con las políticas de drogas y las medidas que se deben tomar en cuenta a la hora de implementar políticas para la reducción de la demanda y oferta de drogas, para una aplicación más eficiente basadas en el respeto de los derechos humanos y derechos de las mujeres, que aborde los problemas relacionados con las drogas desde un enfoque más amplio, particularmente en el caso de las mujeres.

Derecho a la salud

Al analizar las Convenciones sobre drogas, se debe tomar en cuenta que la protección de la salud y el bienestar son fundamentales para el respeto de los derechos humanos, sin embargo, al momento de diseñar e implementar las políticas y medidas de prevención y control para la reducción de la demanda y la oferta, se evidencia que continúan siendo represivas y abusivas, más aún cuando se analiza desde una mirada de género, donde se puede advertir, además, inequidades en su aplicación.

El derecho a la salud se encuentra reconocido en distintas declaraciones, el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 12 del PIDESC, comentario General N° 14 del CESCR, artículo 10 del Protocolo de San Salvador, artículo 11 y 12 de la CEDAW y otros.

El PIDESC establece, en su primer párrafo, que toda persona tiene derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Pacto adopta un enfoque amplio, ya que no limita el derecho a la salud física, sino también incluye la salud mental – lo cual resulta particularmente relevante para mujeres que usan drogas quienes son desproporcionalmente impactadas por comorbilidades, incluso problemas de salud mental, con oportunidades limitadas de acceder a tratamiento adecuado.

El CESCR, establecido para supervisar el PIDESC ha destacado en su Comentario General N° 14 que el derecho a la salud es “indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (CESCR, 2000: párr.1). En tal sentido, el derecho a la salud se vuelve extremadamente importante para la realización de otros derechos humanos, como el derecho a la vida.

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) implementa acciones específicas relacionadas con la salud como derecho humano fundamental:

En materia de salud, trabaja para asegurar el acceso universal a servicios de salud como un derecho humano fundamental, sin importar la condición social o la situación jurídica de las personas. Por consiguiente, la UNODC se esfuerza por garantizar el acceso al tratamiento para consumidores problemáticos de drogas y para garantizar una asistencia completa a la salud también en las cárceles. Además, conduce esfuerzos de prevención dirigidos a la población en general, con el fin de concienciar a las personas sobre los peligros del abuso de drogas. La UNODC también contribuye a mejorar la prevención del delito y presta asistencia en la reforma de la justicia penal a fin de fortalecer el Estado de derecho, promover sistemas estables y viables de justicia penal y combatir las crecientes amenazas de la delincuencia organizada internacional y de la corrupción. (UNODC, 2009).

Tanto la CEDAW como la CDN contemplan también el derecho a la salud, aunque su contenido está enfocado al ejercicio de este derecho por parte de las mujeres y los niños y niñas respectivamente. Con relación al primer grupo, la CEDAW ha señalado que las políticas y medidas relativas a la atención médica deben abordar los derechos de las mujeres desde la perspectiva de las necesidades e intereses de las mujeres, teniendo en cuenta factores biológicos, socioeconómicos y psicológicos. Sin embargo, aunque las mujeres usuarias de drogas son aún más vulnerables a problemas de salud relacionados con su uso que hombres que usan drogas (por ejemplo en relación con el VIH, hepatitis C y tuberculosis), su acceso a servicios de reducción de daños adecuados a sus necesidades de género es severamente limitado (HRI, 2019).

En el marco del Sistema Interamericano, debido a restricciones legales, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha abordado el derecho a la salud a través del análisis de otros derechos civiles y políticos, como el derecho a la integridad personal (Clérico et al., 2013). En este contexto, la Corte IDH ha señalado, con respecto al derecho a la salud en conexión con el derecho a la integridad

personal, que los Estados “deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas (...). Asimismo, el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado (...)” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013: párr. 132). Apelando a la interpretación del CDESCR, la Corte IDH ha anotado que tanto la fiscalización como la supervisión deben estar orientadas a asegurar los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones médicas (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013).

La desigualdad de género menoscaba la salud física y mental, a pesar de los muchos beneficios tangibles que obtienen los hombres mediante los recursos, el poder, la autoridad y el control. La adopción de medidas para mejorar la equidad de género en la salud y el empoderamiento de mujeres y niñas en la afirmación sus derechos humanos, incluido su derecho a la salud, constituyen una de las maneras más directas y potentes para reducir las inequidades de salud y garantizar el uso eficaz de los recursos de salud (Sen y Ostlin, 2007).

Desde la perspectiva de la salud pública, y de género se reconoce que existen diferencias entre las mujeres y los hombres, donde las mujeres se encuentran con menores accesos a recursos y desigualdades respecto a los hombres, lo que no debe estar al margen a la hora de analizar el acceso a la salud, abordando las diferencias de género a través de estrategias de promoción, prevención y acceso a la salud más eficaces e incorporando los factores sociales, culturales y biológicos y respetando sobre el derecho a la salud de las mujeres.

En el caso de los asuntos relacionados con el uso y uso problemático de drogas, es importante contar con servicios de salud adecuados, con personal cualificado y con estándares de calidad, los mismos que deben ser evaluados periódicamente. Lamentablemente en América Latina y el Caribe con frecuencia los problemas relacionados con el consumo de drogas lícitas o ilícitas son prácticamente desplazados a segundo plano, lo que en muchos casos deriva en la negación de atención médica y acceso a servicios de salud necesarios. En este sentido sería recomendable el fortalecimiento de la atención primaria y la priorización de la atención para los sectores más vulnerables, así como protocolos de atención y tratamiento especializado y poder acceder a una asistencia basada en la evidencia de su efectividad.

El Convenio Marco para el Control de Tabaco que, como ya se mencionó, es uno de los más importantes para garantizar la salud de las personas, establece medidas para reducir la demanda en los artículos 6 al 14, además de la reducción de la oferta artículos 15 al 17 (OMS, 2003).

La CICAD- OEA considera el tabaco y el alcohol como temas importantes para ser analizados siendo que el último Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 contiene capítulos especiales de estas sustancias. El mismo informe menciona que el uso de drogas en mujeres está incrementando en gran proporción.

Derecho de igualdad ante la ley

El derecho de igualdad ante la ley se encuentra reconocido en múltiples instrumentos jurídicos, pues es un principio básico y general para la protección de los derechos humanos que prohíbe la discriminación en la legislación y en la administración de justicia penal. De los instrumentos aplicables a la región, este derecho se encuentra reconocido en el artículo 7 de la DUDH, artículos 26 del PIDCP, artículo II de la DADH, artículos 24 de la CADH, artículo 4.f de la Convención de Belém do Pará, y artículo 67.1 del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma).

De acuerdo a lo señalado por el Comité de Derechos Humanos, la disposición contenida en el artículo 26, del PIDCP:

Las personas no solamente son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección de la ley, sino que también se prohíbe cualquier discriminación en virtud de la ley y garantiza a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de etnicidad, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (Comité de Derechos Humanos, 1989).

Por tanto, según la Corte IDH, si la ley interna de un Estado no protege con igualdad a personas que se encuentran en las mismas condiciones, se violaría este derecho.

La Corte IDH ha precisado, además, que la discriminación se configura cuando existe una distinción arbitraria, es decir, sin una justificación objetiva y razonable (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1984). Por ende, cuando el trato jurídico diferenciado es justificado, no se vulnera el derecho a la igualdad ante la ley (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1984). Tanto la Corte IDH como el HRC han coincidido en señalar que se debe otorgar el mismo trato a personas en condiciones similares y un trato diferenciado a personas que no cumplan esta condición. Esto significa que medidas enfocadas únicamente a las mujeres para erradicar la desigualdad de género no deben ser consideradas discriminatorias contra los hombres.

Derecho al debido proceso

El derecho al debido proceso legal es clave para la protección de otros derechos fundamentales. La Corte IDH lo ha definido como “El conjunto de requisitos que deben observarse en las instancias procesales a efectos de que las personas estén en condiciones de defender adecuadamente sus derechos ante cualquier tipo de acto del Estado que pueda afectarlos” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1987: párr. 27). El PIDCP y la CADH también reconocen el derecho al debido proceso, en sus artículos 14 y 8 respectivamente; ambos instrumentos incorporan garantías generales aplicables a cualquier proceso judicial. En el caso del PIDCP, estas garantías se encuentran en el artículo 14.1, que señala:

Todas las personas son iguales ante los tribunales y cortes de justicia. Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil. (Naciones Unidas, 1966)

El derecho al debido proceso es un derecho complejo, en el cual se combinan diversas garantías con múltiples ámbitos de aplicación; incluye un conjunto de garantías, entre otras, el derecho de presunción de inocencia, el derecho a que el juez o tribunal sea independiente y competente, el derecho a ser oído y a una audiencia pública, y el derecho a la defensa y a la no autoincriminación.

El debido proceso no solo debe ser respetado en el marco de los derechos fundamentales, sino que debe incorporar factores que tomen en cuenta la perspectiva de género al momento del juzgamiento, a fin de evitar que se susciten situaciones discriminatorias. La Convención Belém do Pará señala en su artículo 6, además de que toda mujer tiene el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a no ser discriminada. La necesidad de asegurar el derecho al debido proceso está también incluso en la recomendación operacional 4(o) del Documento Final de la UNGASS de 2016. En el caso de las mujeres debe existir un trato diferenciado ante la desigualdad estructural ya existente advirtiendo que en muchos casos la inculpada presenta circunstancias conflictivas como violencia de género (UNGASS, 2016).

Prohibición de la privación ilegal de la libertad y de la tortura

A los derechos en el proceso se suman los derechos que existen en la detención y en la reclusión. La prohibición de la privación ilegal de la libertad se encuentra expresamente estipulada en el artículo XXV de la DADH, artículo 9.1 del PIDCP, y artículos 7.2 y 7.3 de la CADH y contempla que nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrario, ni podrá ser privado de su libertad física, salvo por las causas establecidas por ley y según el procedimiento establecido en ella. En este contexto, de acuerdo con lo señalado por el HRC, los Estados no sólo tienen la obligación de no privar a personas arbitrariamente de su libertad, sino también a protegerlas contra secuestros o retenciones llevadas a cabo por delincuentes o grupos irregulares, incluidos grupos armados o terroristas, que operen en su territorio; o por organizaciones legales, como empleadores, escuelas u hospitales (Comité de Derechos Humanos, 2014). En el caso particular de las políticas de drogas, la prohibición de la privación ilegal de la libertad y de la tortura está incluida en la recomendación operacional 4(o) del Documento Final de la UNGASS. (UNGASS, 2016)

La prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes se encuentra reconocida en el artículo 5 de la DUDH, artículo 1 de la Convención contra la Tortura, artículo 7 del PIDCP, artículo 5.2 de la CADH, artículo 2 de la Convención Interamericana contra la Tortura, así como en el derecho internacional consuetudinario. Tanto la Convención contra la Tortura como el PIDCP y la CADH establecen que la prohibición de la tortura es absoluta, o sea, no se justifica en ningún caso, ni en circunstancias excepcionales. Cabe mencionar que, en el marco del derecho

internacional, la tortura es considerada como una norma de *jus cogens*, es decir, una norma imperativa de derecho internacional general.

Para que se configure la tortura, deben encontrarse presentes los siguientes elementos: i) la imposición de dolores o sufrimientos graves, físicos o mentales; ii) la intención de infligirlos; iii) un propósito prohibido; y iv) que se cometa por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.

No existe una definición de tratos, penas crueles inhumanos o degradantes, en ningún instrumento jurídico; sin embargo, tanto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como la Corte IDH —siguiendo el criterio del Sistema Europeo de Derechos Humanos— han determinado que “trato inhumano es aquel que deliberadamente causa un severo sufrimiento mental o psicológico, el cual, dada la situación particular, es injustificable”. Asimismo, han señalado que “el tratamiento o castigo de un individuo puede ser degradante si se le humilla severamente ante otros o se lo compele a actuar contra sus deseos o su conciencia” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1998: párr. 77).

Con respecto a la distinción entre tortura y trato cruel inhumano o degradante, tanto el HRC como la Corte IDH han establecido que las distinciones dependerán “de la índole, el propósito y la severidad del trato aplicado” (Comité de Derechos Humanos, 1992: párr. 4). Particularmente, la Corte IDH ha señalado que “el análisis de la gravedad de los actos que puedan constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes o tortura, es relativo y depende de todas las circunstancias del caso, tales como la duración de los tratos, sus efectos físicos y mentales y, en algunos casos, el sexo, edad y estado de salud de la víctima, entre otros” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2004: párr. 113).

Debe tenerse en consideración que, en ambos casos, no se trata únicamente de actos que causan sufrimientos físicos o psicológicos, sino también morales. A este respecto, el HRC se ha referido a los castigos corporales, en especial los castigos excesivos impuestos por la comisión de un delito o como medida educativa o disciplinaria como actos que deben incluirse en la prohibición de la tortura y tratos crueles inhumanos y degradantes (Comité de Derechos Humanos, 1992).

En el caso de las mujeres y, en menor medida, también de los hombres, se puede añadir además de los actos de tortura física y psicológica, la tortura de carácter sexual.

Derechos de los pueblos indígenas

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Naciones Unidas, 2007) reconoce el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y recalca, en varios artículos, el derecho a preservar y revitalizar sus tradiciones, prácticas religiosas, valores espirituales y manifestaciones culturales; también se establece el derecho a la conservación de plantas con propiedades medicinales. Asimismo, se hace referencia a la obligación del Estado de prevenir todo traslado y desplazamiento forzoso.

Las mujeres indígenas son un sujeto altamente invisibilizado, incluso en la propia declaración. Se requiere mayores investigaciones específicas y sensibilización para entender cómo se vinculan los derechos de las mujeres con los derechos de los pueblos indígenas sin provocar discriminaciones etnocéntricas añadidas sobre las mujeres y sus comunidades. Por ello, es especialmente importante acercarse a las bases comunitarias, y traducir en realidad la consigna del documento final de UNGASS y de la resolución sobre género (Comisión de Estupefacientes, 2016) de incorporar a las comunidades afectadas y a las mujeres en el diseño e implementación de las políticas de drogas. No se puede pensar en términos de desarrollo y perspectiva de género sin incluir activamente la participación de las mujeres, no como objetos de las políticas, sino como sujetos epistemológicos que saben y pueden transmitir cómo “hacer perspectiva de género”, por ejemplo, en el contexto indígena y rural en la gestión e implementación de estrategias para el desarrollo alternativo a los cultivos destinados a fines ilícitos, donde —tal como se ve en el Capítulo IV— del presente informe, las mujeres pueden tener un papel clave.

3.4.2. Amenazas identificadas hacia las mujeres en las políticas de reducción de la demanda de drogas

La CND alienta a los Estados Miembros a que presten servicios de atención y tratamiento y de reducción de daños de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias con base en la evidencia, que tengan en cuenta la perspectiva de la salud y la seguridad pública y que se adapten a las necesidades de las mujeres y las niñas, y alienta también a los Estados Miembros a que amplíen la cobertura de los programas existentes y garanticen el acceso a esos programas y ofrezcan capacitación y supervisión a todos los profesionales de la salud y la atención social competentes que trabajen con mujeres, inclusive en entornos penitenciarios, de conformidad con la legislación nacional (UNGASS, 2016).

Se identifican cuatro aspectos del derecho a la salud que pueden verse afectados por determinadas políticas de drogas enfocadas con la reducción de la demanda:

Derecho de acceso al tratamiento de calidad y sensible a las necesidades de género

La dependencia de drogas puede ser una enfermedad crónica que, en ocasiones, implica recaídas. Por tanto, las personas dependientes tienen derecho a un tratamiento. Cuando, de manera voluntaria, estas personas desean ser tratadas, deben poder acceder a una asistencia basada en la evidencia de efectividad, es decir, en un enfoque biopsicosocial desde una perspectiva de salud, que tenga en cuenta los principios de derechos humanos y la garantía de calidad en todas sus facetas.

Las mujeres con usos problemáticos que requieran tratamiento se beneficiarían del trato recibido en los servicios cuando éstos presentan unas particularidades: potencian sus fortalezas personales, evitan los estilos de confrontación, enseñan habilidades de afrontamiento, tienen en cuenta necesidades especiales como el cuidado de los hijos e hijas, abordan y proporcionan intervenciones dedicadas al trabajo con el trauma y el abuso, buscan la reintegración familiar, proporcionan apoyo en redes

sanitarias con objetivos familiares comunes, y tienen disponible apoyo emocional y preventivo para el trabajo con los niños y niñas (DAWN, 2013).

Derecho al acceso a programas de reducción de daños

El uso de drogas no conduce necesariamente a una dependencia, por ello, cuando no pone en riesgo la salud o la vida de terceras personas, consumidoras o no, puede no necesitar tratamiento o intervención socio-sanitaria específica.

Los derechos humanos se ven afectados, cuando no se dispone de acceso a programas de reducción de daños con los que enfrentar las consecuencias indeseadas del uso problemático de drogas. En base a los excelentes resultados obtenidos en el ámbito de la salud pública, para salvaguardar la vida y la salud de personas en riesgos sanitarios de diversa índole, tanto el Comité sobre los Derechos del Niño (Comité DN), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ONUDD y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), promueven los programas de reducción de daños para personas que abusan de las drogas; en el documento final de UNGASS no se logró incluir el término *per se* y existe todavía oposición por parte de algunos países a estos programas, pese a su éxito evidente en reducir las tasas de mortalidad y morbilidad evitable. No obstante, el documento UNGASS lista varias intervenciones de reducción de daños, incluso programas de intercambio de jeringuillas y tratamiento basado en medicamentos (como tratamiento de sustitución a opioides) (Bridge et al., 2017). Finalmente, en noviembre de 2018, 31 agencias de la ONU adoptaron una posición común sobre drogas que reconoce la reducción de daños como respuesta necesaria al uso de drogas (CEB, 2019). En el desarrollo de las intervenciones socio-sanitarias del siguiente capítulo, analizaremos a mayor profundidad los programas de reducción de daños, su efectividad y la necesidad de contar con servicios sensibles al género.

Derecho de acceso a medicamentos esenciales

Por otro lado, fruto de la aplicación de determinadas políticas de drogas, se restringe el derecho de acceso a medicamentos esenciales. Este tema ha cobrado visibilidad en los últimos años y se aborda en la sección de “Recomendaciones operacionales para asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas con fines exclusivamente médicos y científicos e impedir su desviación”, incluida en el documento final de UNGASS.

3.4.3. Amenazas hacia las mujeres identificadas en ciertas políticas de control de la oferta

La aplicación de medidas de control de la oferta puede desembocar en la privación de libertad, ilegal y arbitraria; también en actos de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. Como lo resaltan diversos informes de la CIDH, existe una vinculación directa entre la aplicación de políticas de drogas inadecuadas y el aumento de las violaciones a los derechos humanos, sin que por ello se

logren los objetivos previstos por el marco de fiscalización internacional (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2013).

En varios de los países de América Latina y el Caribe, las fuerzas armadas se han hecho cargo de funciones vinculadas a la seguridad ciudadana, lo cual ha implicado un incremento del uso de la fuerza de forma excesiva, del número de detenciones arbitrarias, e incluso de los casos de tortura, las ejecuciones extrajudiciales, las desapariciones forzadas y otras violaciones a derechos humanos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015: 53).

Tomando en cuenta la cantidad de personas que son encarceladas y condenadas por delitos relacionados con las drogas, y la proporción particularmente alta de mujeres encarceladas por dichos delitos en América Latina, es importante considerar cómo se incorporan los derechos humanos en la fiscalización de los delitos relacionados con las drogas, ya que las medidas para controlar el uso, la producción y el tráfico ilícito pueden resultar en una vulneración de derechos. En el *Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas* se indica que, diversos órganos de las Naciones Unidas — mediante declaración conjunta, en el marco de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas de 2016— han señalado que la criminalización del consumo y la posesión de drogas para uso personal ha incrementado las tasas de encarcelamiento, contribuyendo con ello, a la sobrepoblación y a la utilización excesiva del sistema penal (CIDH, 2013, 114); además de situar a las personas afectadas en una situación de alto riesgo de detención arbitraria y de ser objeto de tortura y malos tratos durante la detención (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017: 104). La Posición Común de la ONU sobre drogas ha identificado la necesidad de evitar las sanciones penales para el uso y posesión de drogas para uso personal para reducir la tasa de encarcelamiento.

Asimismo, el *Informe sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva en las Américas*, considera que la prisión preventiva, en muchos, casos vulnera los derechos humanos al no respetar el derecho a la presunción de inocencia, es así que la CIDH hace referencia a la incompatibilidad entre los estándares de aplicación de la prisión preventiva con la gravedad del delito o la expectativa de la pena. El documento además realiza una crítica a la eficacia de la prisión preventiva como medida cautelar penal, tomando como, por ejemplo, las *Reglas de Tokio sobre las medidas no privativas de la libertad* y el *Manual de Principios Básicos y Prácticas Prometedoras a las Alternativas de Encarcelamiento* (Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2013: 94)

Finalmente, en el marco de los derechos de las mujeres, la CIDH informa sobre medidas dirigidas a reducir el uso de la prisión preventiva en las Américas, advirtiendo sobre la situación de las mujeres privadas de libertad, recomendando la incorporación y aplicación de medidas especializadas para prevenir violaciones de derechos humanos, además —entre otras— que se tome en cuenta “...la situación especial de riesgo a la violencia en todas sus manifestaciones, incluyendo la física, psicológica, sexual, económica, obstétrica y espiritual, entre otras, así como el hecho de que la gran mayoría de estos incidentes terminan en la impunidad.” (CIDH, 2017, 16)



Capítulo IV

EL ENFOQUE DE GÉNERO DESDE UN ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE DROGAS

La aplicación de las políticas públicas en materia de drogas en el mundo, además de sujetarse a los marcos regulatorios y a los acuerdos internacionales que los países han suscrito, requiere de lineamientos estratégicos para la identificación e implementación de acciones concretas ajustadas a las normativas de cada uno de los Estados soberanos.

Especialmente a lo largo de las cinco últimas décadas, se han desarrollado distintas iniciativas internacionales para afrontar los múltiples problemas relacionados con el uso de drogas, que han permitido contar con líneas de acción específicas que deben ser implementadas por los países de acuerdo con los asuntos internos de cada Estado, en el marco de su soberanía.

La primera parte del capítulo brinda una breve descripción de las nuevas estrategias y planes de acción, suscritos por los estados miembros tanto a nivel internacional como regional (como es el caso de los países de América Latina y el Caribe (CELAC) y de la Unión Europea). Todas estas intervenciones aspiran a tener un impacto significativo, tanto en la reducción de la demanda, como de la oferta de drogas, de acuerdo con los lineamientos generales suscritos por todos los países para afrontar los asuntos relacionados las drogas, además se analizan las estrategias y planes de acción de la UNODC como un documento orientativo para los países de la región.

La segunda parte de este capítulo, se dedica a explorar, en el marco de la reducción de la demanda de drogas, el grado de desarrollo alcanzado por las intervenciones socio-sanitarias que deben integrar toda política sobre drogas y que, como tales, han sido promovidas durante muchos años por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la Organización Mundial de la Salud; la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA); y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). A pesar

de estos esfuerzos, en este capítulo se verá que la reducción de la demanda de drogas sigue siendo —dentro de las políticas sobre drogas— el ámbito de intervención con menor desarrollo institucional y menor dotación presupuestaria en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Con ello, las intervenciones socio-sanitarias sensibles a los aspectos de género y, específicamente, las destinadas a responder a las necesidades de los distintos grupos de mujeres, son todavía escasas, siendo su análisis fundamental para comprender la situación actual. A partir de la pandemia del COVID-19, muchos de los países de la región se enfrentan al reto de asegurar la continuidad de las intervenciones sociosanitarias efectivas y eficientes para abordar los problemas de consumo de drogas. Para cada uno de estos ámbitos de intervención, se presenta inicialmente un resumen de la situación actual, sus objetivos, la evidencia de efectividad disponible en cada caso, señalando además si los trabajos de referencia se han realizado considerando el enfoque de género y/o si, en la práctica, se han desarrollado intervenciones específicas a mujeres. Para ello, se utilizan como fuentes: i) las respuestas proporcionadas por los países a través de las investigaciones realizadas como parte de la elaboración de este informe; ii) documentación complementaria siempre que el país dispone de una Estrategia Nacional de Drogas, un Plan Nacional sobre Drogas, u otro documento programático de interés; y iii) la información contenida en el *Multilateral Evaluation Mechanism* (MEM) impulsado por la CICAD-OEA, a través de actualizaciones periódicas.

Finalmente, en la tercera parte del capítulo, dedicado a analizar las iniciativas documentadas sobre el papel de las mujeres desde el ámbito de reducción de la oferta, se presenta, desde la perspectiva de género, un análisis de la situación de las mujeres en las zonas de cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas y, la adopción del modelo de desarrollo alternativo (DA) en algunas de estas zonas agrícolas. Se incluye un breve análisis de la situación actual, a partir de la evidencia disponible sobre la efectividad de los modelos teóricos y las intervenciones realizadas, principalmente en relación al cultivo de la hoja de coca en los países que disponen de más larga experiencia en este campo, los de la región Andina: Colombia, Perú y Bolivia, tomando en cuenta los efectos en la producción y comercialización de drogas de la pandemia COVID-19. A partir de este análisis, se establece el objetivo de las intervenciones del DAIS con enfoque de género, partiendo de la premisa que, solo incorporando los factores como equidad de género, respeto a los derechos humanos y la sostenibilidad medioambiental, se puede lograr un desarrollo sostenible produciendo efectos duraderos en la vida de las mujeres y hombres de las zonas afectadas y/o vulnerables en este ámbito. El apartado incorpora, además, las principales limitaciones de la dimensión de género en los programas de DAIS y finaliza con aspectos a considerar en programas, proyectos y actividades para incorporar el enfoque de género.

4.1. Reducción de la demanda y la oferta de drogas

4.1.1. Estrategias y planes de acción para la reducción de la demanda y de la oferta de drogas

Plan de Acción de la Organización de las Naciones Unidas para contrarrestar el problema mundial de las drogas (UNODC)

En sesión especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS, 2009), los estados miembros aprobaron, la *Declaración Política y el Plan de Acción para contrarrestar el problema mundial de las drogas* (Ver **Tabla 3**), este Plan contempla acciones de cooperación internacional “(...) eficaz y creciente, la cual exige un enfoque integral, multidisciplinario y equilibrado de las estrategias de reducción de la oferta y la demanda de drogas, en virtud del cual esas estrategias se refuercen mutuamente.” (UNODC, 2009).

El Plan de Acción consta de tres partes: a) reducción de la demanda y medidas conexas, b) reducción de la oferta y medidas conexas y c) lucha contra el blanqueo de dinero y fomento de la cooperación judicial para potenciar la cooperación internacional.” (UNODC, 2009)

Tabla 3
Plan de acción de la ONU (UNGASS 2009)

Reducción de la demanda y medidas conexas

Reducción del uso indebido de drogas y la drogodependencia mediante un criterio amplio

Reducción de la oferta y medidas conexas

Reducción de la oferta ilícita de drogas

Fiscalización de precursores y de estimulantes de tipo anfetamínico 34

Cooperación internacional para erradicar el cultivo ilícito utilizado para la

Producción de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y en materia de desarrollo alternativo

Lucha contra el blanqueo de dinero y fomento de la cooperación judicial para potenciar la cooperación internacional

Lucha contra el blanqueo de dinero

Cooperación judicial

Fuente: Elaboración propia en base a la Declaración Política y Plan de Acción (UNODC, 2009)

Específicamente en relación con la incorporación del enfoque de género, el Plan de Acción plantea que al ser una responsabilidad común y compartida, se debe contar con un enfoque integral, multidisciplinario y equilibrado de las estrategias tanto de reducción de la oferta y demanda de drogas que reconozcan principalmente:

- ▶ Los derechos humanos, las libertades fundamentales, la dignidad de todas las personas, los principios de la igualdad de derechos y otros.
- ▶ Siendo que la contribución de las mujeres es fundamental para poner fin al problema mundial de las drogas se deben tomar en cuenta sus necesidades y circunstancias específicas para acceso a las políticas y estrategias de fiscalización con un beneficio por igual y sin discriminación tanto para hombres como para las mujeres.

Estrategia UNODC 2021-2025

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD o UNODC, por sus siglas en inglés) es la encargada de implementar los programas de las Naciones Unidas enfocados a reducir el uso indebido de drogas, la producción y el tráfico de drogas ilícitas y la delincuencia relacionada con las drogas. Dentro de las iniciativas implementadas por la UNODC están:

- ▶ Alternativas al cultivo de plantas destinadas a la elaboración de drogas ilícitas.
- ▶ La vigilancia de los cultivos destinados a la elaboración de drogas ilícitas.
- ▶ Ejecución de proyectos contra el blanqueo de dinero procedente del tráfico de drogas ilegales.

Los tres pilares de la labor de la UNODC son:

Tabla 4 PILARES de la UNODC

Trabajo normativo

Para ayudar a los Estados en la ratificación y aplicación de los tratados internacionales y en el desarrollo de su legislación nacional en materia de drogas, delincuencia y terrorismo, además de prestar servicios técnicos y operacionales para los organismos de represión y control establecidos por tratados

Investigación y análisis

Para aumentar el conocimiento y la comprensión de los problemas relacionados con las drogas y el crimen y para ampliar la definición de políticas y estrategias sobre la base de criterios basados en la evidencia

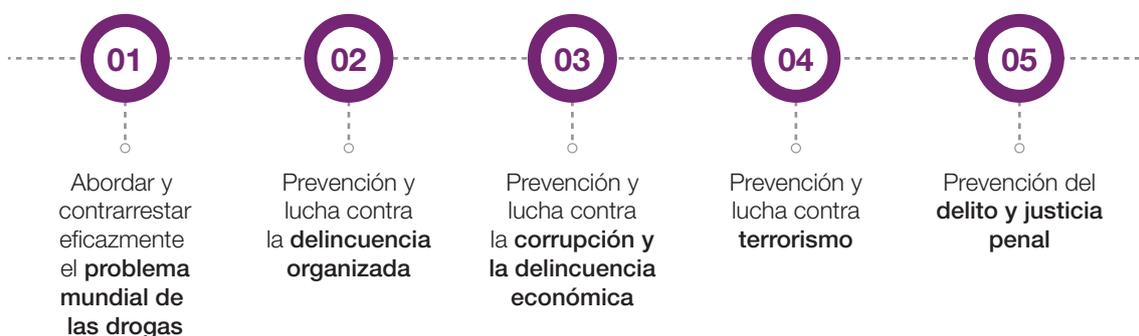
Asistencia técnica mediante la cooperación internacional

Para aumentar la capacidad de los Estados miembros a dar una respuesta a las cuestiones relacionadas con las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo

Fuente: Elaboración propia en base a la UNODC, 2019

En coordinación con los Estados miembros y los donantes, se ha logrado encaminar los esfuerzos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible consolidando la nueva Estrategia de la UNODC, que incorpora las acciones de apoyo para hacer frente a los retos que ha generado la pandemia COVID-19 para "...construir sociedades inclusivas, equitativas y justas..." (UNODC, 2022).

La Estrategia establece cinco esferas temáticas fundamentales:



En el año 2022 se aprueba la Visión Estratégica de UNODC para América Latina y El Caribe 2022-2025, documento que proporciona un enfoque regional para la implementación de la Estrategia Global de UNODC 2021-2025 hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.

La Visión estratégica de UNODC para América Latina y el Caribe 2022-2025 presenta la identificación de prioridades a futuro a través de la materialización de la nueva perspectiva para la región con cinco áreas de intervención, a partir de apoyar a los países de América Latina y el Caribe en:



Las áreas de intervención dan un especial énfasis a prevenir y combatir la violencia de género contra las mujeres en colaboración con las Naciones Unidas y otros socios y al apoyo y empoderamiento de las mujeres y las niñas, desde un enfoque de combatir los altos índices de desigualdad de género y los impactos socioeconómicos que la pandemia COVID-19 ha generado, en especial hacia las mujeres.

Estrategia de género y empoderamiento de las mujeres de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

La UNODC ha desarrollado una estrategia para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres para el período 2018-2021. En ella se establece el primer marco institucional sobre igualdad de género para las Naciones Unidas. Proporciona un marco sistemático que propone la adopción de estándares institucionales y define los compromisos en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres (UNODC, 2018).

La estrategia se pone en marcha con los objetivos de facilitar resultados globales sobre igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, a través de las actividades de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena (UNOV, por sus siglas en inglés) y la UNODC y fortalecer sus capacidades institucionales y su efectividad para mejorar el desarrollo de resultados en equidad de género y empoderamiento de las mujeres.

Estrategia de la Unión Europea (UE) sobre Drogas y Plan de Acción (2020-2025)

La nueva Estrategia de la UE en materia de Lucha sobre Drogas, 2021-2025, basada en los anteriores planes de acción y estrategias de la UE sobre drogas y los resultados de las evaluaciones internas y logros; plantea el desarrollo de un enfoque común a partir de un marco político general que abarca las prioridades de la UE para tratar las implicaciones que tienen para la seguridad y la salud el tráfico y consumo de drogas.

El Enfoque se basa en:



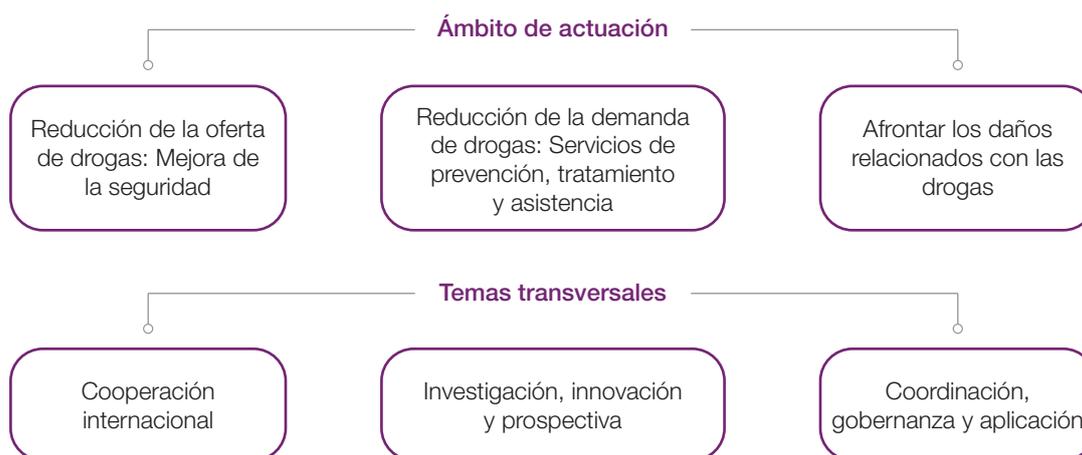
Fuente: Elaboración propia en base a European Council, 2021²²

Uno de los puntos sobresalientes de la Estrategia de la UE es la incorporación de la perspectiva de igualdad de género, donde la promoción de los derechos humanos es un aspecto clave a la hora de evaluar el impacto global en 2025.

La Estrategia de la UE sobre las Drogas 2021-2025²³ cuenta con tres ámbitos de actuación y tres temas transversales, además de 11 prioridades estratégicas, donde cada prioridad establece ámbitos prioritarios:

²² <https://www.consilium.europa.eu/es/policies/eu-drugs-policy/#>

²³ https://www.consilium.europa.eu/media/54074/qc0521073esn_002.pdf



Esta Estrategia es fundamental para la consolidación del Plan de Acción de la UE sobre drogas 2021-2025 adoptado por el Consejo en junio de 2021, con prioridades estratégicas en cada ámbito de acción, que permitirá:

- ▶ Proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas.
- ▶ Salvaguardar y promover la salud pública.
- ▶ Ofrecer un nivel elevado de seguridad y bienestar para la población en general.
- ▶ Extender la alfabetización sanitaria.

El Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025 desglosa las once prioridades estratégicas de la Estrategia en sus áreas y ejes transversales.

La pandemia COVID-19 ha afectado el mercado de drogas de la UE. El Plan cuenta con una evaluación y análisis de las consecuencias e impactos y las respuestas a través de medidas que abordan la anticipación a amenazas emergentes y acciones inmediatas y oportunas como lecciones aprendidas para futuros eventos²⁴.

Respecto al ámbito de actuación de reducción de la demanda de drogas el actual Plan de Acción 2021-2025 amplía su alcance especialmente desde un enfoque de género basado en la evidencia, tomando en cuenta las necesidades específicas de género en actuaciones de prevención, implementando ampliamente tratamientos y cuidados que aborden las necesidades específicas de las mujeres²⁵. Se da un especial énfasis a la reducción de la estigmatización de la drogodependencia, tanto en los centros penitenciarios para hombres y para mujeres como después de la puesta en libertad, y al apoyo al proceso de reinserción social.

²⁴ https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13097/EU-Drug-Markets_Covid19-impact_final.pdf

²⁵ Objetivo 1.1 y 1.2.: Reducción de la demanda de drogas. Actuación No. 1a y Actuación No 3 Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2017-2020.

Respecto al ámbito de cooperación internacional, se plantea que en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y cumpliendo las obligaciones internacionales en materia de Derechos Humanos y el compromiso con la igualdad de género, se definan medidas alternativas de desarrollo para la lucha contra el cultivo de drogas ilegales en terceros países.

Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2020 y Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025 de la OEA

Los usos y usos problemáticos de drogas generan acciones a nivel regional de las Américas, en este sentido, la Organización de Estados Americanos (OEA) ha desarrollado una estrategia integral, equilibrada, multidisciplinaria y basada en la evidencia que respete los derechos humanos para la implementación de acciones específicas en la región. En la Estrategia Hemisférica sobre Drogas, aprobada en 2020²⁶, se reconoce la necesidad de fortalecer las políticas, estrategias y acciones en materia de drogas. Plantea que los Estados miembros se adapten a nuevos enfoques que resultan de crisis globales que muchas veces han incrementado la actividad delictiva y los grupos de narcotraficantes y que ha sido en estos tiempos agravado enormemente por la crisis de salud pública, resultado de la pandemia del COVID-19.

Para la adopción e implementación de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2020, se cuenta con veinte (20) principios centrales y elementos fundamentales, diez y ocho (18) medidas relacionadas con la reducción de la demanda y veintisiete (27) medidas relacionadas con la reducción de la oferta de drogas.

A continuación, se señalan las cinco áreas principales de la nueva Estrategia Hemisférica sobre las Drogas 2020:



Con el principal objetivo de apoyar la implementación de la Estrategia, la CICAD aprueba en 2021, el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025, desarrolla objetivos y actividades para lograr el avance gradual del cumplimiento de la Estrategia (CICAD-OEA, 2020).

²⁶ http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Estrategia_Hemisferica_sobre_Drogas_OEA_ESP.pdf

En el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025²⁷ los Estados miembros “...reiteran su compromiso de colocar a las personas en el centro de las políticas y los programas sobre drogas y promover avances concretos para abordar este problema mundial en el marco de las tres convenciones internacionales en materia de control de drogas y otros instrumentos internacionales...”. Reconocen la importancia del género, la edad, la comunidad y el contexto cultural, por otro lado se aborda la importancia de la sociedad civil el sector privado y otros grupos para coordinar acciones entre los Estados miembros relacionados a afrontar los problemas de crisis globales como la pandemia del coronavirus que ha afectado el abordaje al problema mundial de las drogas contemplando —entre otros— políticas y acciones que favorezcan la inclusión social y la reducción de vulnerabilidades tomando en cuenta el componente de género.

Dentro del enfoque de género del Plan de Acción Hemisférico 2021-2025 se pueden destacar varios aspectos incorporados dentro de los objetivos y las acciones prioritarias con un sistema interamericano más amplio con experiencia en derechos humanos, salud, infancia, adolescencia, género y seguridad. De los cuales en temas de género se prioriza:

- ▶ La importancia de incorporar la perspectiva de derechos humanos, el enfoque de género y el desarrollo con inclusión social en los procesos de planificación de las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas.
- ▶ Medidas que promuevan la igualdad de acceso en la impartición de justicia y al debido proceso con enfoque de género, edad, comunidad y contexto cultural.
- ▶ Adopción de medidas alternativas al encarcelamiento para delitos menores no violentos respetando los derechos humanos y con enfoque de género.
- ▶ Promover penas proporcionales que respondan a la gravedad de los delitos relacionados con drogas con perspectiva de género, edad, comunidad y enfoque de derechos humanos.
- ▶ En la reducción de demanda de drogas se resalta el respeto a los derechos humanos y la consideración del enfoque de género con un enfoque de salud pública, basado en la evidencia, multidisciplinario y multisectorial y que se ofrezcan servicios específicos de acuerdo al género.
- ▶ En el marco de la reducción de la oferta o las medidas para controlar y contrarrestar el cultivo, la producción, el tráfico y la distribución ilícita de drogas, se establece como base fundamental el respeto de los derechos humanos, así como implementar políticas que promuevan la transversalización de la perspectiva de género en las agencias y las organizaciones encargadas del control de las drogas.
- ▶ Finalmente, en el marco de fortalecer la cooperación internacional, es importante el respeto a los derechos humanos en la adopción de las obligaciones de los instrumentos jurídicos en materia de drogas.
- ▶ Se establece además que el mecanismo de evaluación y seguimiento para la Estrategia y el Plan de Acción es el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) en el cual todos los miembros participarán activamente y asumen el compromiso de actualizarlo periódicamente.

²⁷ http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Plan_de_Accion_Hemisferico_sobre_Drogas_2021-2025_ESP.pdf

Tomando en cuenta las Estrategias y Planes de Acción, tanto de las Naciones Unidas, la Unión Europea, como de la OEA, los países han establecido sus propias agendas, estrategias, planes, programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo, enmarcadas fundamentalmente al objetivo central de afrontar los problemas relacionados con las drogas desde un enfoque integral y equilibrado que incluya actuaciones de reducción de la demanda, de carácter eminentemente social y sanitario, y de reducción de la oferta de drogas, de carácter legal, de seguridad y de control de actividades ilegales y a través de modelos de desarrollo alternativo más integrales y sostenibles. En este contexto, es importante el seguimiento a las políticas y estrategias nacionales sobre drogas basadas en la evidencia, que garantice la integración de los derechos humanos y el enfoque de género y que analice la situación específica de las mujeres al momento de su aplicación.

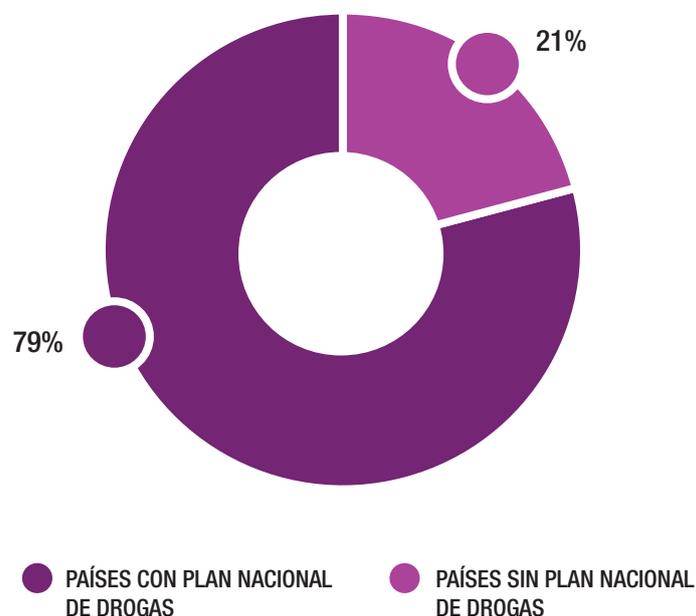
Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Drogas de los países de la CELAC

Las Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Drogas de cada uno de los países de la CELAC, son instrumentos estratégicos, de planificación y de programación que establecen las prioridades y orientan las intervenciones nacionales en materia de drogas llevadas a cabo por los gobiernos y las Administraciones Públicas de cada país, en coordinación con otros poderes públicos y diversos actores de la sociedad civil. Los Planes Nacionales de Drogas cuentan, en el marco de la soberanía de los países, con líneas específicas de actuación e instancias organizativas que en muchos casos permiten su efectiva implementación y en otros, la dimensión presupuestaria puede ser un limitante para consolidar sus aplicación.

Es importante que las Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Drogas aborden un enfoque integral y equilibrado, que incorpore con mayor fuerza la promoción de los derechos humanos, desde el respeto de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y otros. Muchos de los países de la CELAC reafirmaron en el 62º período de CND en Viena, en la Declaración Ministerial 2019, este este compromiso.

Once (79%) de los 14 países que participaron en el cuestionario COPOLAD en 2022 sobre “Impacto de la pandemia del COVID-19 en el problema de las drogas, especialmente en la situación de las mujeres en los países de la CELAC”, declararon contar con un Plan Nacional de Drogas (**Gráfico 19**).

Gráfico 19
Países de la CELAC con Plan Nacional de DROGAS



Fuente: COPOLAD, 2022. Elaboración propia

De las entrevistas individuales a los países, en las reuniones mediante Grupos Focales, en abril de 2022; el 50% menciona que no ha actualizado el Plan Nacional de Drogas y que un 39% tiene previsto actualizar el Plan para incorporar los impactos/efectos COVID-19. Un gran porcentaje de los países no tiene previsto actualizar el plan en un futuro próximo ya que fue aprobado en años recientes e involucra objetivos multianuales de largo plazo ya establecidos. Entre otros, México y Uruguay mencionaron que el Plan Nacional de Drogas de sus países cuenta con intervenciones y acciones específicas en materia de género.

4.2. Intervenciones socio-sanitarias desde una perspectiva de género

4.2.1. Análisis situacional

La Estrategia de la Unión Europea (UE) en materia de drogas, ha señalado la necesidad de abordar los problemas relacionados con las drogas mediante un enfoque de salud pública que incluya medidas de prevención, asistencia y rehabilitación. Este enfoque también ha sido adoptado por los países de la CELAC desde hace ya casi una década, integrándose plenamente en la Estrategia

Hemisférica sobre Drogas 2021 (Organización de los Estados Americanos, 2021) —y en su subsecuente Plan de Acción 2021-2012 (Organización de los Estados Americanos, 2021)— donde se señala con toda claridad —y como preámbulo a otras medidas más específicas igualmente bien descritas— aspectos globales clave, tales como que los Estados miembro llevarán a cabo acciones de reducción de demanda como componente prioritario para garantizar un enfoque integral y equilibrado, siendo que el abuso de drogas es un problema social y de salud, por lo que se requiere incorporar dentro de los programas de prevención familiar, comunitario, educativo y laboral, elementos esenciales de prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo relacionados, dirigidos a distintas poblaciones objetivo (niños, niñas, adolescentes y jóvenes, población adulta y grupos en situación de vulnerabilidad), basadas en la evidencia para lograr consolidar un sistema integrado (Organización de los Estados Americanos, 2010).

Pese a ello, y pese a que el sistema internacional de control de sustancias psicoactivas tiene, como uno de sus principales objetivos, evitar el consumo de drogas, las estrategias de prevención, asistencia, reducción de daños e inserción social, han sido menos atendidas en el marco de las políticas públicas que las relacionadas con el control de la oferta. Los países de la CELAC priorizan mayor cantidad de recursos humanos y económicos a la reducción de la oferta de drogas. En América Latina y el Caribe esto conlleva una dispersión de programas de prevención, insuficiencia y —con frecuencia inadecuación— de servicios asistenciales (incluidos los de reducción de daños), así como escasa disponibilidad de programas de integración social. Adicionalmente, tanto en el ámbito internacional como en la región de la CELAC, la disponibilidad de evidencia que respalda las intervenciones existentes es, a menudo, insuficiente. A lo anterior se añade la escasa investigación disponible encaminada a sostener la evidencia de efectividad de intervenciones específicamente adecuadas a las circunstancias y necesidades de las mujeres.

Por otro lado, las situaciones de emergencia y desastres como la pandemia COVID-19, tienen repercusiones en personas con uso problemático de drogas, exacerbando en algunos casos las conductas adictivas y en otros afectando la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de los distintos países, dificultando en este caso, tanto la prevención y el tratamiento al contagio por COVID-19, como la atención y tratamiento a personas con consumo problemático de drogas o a la población afectada por trastornos por uso de sustancias. Por otro lado, las medidas de distanciamiento social y las restricciones a la movilidad han tenido consecuencias en los servicios, afectando la continuidad en el acceso a programas de prevención, atención y tratamiento, y planteando una serie de desafíos a través de nuevas formas de atención y tratamiento adaptadas a la nueva normalidad y/o agravando la problemática de los servicios de salud en inadecuada cobertura de las intervenciones.

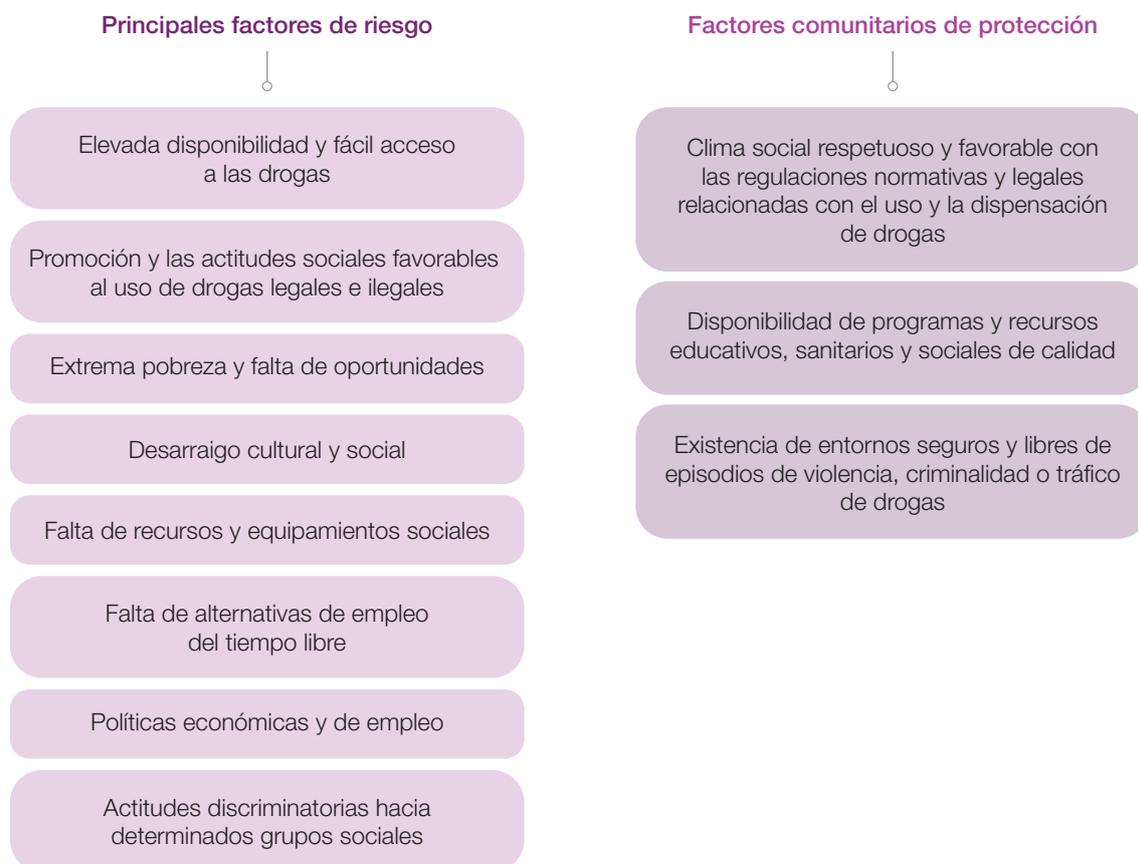
En este contexto, el presente estudio, analiza el estado actual de dicho conocimiento, así como los ámbitos de intervención en los que están trabajando los países que han participado en el estudio situacional realizado en el marco del Programa COPOLAD.

4.2.2. Intervenciones en el ámbito comunitario

Las intervenciones preventivas en el ámbito comunitario tienen por objetivo disminuir el uso problemático de drogas, reduciendo los factores de riesgo que están especialmente presentes en la comunidad y fortaleciendo los factores de protección (Moncada, 1998).

La prevención de los usos problemáticos de drogas desde un enfoque comunitario parte de la premisa de que los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas no solo implican a la persona que consume drogas, sino también a la comunidad de la que forma parte (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2013).

La comunidad constituye un entorno esencial para el desarrollo de intervenciones preventivas en relación con el uso problemático de drogas. No hay duda de que el entorno social ejerce una gran influencia sobre la conducta individual y, en particular, sobre el consumo de drogas. Como parte de ese entorno social, la comunidad es un ámbito especialmente importante debido a la intensidad de las relaciones que se establecen entre las personas. Por este motivo los factores de riesgo y protección más vinculados a la comunidad son importantes determinantes en el uso de drogas.



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), la comunidad puede hacer frente al consumo de drogas como un entorno para llevar a cabo las intervenciones, participando en la implementación de respuestas a los daños relacionados con las drogas y apoyando las respuestas a los problemas de drogas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). Algunos países han desarrollado, con éxito, intervenciones preventivas con un *enfoque comunitario*, (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017b), en ellas, se ha puesto un especial énfasis sobre la necesidad de la implicación activa de las diferentes personas e instituciones clave que actúan, en la práctica, como *stakeholders*²⁸ a lo largo de todo el proceso de análisis, planificación y desarrollo de las intervenciones.

Sin embargo el incremento de la pobreza, falta de oportunidades y el desempleo resultantes de la pandemia COVID-19 en los países de la CELAC, han incrementado los factores de riesgo para el incremento del consumo de drogas en la comunidad. La paralización de servicios ha afectado, además, a la efectividad de las intervenciones. Los servicios comunitarios han sido un componente importante en las estrategias locales de prevención de drogas y reducción de daños para los grupos vulnerables, pero durante la pandemia COVID-19 ha sido muy difícil mantenerlos y llegar a las poblaciones más afectadas.

Prevención de las drogodependencias a través de un enfoque comunitario (EMCDDA, 2017b)

- El enfoque comunitario busca incorporar la totalidad de los interlocutores relevantes (*stakeholders*) de la comunidad, incluyendo personas y profesionales clave del ámbito legal y policial, educativo, de la salud pública, la atención a las familias y la juventud, el ámbito económico y del vecindario.
- El grupo de personas clave determina, en base a la información disponible, cuáles serán las prioridades alrededor de las cuales se discutirán las fortalezas y debilidades de la comunidad y se establecerán objetivos de cambio evaluables.
- La perspectiva comunitaria plantea que ninguna entidad o iniciativa —de forma individual— puede asegurar un desarrollo óptimo de la comunidad, de forma que es necesaria la implicación de todas las personas clave, proveedores de servicios y residentes para construir un entorno saludable y seguro para la juventud y las familias.
- Las personas y las organizaciones que llevan a cabo las intervenciones preventivas deben tener en cuenta el contexto social y las actuaciones sobre la población diana se llevan a cabo tanto a nivel individual como a nivel social. Las intervenciones van dirigidas a las familias, los grupos de iguales, las escuelas, y las personas jóvenes a nivel individual.

²⁸ Involucrados, parte interesada o interesados (del inglés *stakeholder*) hace referencia a una persona, organización o empresa que tiene interés en una empresa u organización dada. Tal y como fue definida en su primer uso en un memorando interno del Stanford Research Institute, un interesado es un miembro de los “grupos sin cuyo apoyo la organización cesaría de existir”. [https://es.wikipedia.org/wiki/Parte_interesada_\(empresas\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Parte_interesada_(empresas))

El portal de buenas prácticas de EMCCDA (<http://www.emccda.europa.eu/best-practice>) incluye información sobre diferentes programas de prevención comunitaria, la mayoría de ellas reconocidas como beneficiosas o probablemente beneficiosa, sin embargo, ninguna tiene un análisis concreto referido específicamente a mujeres y niñas.

En el estudio *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas* (COPOLAD, 2014) se señala que, pese a que la evidencia para las intervenciones preventivas de ámbito comunitario es limitada, representan un enfoque probablemente eficaz en poblaciones en situación de riesgo para desarrollar problemas relacionados con las drogas.

En el marco del programa COPOLAD se ha analizado la evidencia sobre la efectividad de diferentes intervenciones preventivas en el ámbito de la comunidad, lo que ha permitido identificar: i) intervenciones beneficiosas; ii) intervenciones probablemente beneficiosas; y iii) intervenciones de efectividad desconocida.

En el ámbito de la prevención comunitaria de nivel selectivo, se ha documentado un alto grado de efectividad a partir de actividades de movilización comunitaria, enfocada a fortalecer la asociatividad, así como la generación de grupos de trabajo, o grupos de acción, con la implicación de diferentes *stakeholders* en el ámbito del consumo de drogas, alcohol y tabaco (Arbex, 2013).

En la CELAC, se han desarrollado intervenciones específicas en el ámbito comunitario, sin embargo, muchos de estos servicios, a partir de la pandemia COVID-19, han sido suspendidos. Como algunos ejemplos de intervenciones específicas están: i) El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA del Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile, ha desarrollado el estudio *Prevención selectiva e indicada del consumo de drogas y alcohol con enfoque de redes* (Ugarte, Delgado y Altamirano, 2015), desde un abordaje comunitario con énfasis en poblaciones específicas que tengan riesgo de desarrollar consumo (nivel selectivo) o consumo problemático (nivel indicado) en lugares o barrios que presentan altos niveles de factores de riesgo de vulnerabilidad social. ii) Colombia cuenta con los *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*, que promueve algunas iniciativas sobre la base de la prevención comunitaria. En diciembre 2021 se ha publicado la **"Estrategia de Acción sobre el problema de las drogas – Pueblo Awá"**²⁹ y la **"Estrategia de Acción sobre el problema de las drogas – Pueblo Inga"**³⁰ a través del Ministerio de Justicia y el Observatorio de Drogas de Colombia, para analizar el problema de las drogas desde un enfoque comunitario, el cual, al ser un programa con ejercicio en campo, ha tenido que paralizar sus actividades durante la pandemia COVID-19.

29 https://biesimci.org/fileadmin/2021/documentos/et/libro_awa.pdf

30 https://biesimci.org/fileadmin/2021/documentos/et/libro_inga_azul.pdf

Algunas campañas en los medios de comunicación tratan de informar y sensibilizar a amplios sectores de la comunidad para prevenir el consumo de drogas o facilitar la implementación de políticas en relación con las drogas (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014), aunque no siempre se dispone de pruebas concluyentes sobre su efectividad.

La prevención en medios de comunicación puede desarrollarse a través de medios tradicionales (prensa, radio y televisión) o de las tecnologías de la información y la comunicación (telefonía, internet, redes sociales...) (Bhüler y Thrul, 2015). Sin embargo, es necesario asegurar que estas campañas de prevención no aumenten la estigmatización hacia personas usuarias de drogas, particularmente para las mujeres quienes se enfrenten a niveles aún más altos de estigma y discriminación cuando usan drogas. La necesidad de reducir actitudes estigmatizantes hacia las personas usuarias de drogas fue reconocida en la Resolución de la CND 61/11: *Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad y la prestación de servicios de salud y atención y servicios sociales para los consumidores de drogas y el acceso a esos servicios* (UNODC, 2018a).

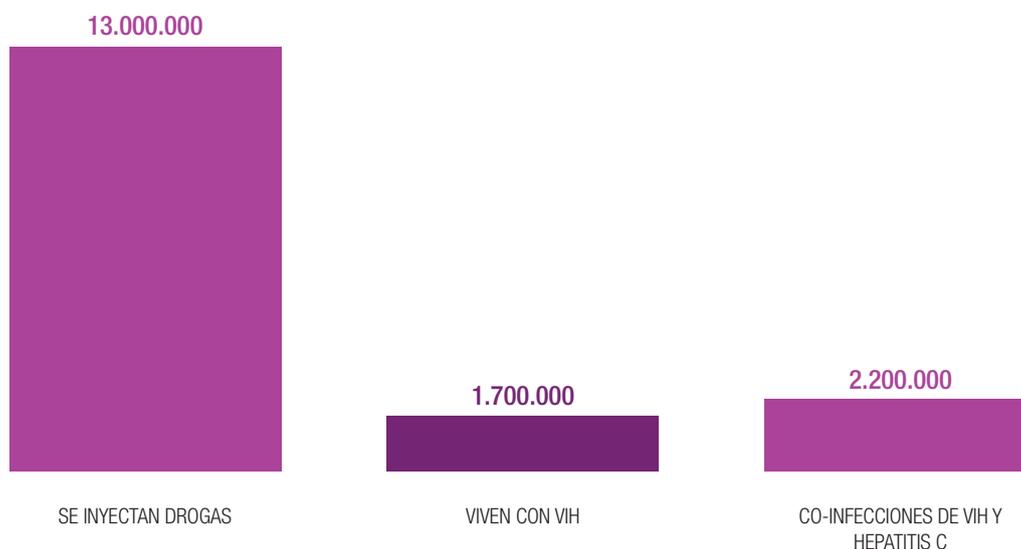
Algunos estudios muestran que los programas aplicados en edad escolar, a través de internet utilizando ordenadores, podrían reducir potencialmente el uso de tabaco, cannabis y alcohol. En cambio, no parece que los programas en medios de comunicación obtengan los efectos preventivos esperados cuando se desarrollan aisladamente, aunque sí se han constatado efectos preventivos en relación al uso de tabaco cuando van acompañados de programas escolares diseñados para el grupo objetivo específico (Bhüler y Thrul, 2015).

El uso de nuevas tecnologías para la prevención de adicciones, como el internet y las redes sociales a través de campañas y otros, y el cambio en las metodologías en tratamiento y rehabilitación han permitido que se potencialice la digitalización para continuar ofreciendo servicios de apoyo durante la pandemia COVID-19, a través de campañas de difusión tanto en medios de comunicación como en las redes sociales. Sin embargo, no han facilitado la identificación eficaz y el análisis de casos o seguimiento de la población en riesgo, así como la atención y el acceso a los servicios con prontitud y eficiencia.

En el marco de reducción de daños, la comunidad es también el ámbito desde el que se desarrollan numerosos programas orientados a reducir los daños causados por el consumo de drogas. Tradicionalmente, especialmente en los países de la Unión Europea, donde más se ha estudiado el impacto positivo de estos programas, las intervenciones de reducción de daños se han asociado principalmente al uso problemático de drogas por vía parenteral, ya que el consumo de sustancias mediante esta vía de administración es una causa destacada de morbilidad por VIH, hepatitis y tuberculosis.

Gráfico 20

Personas con co-infecciones de VIH y Hepatitis C en el mundo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS

De acuerdo con la OMS, alrededor de 13 millones de personas se inyectan drogas y 1,7 millones de ellas están viviendo con VIH en el mundo (**Gráfico 20**). El uso de drogas por vía intravenosa es la causa del 10% de las infecciones de VIH en el mundo y la prevalencia de la infección por VIH entre personas que usan drogas es alta en todas las partes del mundo. Asimismo, las personas que usan drogas son afectadas desproporcionalmente por la hepatitis C. En el mundo existen, además, alrededor de 2,2 millones de co-infecciones de VIH y hepatitis C, de las cuales más de la mitad son en personas que se inyectan drogas.

El uso de opioides se asocia a un riesgo muy elevado de sobredosis. En los Estados Unidos la tasa de mortalidad por opioides sintéticos distintos de la metadona aumentó un 72,2% de 2014 a 2015, y la mortalidad por heroína creció un 20,6%” (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2018). En la Unión Europea, hubo más de 7.500 fallecimientos por sobredosis en 2015 y los opioides estuvieron implicados en el 80% de esas muertes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

Los programas de intercambio de jeringuillas y agujas surgieron como respuesta a la expansión del VIH/ SIDA a partir de la década de 1980, y forman parte de las estrategias para prevenir el contagio de enfermedades infecciosas, causado por el intercambio de jeringuillas entre las y los usuarios.

Existe evidencia moderada que los programas de intercambio de jeringas y agujas pueden reducir la transmisión de VIH entre personas que inyectan drogas. Existe evidencia similar, pero menos robusta, de que pueden reducir también la transmisión del virus de hepatitis C. Sin embargo, para tener impacto sobre las tasas de transmisión de VIH y de hepatitis C, se requiere de una disponibilidad de programas de intercambio a larga escala, conjuntamente con otras respuestas, como el tratamiento (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

La naloxona es un antagonista que puede revertir la sobredosis por opioides, una de las principales causas de muerte entre las personas que consumen estas sustancias. La distribución de kits con naloxona entre personas que pueden presenciar episodios de sobredosis (policías, personal de ambulancias y servicios de emergencias, personas que consumen drogas...) puede ser una estrategia efectiva de reducción de riesgos.

La evaluación de un programa para distribuir naloxona a personas que acababan de abandonar la prisión encontró que el programa estaba asociado a menos muertes relacionadas con opioides en el mes posterior a la excarcelación (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017).

Hay algunas pruebas de que el entrenamiento sobre sobredosis, incluyendo la distribución de naloxona, reduce las tasas de muertes asociadas a opioides. También hay evidencia —de baja calidad— de que las personas que reciben entrenamiento en prevención de sobredosis son capaces de administrar efectivamente la naloxona y responder adecuadamente a una sobredosis (Sumnall *et al.*, 2017). Uno de los programas de la distribución de naloxona, como una estrategia de reducción de daño, es denominado “Take-home naloxone (THN)” el mismo que permite salvar la vida de las personas que consumen drogas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019).

Las salas de consumo supervisado son lugares en los que se pueden consumir drogas ilegales bajo la supervisión de personal entrenado. Estos recursos comunitarios permiten a las personas usuarias de drogas (principalmente por vía parenteral), tener acceso a material estéril y recibir asistencia en caso de sobredosis, o de cualquier situación que se pueda presentar. Además, las salas funcionan como puente para otros servicios asistenciales.

La eficacia de las salas de consumo supervisado de droga para conseguir y mantener el contacto con poblaciones altamente marginadas ha quedado ampliamente demostrada (Hedrich y cols., 2010; Hedrich y cols., 2010; Potier y cols., 2014). Gracias a este contacto se ha conseguido una mejora inmediata en la higiene y un consumo más seguro para las personas usuarias (p. ej., Small y cols., 2008, 2009; Lloyd-Smith y cols., 2009), así como otras mejoras más generales en materia de salud y orden público (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018).

Algunos beneficios de la creación de salas de consumo supervisado de drogas pueden ser: una mayor higiene y seguridad en el consumo de drogas, especialmente entre las usuarias y usuarios

habituales; un mayor acceso a los servicios sociales y sanitarios; así como la disminución del consumo de drogas en lugares públicos y las molestias consiguientes. No hay datos que indiquen que la disponibilidad de una sala de consumo más seguro de drogas inyectables aumente dicho consumo o la frecuencia de inyección. Estos servicios facilitan, más que retrasar, el inicio del tratamiento y no se asocian a tasas más altas de delitos relacionados con las drogas en el ámbito local (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017^a).

A partir de la experiencia en el desarrollo y evaluación de intervenciones orientadas a la reducción de los riesgos asociados a la inyección de drogas en aquellos países caracterizados por una significativa prevalencia de uso de drogas por vía parenteral, se han ido llevando a cabo intervenciones para reducir los riesgos y daños asociados a otras formas de uso de drogas —lo cual es fundamental— en América Latina donde servicios de daños deben adaptarse a formas de uso que no son relacionadas a la inyección de opioides. Entre ellas se incluyen, por ejemplo, las actividades de sensibilización orientadas a reducir los riesgos asociados al uso de alcohol mediante las que se propone alternar el uso de bebidas alcohólicas con otro tipo de bebidas, o la designación de una o varias personas en el grupo que se mantendrán sobrias para poder manejar el automóvil con seguridad de regreso a casa. También, en contextos lúdicos, se han desarrollado programas destinados a facilitar agua a las personas que consumen éxtasis y otras drogas sintéticas, así como los análisis de la composición de drogas recreativas (“pill testing”). Existen además intervenciones específicas para la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo a personas que usan drogas estimulantes y tienen un mayor riesgo de contraer VIH, hepatitis B y C e infecciones de transmisión sexual (UNODC, 2019).

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA, durante la pandemia COVID-19, realizó de manera continua la entrega gratuita de condones en todo el país, además de instalar salas de consumo seguro para mujeres en la Ciudad de Tijuana, Baja California. Por otro lado, el país también cuenta con paquetes sanitarios para la distribución de jeringas y un Programa Nacional de la Hepatitis C. México dispone de clínicas con programas de mantenimiento con metadona de tipo público y privado. El reto más relevante que ha surgido en el periodo de pandemia es la no disponibilidad de metadona, que obligó a la suspensión temporal del tratamiento de sustitución a medio y largo plazo³¹.

La reducción de daños se extiende también a otras actuaciones destinadas a hacer frente a las condiciones de pobreza en las que a menudo tiene lugar el uso de drogas, y que tratan de asegurar que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas puedan acceder a la alimentación, la atención sanitaria, la vivienda, el empleo y otras necesidades básicas. Estas intervenciones disponen de un alto grado de desarrollo y aceptación social en los países de América Latina y del Caribe, y en todos ellos, las mujeres tienen un papel destacado, ya sea como promotoras principales de los programas, o como receptoras activamente involucradas en los mismos. El programa “Braços

31 <https://www.gob.mx/censida>

Abertos” en Sao Paulo era un ejemplo modelo a seguir en este ámbito, sin embargo fue cerrado por el gobierno local después de cambios políticos. (IDPC, 2014).

Esta realidad, escasamente documentada en la literatura derivada de la investigación actualmente disponible, muestra la necesidad urgente de desarrollar un modelo de reducción de daños adaptado al contexto de los países de América latina y del Caribe, donde la vulnerabilidad relacionada con las drogas no se halla tan asociada a consumos de drogas por vía parenteral, sino a otras formas de consumo y situaciones de vulnerabilidad ajenas, muy distintas a las observadas en los países europeos. Queda por tanto pendiente, la validación de un modelo de reducción de daños adaptado a la situación de los países de la CELAC.

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

Pocos estudios han investigado específicamente la efectividad de los programas de prevención del abuso de sustancias en el ámbito comunitario para las mujeres. Algunos de los trabajos disponibles no han podido demostrar la efectividad de los programas de prevención comunitarios en el caso de las niñas o las mujeres, quizá porque esos programas estaban más orientados a la modificación de políticas, como el acceso de menores al tabaco y el alcohol o la aplicación de leyes y ordenanzas que tienen más impacto entre los niños que entre las niñas (UNODC, 2016).

La revisión de la ONUDD sobre programas de prevención y tratamiento para niñas y mujeres (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016), analiza la evidencia con respecto a once programas de prevención en el entorno escolar y comunitario que realizan un análisis de efectividad por género; de éstos, cuatro programas reportan resultados positivos para los niños pero ningún resultado significativo para las niñas; un programa reporta resultados positivos para los niños y resultados negativos para las niñas; tres reportan resultados positivos para las niñas (no se mencionan los resultados para los niños); y tres no reportan diferencias de género. Dos de los programas exclusivos para niñas reportan resultados solo para cannabis y tabaco y un programa escolar, orientado solo a mujeres deportistas, reporta resultados positivos para las niñas.

Sin embargo, el enfoque comunitario es esencial para hacer frente a algunos de los problemas que afectan a las mujeres en general y, muy especialmente, a aquellas que consumen drogas. Así, diferentes iniciativas se han mostrado efectivas para incrementar el poder económico y social de las mujeres aportando financiación a proyectos que faciliten el desarrollo económico incorporando, al mismo tiempo, actividades educativas y talleres de adquisición de habilidades que ayuden a cambiar las normas de género, mejorar la comunicación familiar y empoderar a las mujeres. Numerosas experiencias comunitarias han contribuido a modificar las normas sociales en relación a la violencia contra las mujeres, la comunicación a propósito del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, la explotación sexual, las habilidades sociales y la asertividad (OMS, 2009).

Hasta la fecha, los programas de reducción de daños no han prestado suficiente atención a la disminución de las desigualdades de género. Las mujeres usuarias de drogas tienen necesidades y están expuestas a riesgos que difieren de los que afectan a los hombres. Muchas de estas mujeres llevan a cabo ocasionalmente o de forma regular al trabajo sexual, lo que aumenta un mayor riesgo de transmisión del VIH. Además de tener un menor acceso a equipos de inyección estéril y preservativos, las mujeres que consumen drogas tienen un acceso limitado a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, así como a programas destinados específicamente a prevenir la transmisión vertical del VIH. Otra necesidad insuficientemente atendida es la derivada de la violencia practicada por el compañero íntimo y el temor a la pérdida de la custodia de los hijos e hijas, que en tiempo de confinamiento por COVID-19 se agravó. De acuerdo a la Comisión Interamericana de Mujeres —en la región— las mujeres, en muchos casos, se encontraban conviviendo con parejas abusivas sin poder denunciar la agresión que sufrían. Así mismo se dificultó el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual (CIM/OEA, 2020)³².

Existe una tendencia, entre los programas de reducción de daños de bajo umbral, a cambiar la orientación de los servicios y adecuar los horarios para atender mejor las necesidades de las mujeres con un consumo problemático de drogas. Diferentes países han puesto en marcha servicios de promoción de la salud para las mujeres que consumen drogas, algunos de ellos específicamente dirigidos a las trabajadoras sexuales. Normalmente, estos programas facilitan la derivación a dispositivos sociales y sanitarios e incluyen actividades de información y consejo sobre prácticas sexuales más seguras, así como la distribución de material de inyección estéril, preservativos y lubricantes. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006).

Aspectos de implementación de las intervenciones de prevención comunitaria

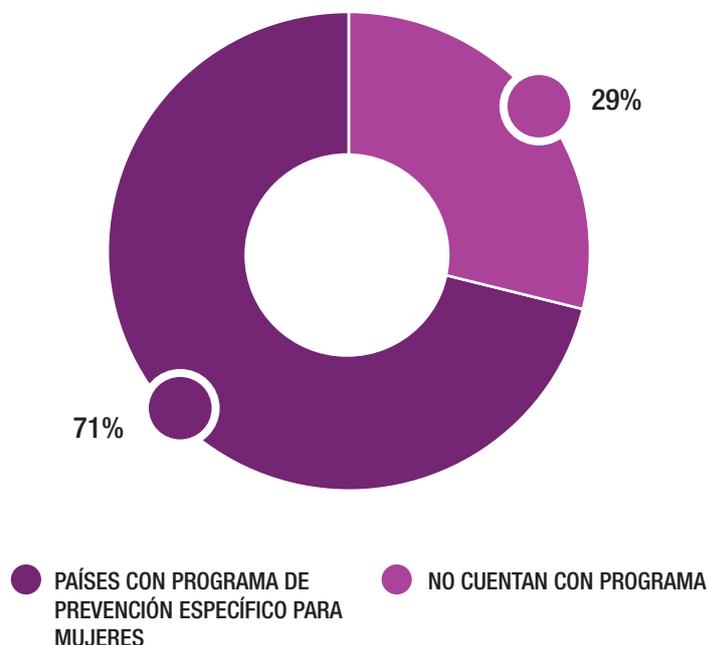
Algunos datos de la intervención comunitaria sobre drogas dirigida a las mujeres

Once (47,8%) de los 27 países que participaron en el estudio *COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas* realizado durante el desarrollo del presente informe, declararon incluir programas de prevención específicos para las mujeres entre las medidas adoptadas para la reducción de la demanda (**Gráfico 21**).

³² <https://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>

Gráfico 21

Prevención en el ámbito comunitario América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

En relación a la oferta de servicios para la reducción de daños, el 38,5% de los países que respondieron a la encuesta del estudio COPOLAD sobre *Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas*, declaró tener implementados programas específicos para mujeres, en los que se ofrecían a las usuarias diferentes tipos de servicios, principalmente distribución de preservativos (disponible en el 80% de los países), apoyo psicológico para embarazadas y madres (40%), y *screening* y seguimiento del embarazo (30%). El 60% de los países que declararon contar con programas de reducción de daños específicos para mujeres. En cuanto a la reducción de daños asociados al consumo de drogas por vía parenteral (principalmente opioides), en la **Tabla 5**, se presenta la información proporcionada por *Harm Reduction International* sobre la disponibilidad de programas de reducción de daños en los países de América Latina y el Caribe.

Tabla 5
Tipos de programas de reducción de daños por países

País	Intercambio de jeringuilla	Terapia de sustitución de opioides
Argentina	No	Sí
Bolivia	No	No
Brasil	No	No
Chile	No	No
Colombia	Sí	Sí
Costa Rica	No	Sí
Ecuador	No	No
El Salvador	No	No
Guatemala	No	No
Honduras	No	No
México	Sí	Sí
Nicaragua	No	No
Panamá	No	No
Paraguay	Sí	No
Perú	No	No
Uruguay	Sí	No
Venezuela	No	No
Antigua y Barbuda	No	No
Bahamas	No	No
Barbados	No	No
Belize	No	No
Cuba	No	No
Bermuda	No	No
Dominica	No	No
Rep. Dominicana	Sí	No
Grenada	No	No
Guyana	No	No
Guyana Francesa	No	No
Haití	No	No
Jamaica	No	No
Puerto Rico	Sí	Sí
Santa Lucía	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	No
Surinam	No	No
Trinidad y Tobago	No	No

Fuente: Elaboración propia a partir de Harm Reduction International. (2018).

4.2.3. Intervenciones en el ámbito familiar

Aunque los programas familiares de prevención de las drogodependencias han tenido un desarrollo relativamente reciente en comparación con los programas que se desarrollan en la comunidad o en la escuela, la familia es un ámbito fundamental para llevar a cabo programas de prevención universal, selectiva e indicada, ya que constituye uno de los principales ámbitos de aprendizaje y socialización.

Las intervenciones familiares para la prevención del uso de drogas, y el tratamiento del uso problemático de drogas tienen por objetivo modificar los determinantes familiares que afectan al inicio y mantenimiento del consumo problemático de drogas. En este ámbito, los principales factores de riesgo identificados son: un bajo apoyo familiar, la falta de comunicación entre los miembros de la familia, una relación débil con progenitores que proporcionen afecto, un estilo educativo familiar inconsistente, ambiente familiar caótico y antecedentes familiares de abuso de sustancias, entre otros.

Por otro lado, los factores familiares de protección frente al uso problemático de drogas incluyen: el apego seguro y saludable entre los menores y sus progenitores, la supervisión parental, el uso de métodos efectivos de control y disciplina, la comunicación de unos valores familiares pro-sociales, la participación de los progenitores en la vida del menor, y la crianza colaborativa (emocional, cognitiva, social y financiera) (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2009). Por su parte, la resiliencia hace referencia a la capacidad de superar situaciones familiares adversas y lograr resultados positivos (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2009).

A continuación, se presentan algunos de los factores familiares de riesgo y de protección en relación con el uso problemático de drogas:



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

La pandemia COVID-19 ha incrementado los factores de riesgo en el ámbito familiar. El estrés, la incertidumbre por el futuro, la pérdida de ingresos y el menor acceso a servicios, han incrementado los conflictos entre los miembros del hogar.

El confinamiento ha ocasionado en muchos casos que el hogar no sea un lugar seguro para vivir, incrementando los índices de violencia física, sexual y psicológica tanto hacia la pareja como hacia los hijos.

Se han encontrado pruebas de la efectividad de diferentes enfoques basados en la familia (Kumpfer, 2014: 11; Kumpfer y Alvarado, 2003), y que incluyen componentes que pueden resumirse en (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014):

1. **Entrenamiento conductual:** es una intervención de carácter cognitivo/conductual. Se dirige principalmente a las madres y los padres con el objetivo de producir un cambio cognitivo, afectivo y de conducta.
2. **Capacitación en habilidades familiares.** Se trata de una intervención multicomponente que combina el entrenamiento conductual para las madres y los padres, entrenamiento social y habilidades para la vida para los menores, y sesiones familiares de práctica conjunta. Esto significa que los menores y los adultos reciben entrenamiento por separado, pero cuentan con un espacio de práctica conjunta.
3. **Terapia familiar.** Consiste en una intervención familiar, en la que únicamente participa una familia a la vez, y puede ser estructural, funcional o conductual. Se recurre a la terapia familiar especialmente, en casos de jóvenes que muestran unos niveles de riesgo elevados y algunos signos y síntomas, pero que no cumplen los criterios para el diagnóstico de un trastorno.
4. **Apoyo familiar en el hogar.** Se trata de un tipo de intervención que se lleva a cabo en el hogar de la familia, por lo que el equipo de apoyo se debe trasladar. Este tipo de intervención es pertinente, especialmente en casos en los que los progenitores muestran un nivel de riesgo alto.

Características de los programas efectivos de intervención familiar

1. No hay un programa basado en la familia que pueda considerarse como “el mejor”: cada familia debe encontrar el que mejor se ajuste a sus necesidades y características. Los factores a tener en cuenta son los siguientes: que sea competente culturalmente y en materia de género; que se ofrezca en la dosis suficiente, es decir, que la intensidad y la duración de un programa de capacitación en habilidades para la familia deberían ser adecuadas para la familia o familias en cuestión; que coincida con las necesidades específicas de las familias; que el programa sea adecuado para la edad y el desarrollo de los niños;
2. Los efectos de los programas de prevención familiar se mantienen por más tiempo si logran producir cambios en la dinámica y el entorno familiar en curso: los programas tendrán mayores y mejores resultados si la familia cumple con las prácticas en casa, con las tareas domésticas y planifican un tiempo familiar;
3. Los componentes de los programas efectivos para padres y familias incluyen abordar las relaciones familiares para aumentar la vinculación y el apego, la comunicación respetuosa y clara, y el control parental;
4. Reclutamiento y retención: la intensidad y la duración de un programa de capacitación en habilidades para la familia deberían ser adecuadas;
5. Los materiales visuales facilitan el aprendizaje y el interés familiar;
6. Lo mejor es contar con personal competente con formación y experiencia profesional en la crianza de los hijos y la familia.

Diversos estudios coinciden en que las intervenciones familiares son las más eficaces para la prevención del uso de sustancias psicoactivas entre los adolescentes (Foxcroft y Tsertsvadze; Foxcroft

et al., en Kumpfer, 2014). Asimismo, suelen ser los mejores en términos de costo-beneficio, ya que no solo favorecen al adolescente o niño, sino también a las demás personas de la familia; y pueden ayudar a superar otros problemas, además de los del uso de drogas (Kumpfer, 2014). De manera más concreta, se puede mencionar que una revisión Cochrane sobre los programas de prevención en las escuelas puso de manifiesto que *Strengthening Families Program for Parents and Youth* (SPF) y *Preparing for the Drug-Free Years*, ambos basados en la familia, son dos de los programas que han probado ser más efectivos entre los jóvenes (Kumpfer *et al.*, 2008; Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014).

La implicación de las familias en el tratamiento del uso problemático de drogas ha tenido un desarrollo mayor al de los programas de prevención familiar. Muchas intervenciones asistenciales incorporan algún tipo de participación de las familias, bien como un elemento de apoyo, supervisión y control de la evolución de las personas que siguen tratamiento, o como el eje mismo del tratamiento, en el caso de algunos abordajes sistémicos.

Los programas de tratamiento del uso problemático de drogas basados en la familia plantean la necesidad de implicar a la familia, incluyendo a padres y madres, hermanas y hermanos, la pareja y, en ocasiones, a hijos e hijas. La implicación de la familia en el tratamiento del uso problemático de drogas es especialmente importante en el caso de la adolescencia, puesto que es muy frecuente la convivencia con, al menos, uno de los progenitores que ejercen alguna función de control, supervisión y apoyo. Es habitual que los programas de tratamiento dirigidos a la familia aborden diferentes problemas además del uso problemático de drogas, entre los que se encuentran los conflictos y la comunicación familiar, el absentismo escolar o laboral, y las relaciones sociales (National Institute on Drug Abuse, 2014). Aunque lo más habitual es que se desarrollen de forma ambulatoria, también hay modalidades de tratamiento familiar más intensiva e incluso residenciales.

En algunos países de la CELAC, el programa *Familias Fuertes* es uno de los principales programas para la prevención. En Colombia, durante 2012 y 2013 de acuerdo al Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, se diseñó el programa *con el* objetivo de fortalecer los vínculos familiares a través de intervenciones con las familias para reducir la probabilidad de abuso de sustancias psicotrópicas y otros riesgos asociados a los adolescentes (Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho de Colombia, 2017). Actualmente el programa continúa desarrollando sus actividades.

Modelos de abordaje familiar que han demostrado su efectividad en el tratamiento del uso problemático de drogas (National Institute on Drug Abuse, 2014):

Terapia Familiar Estratégica Breve

Se basa en un abordaje sistémico del tratamiento, en el que se considera que los problemas de conducta de uno de los miembros son el resultado de unas interacciones familiares no saludables.

Terapia Conductual Familiar

La terapia conductual familiar ha demostrado resultados positivos tanto en la adolescencia como en la edad adulta, y combina un contrato conductual con el manejo de contingencias para abordar tanto el uso de drogas como otros problemas de conducta.

Terapia Familiar Funcional

Combina una visión sistémica del funcionamiento familiar (que postula que hay unas interacciones familiares no saludables que subyacen a los problemas de conducta) con técnicas conductuales para mejorar la comunicación, la resolución de problemas, la resolución de conflictos, y las habilidades parentales.

Terapia Familiar Multidimensional

La terapia familiar multidimensional es un tratamiento basado en la comunidad y la familia para personas que abusan de las drogas o que presentan un elevado riesgo de trastornos del comportamiento o conductas delictivas. El objetivo de esta modalidad de tratamiento es fortalecer la competencia familiar y la colaboración con otras instituciones como la escuela o los servicios de justicia. Se ha visto que esta modalidad de tratamiento puede ser efectiva incluso en casos muy severos de abuso de sustancias y que puede facilitar la reintegración en la comunidad de jóvenes delincuentes que abusan de las drogas.

Terapia Multisistémica

La terapia multisistémica es un tratamiento combinado familiar y comunitario que se ha demostrado efectivo en casos de abuso de sustancias severos y/o asociados a conductas delictivas o violentas. En los tratamientos de este tipo, uso problemático de sustancias es visto en términos de las características de la persona que padece este trastorno (p.ej. actitudes favorables hacia el uso de drogas), las de su familia (p.ej. falta de disciplina, conflicto, uso de drogas en la familia), los iguales (p.ej. actitudes favorables hacia el uso de drogas), la escuela (p.ej. absentismo, bajo rendimiento) y el barrio (p.ej. subcultura delictiva).

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

Hay relativamente pocos estudios en los que se haya investigado específicamente la efectividad de los programas de prevención del abuso de sustancias en el ámbito familiar dirigidos a niñas y mujeres.

Una revisión de estudios de evaluación de 7 programas de prevención en el ámbito de la familia en la que se analizaron separadamente los efectos sobre niños y niñas (UNODC, 2016) mostró unos resultados beneficiosos sobre las niñas en todos los casos, e incluso superiores en uno de ellos.

Una revisión de 11 estudios que incluyeron intervenciones universales basadas en la familia, diseñadas específicamente para mujeres y otras diseñadas para hombres y mujeres encontró que en ambos casos se redujo el uso de drogas por parte de las mujeres, mientras que, en el caso de los hombres, se obtuvieron resultados mixtos (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014). Sin embargo, una gran limitación de esa revisión es que ninguno de los estudios “evaluó si los elementos del programa (por ejemplo, objetivos del programa, o cómo se implementó el programa) afectaron la efectividad del programa para hombres o mujeres” (Canadian Centre on Substance Abuse, 2014).

De acuerdo con la evidencia disponible, las intervenciones basadas en la familia parecen especialmente indicadas tanto en el caso de las niñas y las mujeres como entre los niños y los hombres. Estos resultados son consistentes con la evidencia que muestra que las niñas se ven más afectadas por los problemas familiares y se benefician más de la vinculación afectiva y de la supervisión familiar (UNODC, 2016).

Por el contrario, en el caso de las niñas y las mujeres, es más frecuente que la familia contribuya a la iniciación y el mantenimiento del uso problemático de drogas, bien por la influencia de un familiar —a menudo la pareja íntima— que también consume drogas, o bien a través de situaciones como la exposición a situaciones de violencia, abuso o explotación.

En el caso de los hombres que desarrollan un consumo problemático de drogas, es frecuente que las mujeres de su entorno familiar (madres, parejas íntimas) les ofrezcan apoyo, tanto durante la etapa de consumo activo como al iniciar un proceso de tratamiento y rehabilitación. En cambio, cuando el uso problemático de drogas afecta a una mujer, es frecuente que la pareja y en ocasiones otros miembros de la familia le retiren su apoyo y en ocasiones la rechacen completamente.

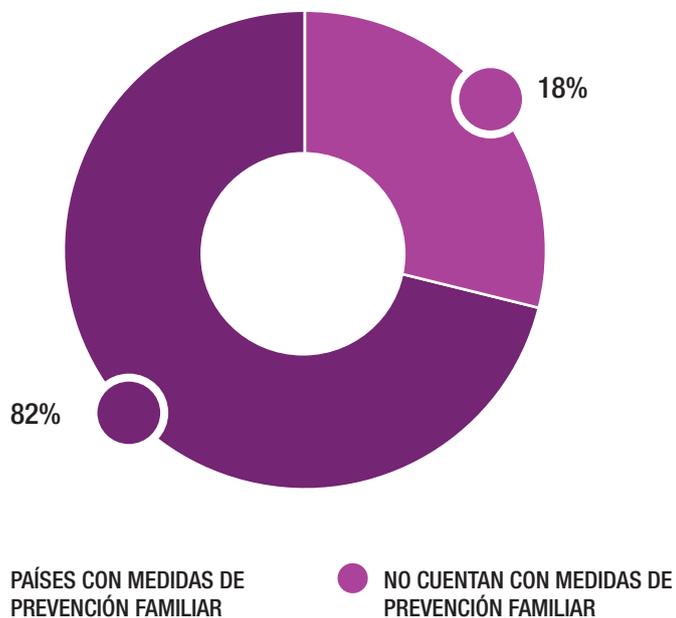
ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

Algunos datos de la intervención sobre drogas en la familia dirigida a mujeres:

El 81,8% de los 26 países que participaron en el estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas señaló contar con medidas de prevención en el ámbito familiar, distribuidas por nivel de implementación de la siguiente manera: 68,2% cuenta con estrategias de tipo universal; 45,5% con estrategias de tipo selectivo y 18,2% indicado. (Gráfico 22)

Gráfico 22

Prevención en el ámbito familiar en América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

Tabla 6

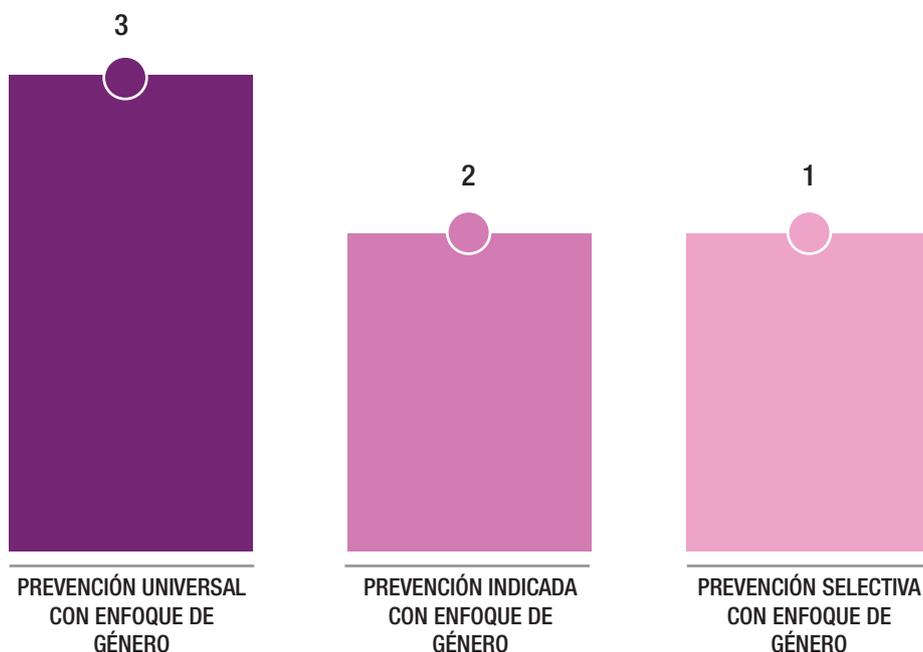
Nivel de implementación de intervenciones en el ámbito familiar

	Universal	Selectivo	Indicado
Se está implementando	53,8%	55,6%	33,3%
No se está implementando	7,7%	11,1%	66,7%
Se está implementando parcialmente	38,5%	33,3%	0%

Fuente: COPOLAD, 2017

Gráfico 23

Países de América Latina y el Caribe que incorporan enfoque de género. (Según tipo de prevención)



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

Sobre la incorporación de actuaciones específicas de género, el 20% de los países en los que se desarrollaban programas de prevención familiar (3 casos) afirmaron contar con ellas. En 3 países se aplican a nivel universal y, en 2 también a nivel indicado y en uno también en el nivel selectivo (**Gráfico 23**).

Como se ha mostrado en el Capítulo II, una proporción muy importante de los episodios de violencia física, sexual o psicológica ejercida sobre las mujeres son perpetrados por hombres en el ámbito familiar o de la pareja. La violencia contra las mujeres por parte de la pareja está generalizada en muchos lugares, aunque la proporción de mujeres que declaran haberla sufrido varía de unos países a otros. Un ejemplo es México, uno de los países donde existen más altos registros de violencia contra las mujeres. Muchas mujeres, niñas y adolescentes sufren episodios de violencia que pueden llegar al feminicidio. El año 2020, en pandemia COVID-19 se registraron más de 260.067 llamadas de emergencia por denuncias de agresiones y violencia contra las mujeres y el año 2021 fue el año con más alto número de feminicidios registrados, con un total de 151 casos.

4.2.4. Intervenciones en el ámbito educativo

Aunque los objetivos de las intervenciones que llevan a cabo los centros educativos van mucho más allá de la promoción de la salud y la prevención del uso de drogas, es indudable que la educación es un importante determinante de la salud y puede contribuir decisivamente a la reducción de las desigualdades sociales y de género.

Por el contrario, el fracaso escolar es uno de los principales predictores del consumo de sustancias psicoactivas. Aunque el abandono temprano de los estudios está influido en gran medida por las experiencias personales durante la primera infancia, que podemos ubicar dentro del ámbito familiar, es durante los años de educación infantil o preescolar cuando algunos factores relacionados con la escuela pueden exacerbar problemas y disposiciones preexistentes.

Los centros y servicios educativos pueden contribuir a la prevención del uso de drogas a través de diferentes mecanismos:

- ▶ Promoción de vínculos emocionales positivos con el alumnado mediante la disponibilidad de cuidado y apoyo a sus necesidades.
- ▶ Consistencia normativa: transmisión de reglas claras de conducta, respeto explícito a las normas con relación a las drogas, tanto en las actitudes como en las conductas del profesorado del centro.
- ▶ Desarrollo de un clima escolar favorable: implicación activa en la promoción y la motivación del aprendizaje y el desarrollo de competencias, expectativas positivas en relación con las capacidades del alumnado, promoción de la participación, implicación y responsabilización del alumnado en las tareas y las decisiones escolares.
- ▶ Introducción en el marco curricular de contenidos de prevención de las drogodependencias integrados en el marco general de la promoción y la educación para la salud y basados en los principios generales de educación en habilidades para la vida, desarrollada desde los principios metodológicos de la educación activa, interactiva y participativa.
- ▶ Desarrollo de programas de prevención selectiva.
- ▶ Coordinación con las familias y la comunidad.

Tradicionalmente se ha considerado que la escuela podía ser un entorno de elección para desarrollo de intervenciones preventivas. Esta elección parece razonable ya que muchos comportamientos relevantes desde el punto de vista de la salud (como el uso del tabaco, alcohol y otras drogas) suelen iniciarse durante los años escolares, la mayor parte de la población acude a la escuela por un largo periodo significativo para el desarrollo, hay una notable coincidencia de objetivos y procedimientos que invita a la colaboración entre profesionales de la educación y de la salud.

Tabla 7
Programas de prevención escolar:

Prevención universal	Prevención selectiva	Prevención indicada
Las medidas de prevención universal están dirigidas al conjunto del alumnado sin distinción (Bühler y Thrul, 2015)	Estas medidas están dirigidas a grupos con un riesgo de uso de drogas arriba del promedio (ONUDD, 2018), como adolescentes procedente familias con problemas de uso de drogas, estudiantes con fracaso escolar o una asistencia a la escuela (Bühler y Thrul, 2015)	Estos programas están dirigidos a quienes ya han iniciado el uso de sustancias, aunque todavía no han desarrollado un patrón de uso regular o problemático (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018)

Fuente: Elaboración propia en base a Suelves, 2015

Las escuelas resultan ser espacios adecuados para las estrategias de prevención de uso y abuso de sustancias debido a que los niños y niñas aún no se han formado opiniones, creencias o expectativas con respecto a su uso; son espacios que reúnen una gran cantidad de menores y se puede llegar a ellos de forma fácil y sistemática; y, pueden promover diversas políticas de ese ámbito (Council on School Health and Committee on Substance Abuse, 2007).

En sus inicios, los programas de prevención de las drogodependencias dirigidos a la escuela estuvieron centrados exclusivamente en la transmisión de información sobre las consecuencias negativas para la salud del uso de drogas, hace ya mucho tiempo que comenzaron a difundirse otros enfoques más amplios para el desarrollo de programas escolares de promoción de la salud y de prevención.

La prevención en el ámbito educativo incluye diferentes programas, políticas y procedimientos que buscan reducir el primer uso de sustancias, evitar la transición del uso experimental a la adicción (Faggiano et al., 2014) o reducir los daños asociados con el uso problemático de drogas, y abarca tanto las acciones educativas curriculares como prestación de servicios de salud y la intervención de la familia y de la comunidad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2004 a).

La CICAD contempla en sus Lineamientos Hemisféricos para la Prevención Escolar, una serie de principios que fundamentan la prevención escolar. Entre los más relevantes se pueden destacar los siguientes (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2005):

- ▶ Se deben incluir contenidos para fortalecer habilidades socio-afectivas y competencias sociales positivas que refuercen el rechazo hacia el consumo de drogas.
- ▶ Deben dirigirse a toda la comunidad educativa: alumnado, docentes, familias y personal administrativo.
- ▶ Además de programas de prevención universal, deben incluirse programas selectivos e indicados destinados a estudiantes en riesgo a quienes ya se han iniciado en el consumo.

- ▶ Deben ser adecuados para cada grupo de edad, género y nivel educativo.
- ▶ Deben complementarse con medidas costo efectivas globales, como el aumento de impuestos al alcohol y al tabaco, controles estrictos de prohibición de venta a menores y eliminación de su publicidad.
- ▶ Los programas preventivos necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas deben extenderse a otros ámbitos, como la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

Asimismo, la CICAD identifica cinco modelos de programas para la prevención en el ámbito escolar:

Tabla 8
Modelos de programas de prevención escolar

1. Modelo de habilidades para la vida, centrado en el fortalecimiento de destrezas y habilidades psicosociales para hacer frente a las diversas situaciones de la vida
2. Fomento de compromiso de estilo de vida saludable
3. Modelo de factores de protección y riesgo, fortalece los factores de protección más débiles y reduce los factores de riesgo más elevados
4. Modelo de competencia social, desarrolla actitudes para desempeñarse en distintos contextos
5. Modelo ecológico, incorpora factores culturales

Fuente: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2005).

Con respecto a los programas en el ámbito escolar, el estudio de COPOLAD presenta un resumen de la evidencia (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014). En general, el estudio concluye que los programas de prevención en el ámbito educativo tienen una efectividad limitada cuando se ejecutan de forma aislada y exclusivamente desde la escuela (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014).

Faggiano *et al.* (2014) llevaron a cabo una revisión sistemática en el marco de la colaboración Cochrane a partir de 73 informes correspondientes a 51 estudios realizados entre estudiantes de 12 a 13 años que, en algunos casos, incluyeron el seguimiento de la eficacia de los programas por periodos de hasta 10 años, y llegaron a las conclusiones siguientes:

1. Las intervenciones basadas exclusivamente en la transmisión de información no mostraron otros resultados más allá de la simple mejora de la información.
2. Las intervenciones basadas en el desarrollo de competencias sociales mostraron resultados que reflejan una tendencia a la reducción del uso y de la intención de usar sustancias, así como mejoras del conocimiento sobre las drogas, pero los efectos rara vez resultaron ser estadísticamente significativos.

3. Las intervenciones basadas en la transmisión de normas sociales produjeron efectos débiles que rara vez fueron estadísticamente significativos.
4. Las intervenciones que incluyeron una combinación de contenidos dirigidos al desarrollo de competencias sociales y de resistencia a las influencias sociales mostraron efectos protectores pequeños pero consistentes sobre el consumo de drogas, aunque algunos resultados no superaron el umbral de la significación estadística.

La escuela es probablemente el ámbito en el que se desarrolla un mayor número de programas universales de prevención de las drogodependencias, aunque algunas de las intervenciones que se llevan a cabo no están suficientemente fundamentadas en la evidencia científica, se realizan de forma ocasional o aisladamente, o se plantean objetivos a muy corto plazo únicamente.

A pesar de la existencia de pruebas de la efectividad de determinadas estrategias de prevención en el ámbito educativo, es preciso tener en cuenta que algunas actividades pueden ser también contraproducentes. Así, se ha señalado que las acciones puntuales o de carácter intermitente —como las “charlas” a cargo de profesionales sanitarios, policías o personas con una historia previa de uso problemático de drogas— podrían incluso despertar el interés por el uso de sustancias, y que transmitir información tendenciosa que exagera los riesgos podría contribuir a aumentar el rechazo a cualquier contenido preventivo por parte de los adolescentes (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2002).

Durante la pandemia del COVID-19, los servicios educativos han tenido que cerrar temporalmente, afectando a casi el 91% de los estudiantes a nivel mundial. Todo el sistema educativo ha sufrido un proceso de adaptación para responder de manera inmediata a la nueva situación de la no presencialidad en los centros educativos, readaptando sus actividades al modelo virtual. En América Latina y el Caribe, muchos de los centros educativos no estaban preparados ni capacitados para afrontar los cambios ante la nueva normalidad; y muchos niños/as y jóvenes han tenido que abandonar la escuela porque sus familias no contaban con las condiciones económicas para acceder a la educación virtual y al uso de tecnologías de información y comunicación (TIC). Los resultados han generado brechas de desigualdad social en el acceso a la educación.

Por otro lado, los programas de prevención en el ámbito educativo han dejado de ser implementados. La prioridad de los países se ha dirigido a atender los problemas de salud ocasionados por la pandemia COVID-19.

Uno de los programas de prevención en el ámbito educativo de Perú, es el Programa “Aprendo en casa”. Sin embargo, los altos índices de deserción escolar en tiempos COVID-19 han demostrado que la adaptación del programa no ha respondido con prontitud a las necesidades de la población escolar ya que el 7,2% de la población no cuenta con acceso a TICs, privando el derecho a la educación y a programas de prevención a un alto número de niños y adolescentes³³.

³³ Educación Virtual en Tiempos de Pandemia: Incremento de la Desigualdad Social en el Perú

Algunos otros países han desarrollado diferentes estrategias de prevención a través de la televisión o radio, pero sin la guía y acompañamiento de un maestro que oriente. Un ejemplo es Argentina, que ha implementado programas de prevención en ámbitos educativos a través de las redes sociales, con difusión de mensajes preventivos y de reducción de riesgos y daños.

Tabla 9
Aspectos que contribuyen a la efectividad de los programas de prevención universal en el ámbito educativo

Diseño y planificación	Contenido	Implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las necesidades de la población destinataria. • Planificación realista. • Evaluación de calidad. • Metodología y contenido adecuados a las características de la población destinataria. • Fundamentación teórica. • Intensidad adecuada (número y duración de las sesiones). • Visibilidad del programa (para los participantes y el conjunto de la comunidad). • Integración en el currículum escolar. • Participación de toda la comunidad educativa en el diseño y la planificación del programa. • Voluntariedad de la participación. • Formación específica de las personas que implementarán el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades para la vida (estrategias de negociación, autoestima y la autoeficacia, toma de decisiones, habilidades de afrontamiento, etc.). • Actividades en las que los iguales actúen como mediadores del programa. • Participación de la familia, al menos en alguna de las actividades. • Fomento de las relaciones positivas con iguales, profesorado, familia o comunidad. • Información sobre las sustancias, las causas y las consecuencias de su consumo. • Actividades alternativas al uso de sustancias. • Asignación de tareas para realizar fuera del horario escolar. • Actualización de los contenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centralización de la responsabilidad de la implantación en una persona o equipo. • Participación de la comunidad. • Sensibilidad de las personas que implementarán el programa (interés, conocimientos y motivación suficientes). • Reconocimiento y refuerzo a las personas que participan. • Fidelidad al diseño del programa. • Metodología interactiva. • Distribución suficientemente espaciada de las sesiones. • Sesiones de recuerdo después de la finalización de la fase intensiva del programa. • Metodología experiencial. • Participación de agentes externos (profesionales sanitarios, voluntarios, etc.) en la implantación.

Fuente: Elaboración propia en base a Jiménez et al, 2014; Suelves, 2015

A medida que aumenta la edad del alumnado, va adquiriendo sentido complementar las estrategias de prevención universal en la escuela con actividades de prevención selectiva dirigidas a abordar factores de riesgo como el fracaso y el absentismo escolar, y también actividades de prevención indicada que aborden el inicio del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas a lo largo de la adolescencia. Sin embargo, el desarrollo de programas selectivos de prevención del uso de drogas en la escuela es hasta el momento limitado y solamente se conocen los resultados de unas pocas experiencias evaluadas de prevención escolar indicada que limiten de forma efectiva la progresión del consumo experimental hacia un uso problemático de drogas en la adolescencia (NIDA, 2003; Sánchez, 2015).

Chile, a través de la Superintendencia de Educación ha identificado que la salud mental de los jóvenes y adolescentes se ha visto afectada por el estrés en la pandemia del COVID-19. Muchos jóvenes han afrontado ese estrés mediante el consumo de drogas. Se han desarrollado medidas preventivas a través de videos explicativos e infografías respecto a los efectos nocivos en la salud mental y física de las drogas, así como un análisis de los factores de riesgo y de protección³⁴. Cabe resaltar que respecto a las intervenciones en el ámbito escolar en la CELAC, la prioridad en tiempos de pandemia ha sido académica, dejando a un lado el ámbito de la prevención y la atención a los problemas de consumo. Asimismo, a través del Ministerio Secretaría General de Gobierno, se ha desarrollado el programa *Elige Vivir sin Drogas*, que busca prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes³⁵.

Lamentablemente, la mayor parte de los estudios de evaluación de programas de prevención escolar no indican si los programas de prevención se implementaron con un enfoque de género, y cuáles fueron los resultados, una limitación a la que se han referido diferentes trabajos (Novák et al., 2013; Schwinn et al., 2010; Kumpfer et al., 2008).

Una revisión (UNODC, 2016) de 11 programas de prevención escolares en los que se analizaron los resultados para cada género puso de manifiesto que 4 de los programas evaluados no tenían efectos beneficiosos en las niñas y otro programa tenía efectos negativos sobre las niñas a pesar de su efectividad en el caso de los niños.

Si bien la investigación es muy limitada, apunta a la necesidad de aproximaciones que tomen en cuenta el género, ya que existen factores de vulnerabilidad y resiliencia específicos a las niñas y a las mujeres y las estrategias de prevención no benefician necesariamente de la misma manera a las niñas y a los niños. Un enfoque que tome en cuenta el género puede incluir estrategias específicas para niñas, o bien insertar, en el marco de programas de prevención universal, componentes que aborden factores de vulnerabilidad y resiliencia específicos para mujeres y niñas y consistentes con su desarrollo.

Algunos estudios parecen indicar que el contexto y los contenidos de los programas de prevención escolar pueden tener efectos desiguales según el sexo del alumnado. Se ha observado, por ejemplo, que los programas de mejora de la asertividad y las habilidades sociales son más adecuados para los niños, mientras que en el caso de las niñas serían más útiles las técnicas centradas en la expresión, la reducción de la tensión y el control. (Schinke, 1994).

³⁴ https://www.supereduc.cl/categoria-contenidos-de-interes/recursos_digitales/

³⁵ <https://msgg.gob.cl/wp/2019/04/02/eligevivirsindrogas-las-claves-del-programa-que-busca-prevenir-el-consumo-en-ninos-y-adolescentes/>

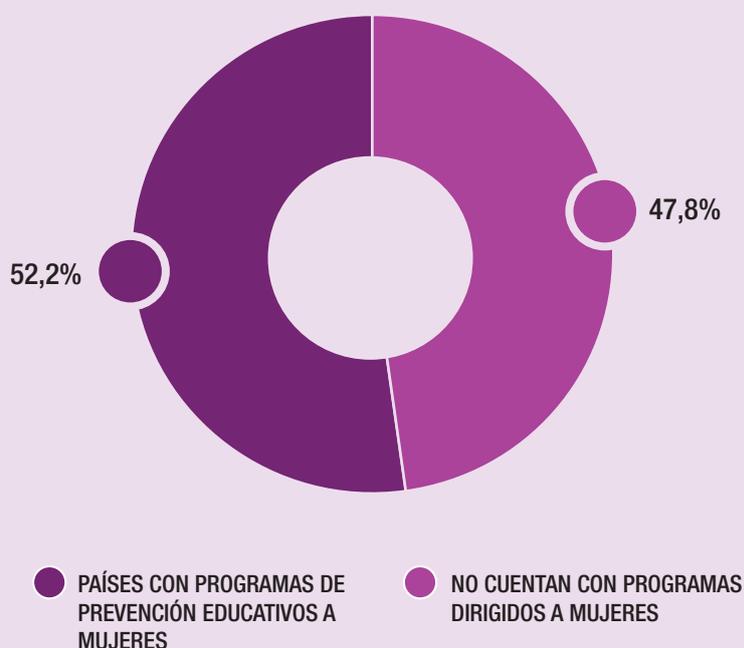
ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Algunos datos de la intervención sobre drogas en el ámbito educativo dirigida a las mujeres en edad escolar:

La educación es uno de los principales determinantes de la salud, que contribuye de manera importante a la reducción de las desigualdades sociales y de género. En el Capítulo II se han mostrado datos sobre la relación entre el nivel educativo de las mujeres en América Latina y el Caribe y diversos indicadores sociales y de salud.

Gráfico 24

Prevención en el ámbito educativo en América Latina y el Caribe



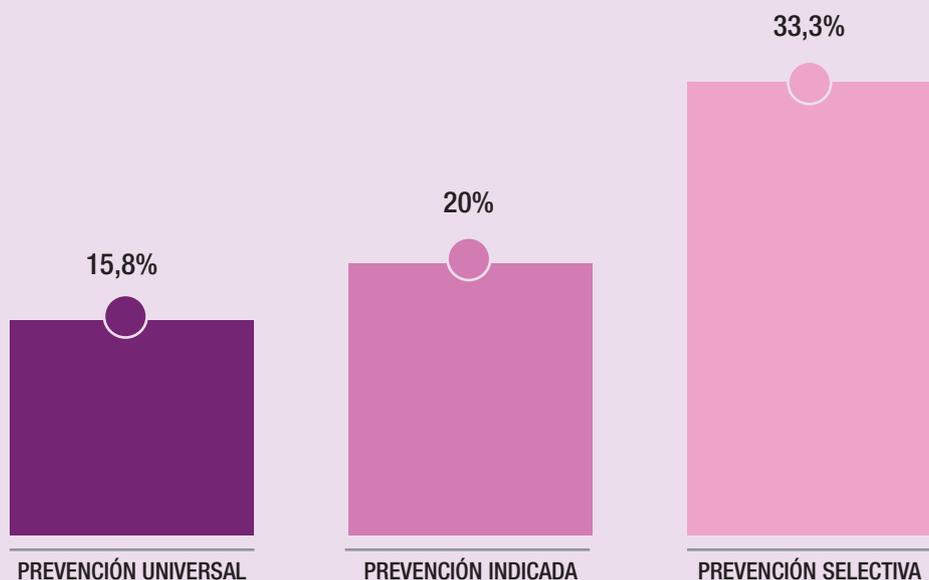
Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

El 47,8% de los 26 países que participaron en el estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas declaró disponer de programas de prevención dirigidos a las mujeres. (Gráfico 24)

En aquellos países que declararon haber desarrollado programas escolares de prevención, los programas de prevención universal eran los que contaban con una mayor implementación, seguidos de los programas de prevención selectiva y de prevención indicada.

Gráfico 25

Estrategias diferenciadas por sexo, según tipo de intervención



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

Un 15,8% de los países en los que se desarrollaban programas escolares de prevención universal declaró disponer de estrategias diferenciadas según el género. En cambio, la existencia de estrategias diferenciadas por sexo alcanzó el 20% en el caso de la prevención selectiva y el 33,3% en el caso de la prevención indicada. (Gráfico 25).

4.2.5. Intervenciones en el ámbito laboral

Las intervenciones en relación al uso problemático de drogas desde el ámbito laboral tienen como objetivo prevenir el uso de sustancias, especialmente cuando está relacionado con las condiciones de trabajo, favorecer la detección e intervención para facilitar el abandono del uso de drogas y la progresión en el consumo, reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias y favorecer la integración social y la autonomía personal de las personas con una historia de uso problemático de drogas.

Algunos factores relacionados con la organización del trabajo, con el puesto de trabajo o con el ambiente laboral pueden incrementar la probabilidad de que una persona llegue a implicarse en el uso y uso problemático de drogas o de que éste le cause problemas importantes. Entre ellos, cabe citar los siguientes:

Tabla 9
Principales factores de riesgo

Factores relacionados con la organización del proceso productivo, como las jornadas de trabajo demasiado prolongadas, la rotación horaria o los ritmos de trabajo demasiado intensos

Sobrecarga de trabajo y estrés

Posibilidades de promoción profesional insuficientes

Factores relacionados con el puesto de trabajo o la tarea, como trabajos repetitivos o poco motivadores, condiciones ambientales adversas, contaminantes ambientales, asilamiento social, etc.

Puestos de trabajo asociados a una mayor disponibilidad de sustancias (camareros, personal sanitario, etc.)

Factores relacionados con el ambiente laboral, como la conflictividad o la inestabilidad laboral

Fuente: Elaboración propia

Los efectos de la pandemia COVID-19 han ocasionado que se produzcan muchos cambios en el mercado laboral, relacionados principalmente con una mayor inestabilidad en el empleo, el uso de nuevas tecnologías (trabajo a distancia) y nuevas formas de organizar el trabajo, lo que a la larga genera mayor estrés e insatisfacción. Muchas personas han cambiado su cotidianidad y han tenido que trabajar desde casa, complementando el trabajo remunerado con el no remunerado derivando a una sobrecarga de trabajo y/o jornadas de trabajo más largas. Los factores de riesgo psicosociales en estas condiciones pueden potenciar el uso de drogas como el alcohol y psicofármacos.

En el ámbito laboral, muchas personas son usuarias problemáticas de drogas, o bien se ven expuestas a riesgos derivados del consumo de drogas en trabajo. Se estima que entre el 5% y e 20% de la población trabajadora en países de la Unión Europea abusan del alcohol o muestran un elevado riesgo de padecer problemas relacionados con el uso de bebidas alcohólicas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017). El uso de drogas tiene importantes repercusiones en el ámbito laboral que pueden causar unos costes elevados para las empresas, los gobiernos y el conjunto de la sociedad a través de diferentes mecanismos:

- ▶ El consumo de drogas puede favorecer comportamientos inadecuados que perjudiquen las relaciones entre las personas trabajadoras o entre éstas y la dirección.
- ▶ Los efectos de las drogas pueden aumentar el riesgo de accidentes tanto durante la actividad laboral como en los desplazamientos de ida y vuelta al centro de trabajo.
- ▶ Los efectos de las drogas pueden perjudicar el desempeño y el rendimiento laboral, y promover las ausencias del lugar de trabajo por enfermedad.

El ámbito laboral ofrece también un marco en el que desarrollar intervenciones preventivas en relación con el uso de drogas, así como para identificar precozmente a las personas con un consumo problemático para proporcionarles ayuda efectiva. La prevención en el ámbito laboral incluye diferentes actividades dirigidas al entorno laboral para informar, sensibilizar, consensuar y promover cambios organizacionales

que ayuden prevenir o reducir el uso de drogas desde el lugar de trabajo, y reducir los riesgos asociados a su consumo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2008).

Por lo general, y en relación al uso de sustancias, los centros laborales han recurrido a la prevención secundaria y terciaria mediante programas de detección precoz del consumo problemático de drogas y de asistencia y rehabilitación a las personas afectadas (Organización Internacional del Trabajo, 2003; Kumpfer y Smith, 2010; Roman y Blum, 2002), dejando de lado la prevención primaria, que busca evitar que se desarrollen problemas con el alcohol y las drogas. En este contexto, la puesta en marcha de Programas de Asistencia a personas Empleadas (PAE) ha sido la estrategia más utilizada. Los PAE son “programas que pueden ayudar a los empleados con problemas personales que afectan su desempeño laboral. Los PAE pueden identificar y abordar una amplia gama de problemas de salud, financieros y sociales, incluidos trastornos mentales y/o de uso de sustancias. Algunos PAE se concentran principalmente en el alcohol, las drogas de prescripción médica y otros problemas relacionados con las drogas” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017). El *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* de los Estados Unidos, contempla seis tipos de PAE: i) internos, aquellos que se encuentran en las instalaciones del centro laboral; ii) externos, aquellos que funcionan fuera del centro laboral (son asignados a los trabajadores dependiendo de su ubicación geográfica); iii) combinado, que es una mezcla de los dos anteriores; iv) programas patrocinados por la gerencia, en lugar de ser patrocinado por un sindicato o por la gerencia y un sindicato; v) programas de asistencia para miembros, proporcionado por el sindicato; y, vi) programas ofrecidos por los compañeros de trabajo.

Adicionalmente, existen otro tipo de programas que pueden ayudar a complementar los PAE en lo referente al consumo de alcohol como los programas de educación en alcohol, programas de promoción de la salud y la intervención de pares (Roman y Blum, 2002). Los primeros buscan educar a las personas trabajadoras en el consumo de alcohol, de manera que modifiquen su comportamiento o usen los servicios asociados a la prevención del consumo por decisión propia; los segundos promueven actividades orientadas a la salud para que, de esta manera, la persona limite o abandone al consumo de alcohol para adoptar un estilo de vida saludable; la tercera, busca la capacitación de las personas trabajadoras para que puedan reconocer e intervenir con sus compañeras y compañeros que muestran un consumo problemático o de elevado riesgo (Roman y Blum, 2002; Anderson, 2012). Otros programas enfocados en la prevención del consumo de alcohol, pero que no se ofrecen en el lugar de trabajo son los programas de prevención en línea (Ames y Bennett, 2011). Estos, como su nombre lo indica, son programas a los cuales se puede acceder vía internet en cualquier momento y en privado.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), por su parte, documentó en 1996 un repertorio de recomendaciones prácticas denominado *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*, que tiene por objetivo brindar orientaciones a los encargados de los problemas vinculados al consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Este documento contiene un capítulo específico en el que desarrolla una serie de principios para establecer políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol.

Por su parte, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) adoptó en el año 2008 una serie de lineamientos para la prevención del consumo de drogas y alcohol en el ámbito laboral en Latinoamérica (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2008). Este documento contiene un marco conceptual sobre prevención no solo a nivel general, sino también en el ámbito laboral. Específicamente, con respecto a los factores de riesgo en el ámbito laboral, enumera, entre otros, la inestabilidad laboral, trabajos repetitivos y escasamente motivadores, ambiente estresante, fácil disponibilidad de alcohol, manejo de sustancias químicas adictivas sin las protecciones necesarias; con respecto a los factores de protección señala la capacidad de trabajar en equipo, comunicación fluida, reconocimiento y valoración del trabajo realizado, descanso adecuado y servicios de bienestar, seguridad social activos, entre otros. De igual forma, establece un conjunto de 17 principios para la adopción de estrategias preventivas.

**Principales principios para la adopción de estrategias preventivas en el ámbito laboral:
(Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2008)**

- Los programas deben proponer el diseño de una política de prevención integral, basada en un modelo de calidad de vida y desarrollo humano a través de la construcción de culturas preventivas dentro de los lugares de trabajo, donde la salud, el bienestar, y la seguridad laboral sean los pilares de dicha política.
- El consumo de drogas en el mundo laboral se debe ver como un problema de salud y, por lo tanto, ser tratado como cualquier otro problema laboral, por lo que se debe contar con servicios de tratamiento dentro del marco del propio sistema de salud, ya sea público o privado.
- Las políticas deben hacer énfasis en la prevención y por lo tanto asegurar un mínimo de servicios de análisis toxicológicos para determinar el consumo de alcohol y drogas que, por otro lado, sólo se debe usar cuando sea apropiado o como última medida de control.
- Las estrategias de prevención laboral deben incorporar a las familias considerando éstas como un factor de protección importante para el trabajador.
- Deben incluir programas preventivos selectivos e indicados de acuerdo con el nivel de riesgo en que se encuentra cada uno de los trabajadores.
- Los programas deben ser específicos para cada grupo de edad, género y nivel educativo.

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

Existe limitada evidencia actualizada con respecto a la efectividad de las estrategias de prevención en el ámbito laboral, tanto para el consumo de alcohol, como de otras sustancias lícitas o ilícitas, y la poca información disponible se refiere tangencialmente a los impactos en las mujeres. Una revisión sobre la efectividad de programas de prevención en el trabajo llevada a cabo en el año 2011 en los Estados Unidos encontró que las intervenciones de prevención en el lugar de trabajo han tenido

relativo éxito con respecto al consumo de alcohol (no se analiza el impacto con respecto al consumo de otras sustancias) (Ames y Bennett, 2011). En particular, los programas de promoción de la salud que integraron intervenciones para prevenir el consumo de alcohol —implementados mediante estrategias combinadas de educación, asesoramiento e intervención breve informaron— mostraron resultados marginalmente exitosos, puesto que la ingesta no se redujo considerablemente. De hecho, según la evidencia analizada “todas las estrategias que se centraron en cambiar los factores de riesgo individuales y, a partir de entonces, el comportamiento de consumo individual, mostraron cierto grado de éxito” (Ames y Bennett, 2011).

La elevada participación de las mujeres en actividades domésticas y otras actividades no retribuidas en el contexto familiar hace más difícil que alcancen la independencia económica y autonomía personal que se derivan de la actividad laboral, así como que se beneficien de los programas de intervención desarrolladas por algunas empresas.

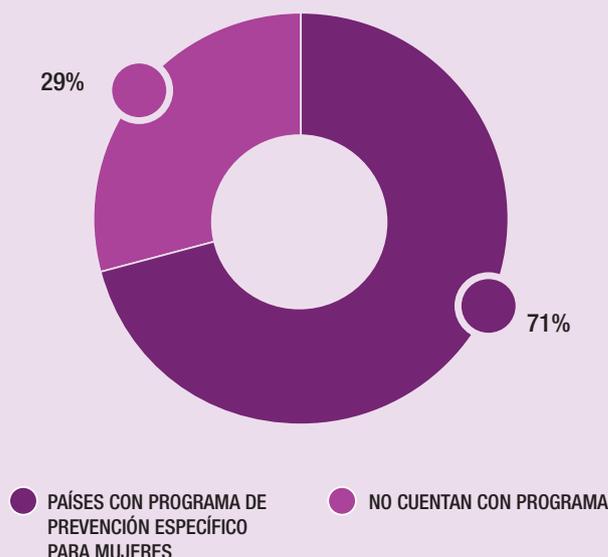
ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES LABORALES

Algunos datos de la intervención sobre drogas en el ámbito laboral:

De acuerdo con los resultados del estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas de Drogas, el laboral es uno de los ámbitos de menor intervención en las estrategias de prevención de los países.

Gráfico 26

Prevención en el ámbito laboral en América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

Aun así, 17 (71,3%) países declaran contar con estrategias en el ámbito laboral (Gráfico 26):

- ▶ 68% las aplica a nivel universal
- ▶ 31,8% a nivel selectivo
- ▶ 18,2% a nivel indicado

4.2.6. Intervenciones en el ámbito de los servicios de atención social y sanitaria

La actuación de los servicios sociales y sanitarios ante los problemas relacionados con las drogas que afectan a las mujeres supone el abordaje tanto del uso de drogas como de los daños sanitarios y sociales que se asocian al mismo, como la mortalidad prematura, las enfermedades infecciosas, la dependencia, los trastornos mentales y la exclusión social. Este abordaje contempla tanto una gran parte de los programas de tratamiento del uso problemático de drogas como muchas intervenciones orientadas a la reducción de daños e incluye, entre otros, los objetivos siguientes (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2017):

- ▶ Evitar que las consumidoras experimentales de drogas se conviertan en consumidoras habituales.
- ▶ Ayudar a las mujeres que usan y abusan de las drogas de manera problemática a abandonar el consumo.
- ▶ Reducir el consumo de drogas y los daños en las mujeres que ya las consume.
- ▶ Disminuir los daños relacionados con las drogas que sufren las comunidades; o incrementar la integración social de las mujeres con problemas de drogas.

Los centros y servicios sociales y sanitarios, y en especial la atención primaria de salud, juegan un papel fundamental de liderazgo y apoyo a las intervenciones preventivas que se desarrollan en el ámbito de la familia, la escuela y el conjunto de la comunidad —ámbitos a los que se dedican los apartados correspondientes en este informe— así como respecto a la identificación y el tratamiento de las personas que hacen uso problemático de las drogas y de las complicaciones que pueden derivarse de dicho uso. Lamentablemente, durante la pandemia COVID-19 muchos de los servicios y centros de atención a las drogodependencias han paralizado sus actividades o han priorizado intervenciones de atención a la pandemia. Ello ha tenido un impacto notable en la labor de los y las profesionales que trabajan en la prevención de las adicciones.

Los servicios asistenciales están en condiciones de ofrecer ayuda efectiva a las personas que consumen alcohol y otras drogas. Algunos niveles asistenciales, como la atención primaria de salud o los servicios de atención materno-infantil, entran rutinariamente en contacto con una proporción muy elevada de las mujeres que componen una población, y están por lo tanto en condiciones de intervenir frente al consumo de drogas y los problemas que ocasiona. Sin embargo, la limitación de tiempo y de recursos a que deben hacer frente muchos servicios asistenciales, ha hecho aconsejable el desarrollo de modelos de abordaje que permitan proporcionar ayuda a muchas personas

a través de intervenciones breves dirigidas a facilitar el abandono o la reducción del uso problemático de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017). Estas intervenciones breves pueden llevarse a cabo en el plazo de una a cinco sesiones, tanto en centros de atención primaria como en hospitales y otros servicios asistenciales, y ofrecen siguiendo modelos como el de las 5 A's.

El enfoque de las 5 A's en el consejo breve sobre el uso de drogas

El enfoque de las 5 A's se ha utilizado con éxito para facilitar el abandono o la reducción del uso problemático de drogas desde servicios de atención en los que no se dispone del tiempo y los recursos necesarios para poder proporcionar un tratamiento intensivo, como ocurre en muchos centros de atención primaria de salud. Más allá de ofrecer una simple recomendación de cambio, el consejo breve basado en el enfoque de las 5 A's, es una intervención estructurada que incluye los elementos siguientes (Moyer y Finney, 2015):

1. Preguntar (Ask) sistemáticamente de forma rutinaria a todas las personas atendidas para identificar el uso de sustancias,
2. Aconsejar (Advise) abandonar o modificar el uso a las personas que muestran un consumo perjudicial o de elevado riesgo,
3. Valorar (Assess) la motivación para llevar a cabo el cambio de conducta recomendado,
4. Ofrecer ayuda (Assist) para facilitar el cambio y,
5. Programar (Arrange) entrevistas de seguimiento para acompañar el proceso y ayudar a resolver las dificultades que se presenten.

Como la motivación de las personas que consumen drogas para modificar su conducta es un elemento muy importante para que la intervención breve obtenga los resultados deseados, resulta fundamental que la interacción entre profesionales y personas usuarias se desarrolle de una forma que evite la confrontación y favorezca las alianzas para alcanzar un cambio. Para ello se ha propuesto recurrir a formas de relacionarse con las personas usuarias basadas en los principios de la entrevista motivacional (Organización Mundial de la Salud, 2010; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999) adoptando modelos como el *FRAMES*.

El modelo FRAMES en la intervención breve

Para mejorar la efectividad de la intervención breve basada en la entrevista motivacional, es conveniente incorporar los cinco componentes del modelo FRAMES (Organización Mundial de la Salud, 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017; SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, 2018):

1. Proporcionar una retroalimentación (Feedback) acerca del riesgo personal que acarrea el consumo de sustancias,
2. Poner de manifiesto la idea de que la responsabilidad (Responsibility) para llevar a cabo un cambio recae únicamente en la persona afectada,
3. Proporcionar un consejo profesional (Advice) acerca de las alternativas para reducir los riesgos asociados al consumo,
4. Ofrecer un menú de opciones de cambio (Menu of strategies) que incluya un abanico de alternativas de auto ayuda o tratamientos existentes de acuerdo a sus necesidades,
5. Mantener un estilo de relación terapéutica basado en la empatía (Empathy) y,
6. Favorecer un aumento de la autoeficacia (Self-efficacy) que ayude a la persona a confiar en su propia capacidad para alcanzar los objetivos de cambio propuestos.

Existen estudios de evaluación de la intervención breve, especialmente en relación con el consumo de sustancias de uso muy extendido como el tabaco o el alcohol que ponen de manifiesto su eficiencia y efectividad. Así, trabajos de meta análisis muestran que la intervención breve en relación con el uso de alcohol en atención primaria es efectiva para reducir el uso de riesgo y perjudicial (Moyer y Finney, 2015). Hay menos estudios que hayan evaluado la efectividad de las intervenciones breves específicamente en mujeres, y algunas revisiones disponibles ponen de manifiesto una evidencia limitada, particularmente en el caso de mujeres embarazadas (Moyer y Finney, 2015).

También se dispone de programas de tratamiento más intensivo, dirigidos a eliminar o reducir el consumo problemático de drogas, minimizar sus consecuencias negativas, evitar las recaídas y mejorar el funcionamiento social de las personas atendidas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017). Estas modalidades de tratamiento pueden desarrollarse en régimen ambulatorio, e incluyen componentes psicosociales —que se dirigen a la modificación de factores motivacionales, conductuales, psicológicos, sociales y ambientales— intervenciones farmacológicas y apoyo social (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017: 34-43). La duración del tratamiento en estas modalidades va 90 de días en adelante (McCarty *et al.*, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2007; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017).

Finalmente, se han desarrollado también diferentes modelos de tratamiento residencial, de duración muy variable. En general, los programas residenciales cuentan con la ventaja de poder ofrecer apoyo psicológico y psicosocial mientras las personas que están siendo tratadas se encuentran alejadas del ambiente y los factores que favorecen y mantienen su consumo. Las modalidades más prolongadas de tratamiento residencial (3 meses en adelante) se plantean múltiples objetivos entre los que se incluyen i) reducir el riesgo de una recaída; ii) desarrollar habilidades para afrontar el deseo de consumir otros factores de riesgo para la recaída; y iii) adquirir un estilo de vida saludable (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017).

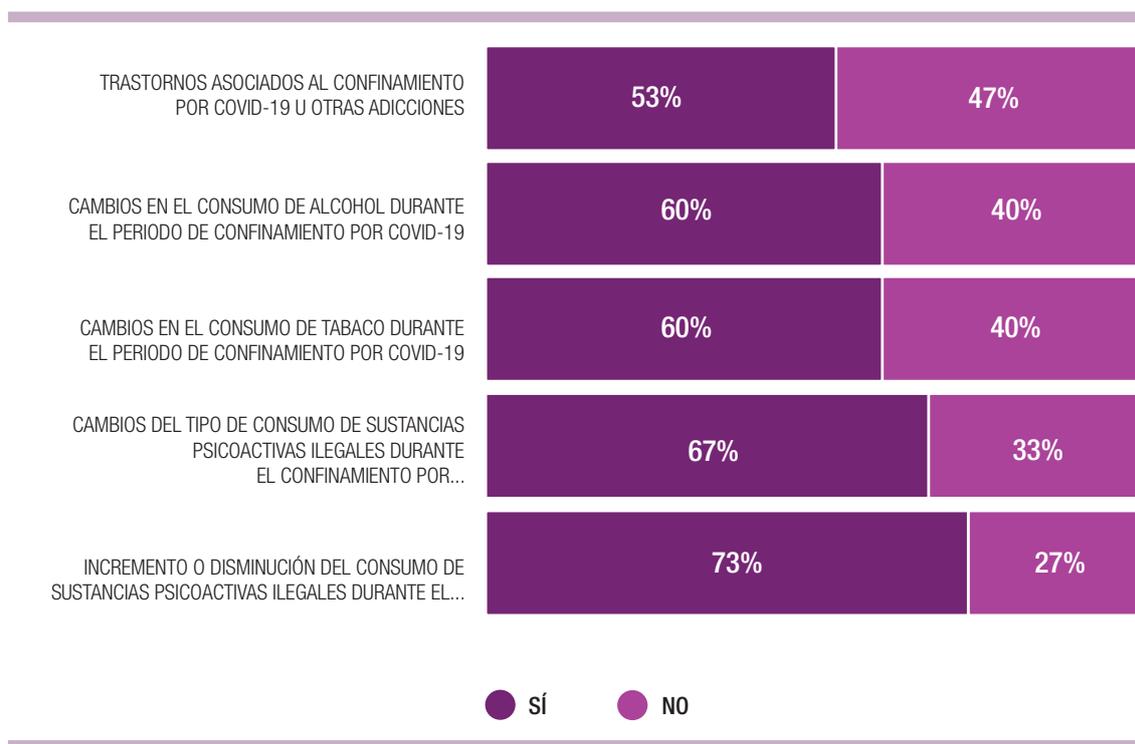
En todos los casos, es importante asegurar que los programas de tratamiento disponibles sean de buena calidad y adaptados a las especificidades y necesidades de las mujeres dependientes de las drogas, y que la participación en esos programas sea siempre voluntaria (IDPC, 2014a).

El impacto social de la pandemia ha causado una mayor desigualdad, pobreza y afecciones de salud mental, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables y ha reforzado factores que podrían empujar a más personas al consumo de drogas. Además, la pandemia COVID-19 ha generado muchos cambios en el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco, además de otras sustancias psicoactivas. El confinamiento ha afectado los comportamientos de los consumidores. Los tratamientos deben tomar en cuenta los efectos que ha generado la pandemia y adaptar los modelos de tratamiento en función al cambio en la relación del consumo de sustancias.

De acuerdo al cuestionario enviado a los países de la CELAC en 2022, en algunos casos ha habido cambios significativos en los comportamientos de consumo, de acuerdo al siguiente detalle:

Gráfico 27

Cambios de comportamiento en el consumo de drogas en la pandemia COVID-19



Fuente: COPOLAD, 2022. Elaboración propia

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

Aunque los patrones de uso de algunas sustancias entre hombres y mujeres pueden estar aproximándose en diferentes países (Cabanillas-Rojas, 2020), el inicio y el mantenimiento del uso y el uso problemático de drogas, y el acceso al tratamiento muestra diferencias en el caso de las adolescentes y las mujeres, respecto a la población masculina perteneciente al mismo grupo socio-económico. Así, es más frecuente que el uso de drogas se inicie en presencia de una pareja íntima masculina, mientras que los hombres y los adolescentes inician con mayor frecuencia el uso de drogas en presencia de un igual. El inicio del uso de drogas suele producirse a una edad superior entre las mujeres, su mantenimiento se atribuye a factores distintos y el acceso al primer tratamiento acostumbra a ser anterior que en el caso de los hombres. La comorbilidad psiquiátrica es también superior entre las mujeres que consumen drogas, pero los resultados del tratamiento no suelen ser distintos a los que se alcanzan en el caso de los hombres. Lamentablemente, no se realizan suficientes estudios sobre los daños relacionados con las drogas que afectan a las mujeres, y los recursos que se destinan a prevenirlos son también claramente insuficientes. Lamentablemente, no se realizan suficientes estudios sobre los daños relacionados con las drogas que afectan a las mujeres, y los recursos que se destinan a prevenirlos son también claramente insuficientes (UNODC, 2016).

Parece que las mujeres responden mejor a tratamientos centrados específicamente en atender las necesidades de las mujeres, como los programas de tratamiento dirigidos exclusivamente a mujeres. Por ejemplo, aquellas intervenciones que tienen en cuenta las barreras en el acceso al tratamiento que experimentan las mujeres como consecuencia de necesidades como las que se derivan de su frecuente papel como cuidadoras. El tratamiento, para ser eficaz debe cubrir también otras necesidades frecuentes, como la atención dirigida a mujeres que han padecido o padecen traumas. Además, las mujeres en tratamiento pueden necesitar intervenciones específicas en el ámbito de la planificación familiar, el cuidado maternal y la definición y desarrollo de unas relaciones saludables que contribuyan a evitar el riesgo de que las mujeres sean víctimas de cualquier forma de abuso emocional, físico o sexual. Cuando los programas de tratamiento se dirigen conjuntamente a hombres y mujeres, es muy importante prevenir riesgos para las mujeres, que pueden ser víctimas de diferentes formas de acoso, experimentar problemas que les impidan expresarse abiertamente o no sentirse seguras física o emocionalmente.

Existen comunidades terapéuticas mixtas y exclusivas para mujeres que incorporan un enfoque de género en sus programas y estrategias. Por ejemplo, para los casos de madres con hijos, se proveen servicios a la infancia (guarderías o centros de desarrollo para menores de edad) y se incluyen intervenciones con miras a reforzar su relación, a través del desarrollo de habilidades para resolver conflictos en general y abordar los problemas de comportamiento que aparecen durante la niñez y la adolescencia, el mejoramiento de la comunicación y la expresión emocional, entre otros. Para casos de mujeres que han sufrido algún tipo de abuso, se recurre a terapias de entrenamiento en habilidades de comportamiento para enfrentar el trauma y el trastorno de estrés postraumático (National Institute on Drug Abuse, 2015).

Como consecuencia de las desigualdades de género que les afectan, muchas mujeres necesitan atención de los servicios sociales para atender diversas necesidades, y el trabajo social puede contribuir de forma importante a reducir las desigualdades de género empoderando a las mujeres al facilitar su acceso a la educación, el trabajo digno o los servicios públicos (Kiboro et al, 2014). Los servicios sociales juegan también un papel destacado en la atención a las mujeres que, o bien presentan un consumo problemático de drogas, o bien se relacionan con otras personas consumidoras de drogas en el seno de la familia o de la pareja. Muchas mujeres con un consumo problemático de drogas entran en contacto con los servicios sociales para acceder a ayudas que les permitan atender necesidades con relación al empleo, la vivienda, el acceso a la alimentación o suministros básicos del hogar, y también como resultado de problemas derivados de la atención a sus hijos de la exposición a la violencia en el ámbito de la familia o la pareja. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que, si los servicios de atención a las necesidades sociales de las mujeres con un consumo problemático de drogas se prestan de forma coordinada con el tratamiento del uso de drogas, los resultados del tratamiento mejoran significativamente. (Andrews et al, 2011). Los servicios sociales pueden también corregir las barreras en el acceso al tratamiento del uso problemático de drogas por parte de las mujeres que se derivan de un menor acceso al transporte, su implicación en el cuidado de los niños y otros familiares, y otras dificultades relacionadas con el nivel educativo o la

coexistencia de trastornos mentales, así como la estigmatización de que son objeto las mujeres que usan drogas o padecen trastornos mentales (Marsh, d'Aunno y Smith, 2000).

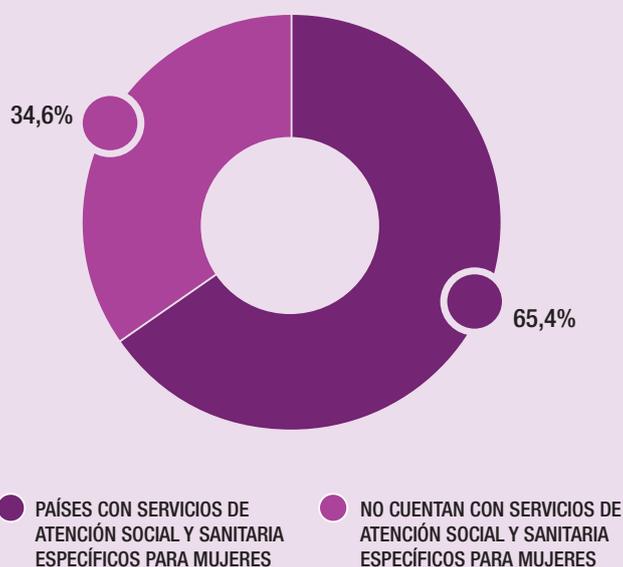
ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIO

Algunos datos de la atención y el tratamiento del uso problemático de sustancias psicoactivas dirigidos a las mujeres:

Un 65,4% de los 26 países que participaron en el estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas contaba con servicios específicos para mujeres en los centros de atención y tratamiento del uso problemático de sustancias psicoactivas. El mayor número de centros que incorporaban servicios específicos para mujeres se registró en México (101 centros), seguido de Argentina (35 centros), Costa Rica (18 centros), Perú (12 centros) y la República Dominicana (6 centros). Barbados, Guatemala, Honduras y Uruguay contaban con 3 centros con servicios para mujeres, Brasil y Nicaragua con 2, y Chile, Paraguay, Portugal, Surinam y Trinidad y Tobago con un único centro. (Gráfico 28)

Gráfico 28

Prevención en el ámbito de los servicios de atención social y sanitaria en América Latina y el Caribe



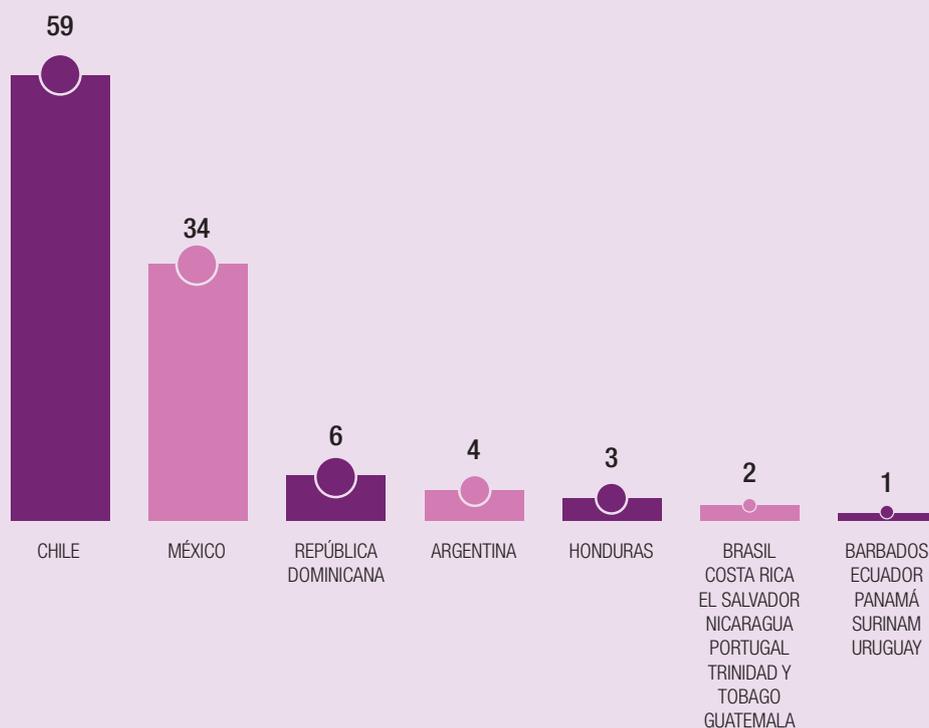
Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

Los servicios dirigidos a mujeres con una mayor implantación fueron los que proporcionaban atención médica para las mujeres, los que disponían de áreas específicas, los que

proporcionaban atención psicológica y los que incluían un horario específico para la atención a las mujeres. Otros servicios dirigidos a las mujeres, como la asistencia legal a las víctimas de violencia, el diagnóstico dual y los servicios de cuidados para los niños mostraron una menor implantación.

Gráfico 29

Centros de atención y tratamiento dirigido a mujeres en América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

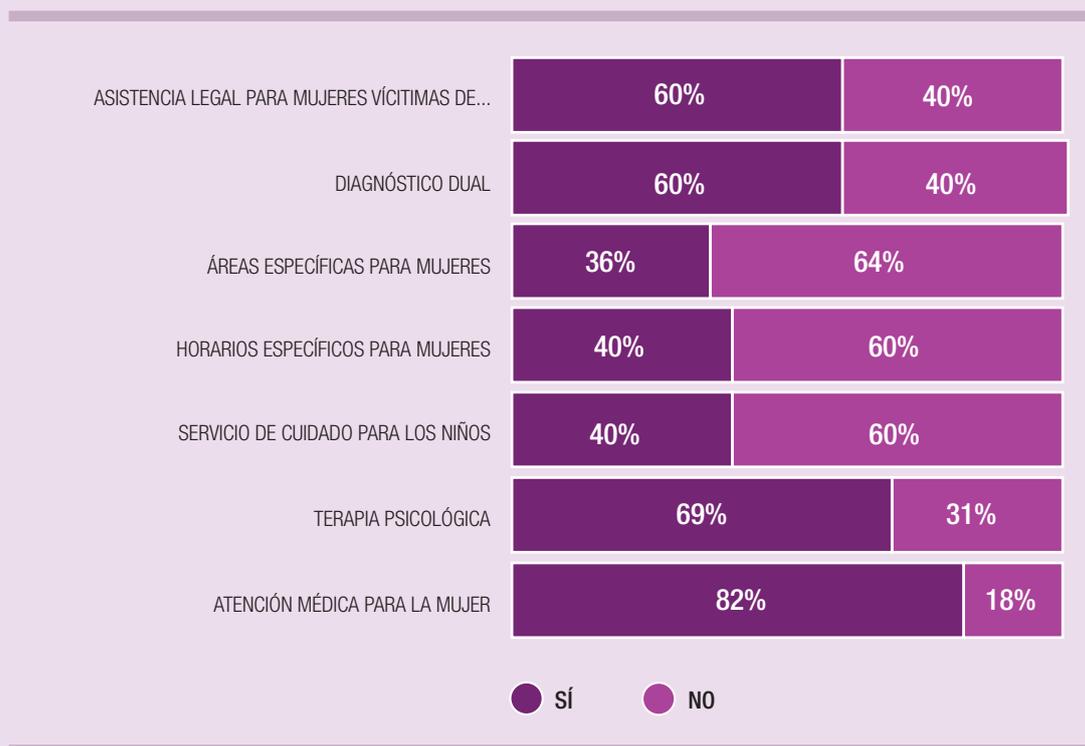
El 69,2% de los países declaró también disponer de centros de atención y tratamiento dirigidos exclusivamente a mujeres. El mayor número de centros dirigidos exclusivamente a mujeres se observó en Chile (59 centros) seguido de México (34), República Dominicana (6), Argentina (4) y Honduras (3). Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Portugal y Trinidad y Tobago contaban con 2 centros dirigidos a mujeres, y Barbados, Ecuador, Panamá, Surinam y Uruguay con un único centro de estas características. (Gráfico 29) Sin embargo, se evidencia poca información sobre la calidad de los programas de tratamiento disponibles para mujeres con dependencia de las drogas.

Durante la pandemia los países de la CELAC han contado con ciertos servicios específicos para mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas en los centros de

atención y tratamiento: 11 países con terapia psicológica, 9 con atención médica para la mujer, nueve (9) con diagnóstico dual y nueve (9) con asistencia legal para mujeres víctimas de violencia. A continuación, se presentan los resultados del cuestionario enviado a los países de la CELAC en 2022.

Gráfico 30

Países que cuentan servicios específicos para mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas en los centros de atención y tratamiento en tiempos de pandemia



Fuente: COPOLAD, 2022. Elaboración propia

4.2.7. Intervenciones desde el ámbito de la integración social

Las intervenciones en el ámbito de la integración social en el ámbito del uso problemático de drogas son aquellas que van encaminadas a la incorporación en la comunidad de las personas que son —o han sido— usuarias de drogas. Generalmente, las actividades en el ámbito de la integración social se orientan a mejorar el acceso y las condiciones de la vivienda, la educación y el empleo, aunque pueden incluir también aspectos relacionados con el tratamiento y el uso del tiempo libre (Sumnall *et al.*, 2012).

El consumo de drogas es un factor probable de exclusión social. Como lo señala el estudio de EMCDDA sobre integración social, las personas usuarias de drogas a menudo han vivido en un contexto de exclusión social, que puede actuar como factor de riesgo para el uso de drogas. A su vez, el uso

de sustancias afecta muchas áreas de la vida de las personas, incluyendo la familia y las relaciones personales, el acceso a la vivienda, la educación y el. Sin embargo, lo anterior no significa que todas las personas usuarias de drogas sean socialmente excluidas, ni viceversa (Sumnall *et al.*, 2012).

Hay dos aspectos que caracterizan la exclusión social que puede afectar a las personas que consumen drogas:

- ▶ La exclusión social describe la incapacidad de un individuo o de un grupo de participar plenamente en la sociedad dominante económica, política, social y/o culturalmente.
- ▶ La exclusión social es un proceso en el cual la sociedad desempeña un papel activo; es producida por la discriminación en contra de las personas o grupos, negándoles el acceso a recursos relevantes con base en ciertas características (Sumnall *et al.*, 2012).

El tratamiento al uso problemático y dependencia de sustancias debe desarrollarse paralelamente a los programas de inclusión social con el fin de abordar la exclusión social de las personas atendidas. Desde esa perspectiva, la reintegración social debe verse como un componente del tratamiento, y no un conjunto de servicios que se ofrecen después de que el tratamiento ha sido concluido. De igual modo, el abandono del uso problemático de drogas no debe ser considerado una condición para tener acceso al apoyo de programas orientados a la inclusión social. Finalmente, la criminalización del uso de drogas y el encarcelamiento son un factor mayor de exclusión social.

Abordajes clave para la integración social de las personas que consumen drogas:

- **Sincronización:** tradicionalmente, la integración social ha sido vista como una fase posterior al tratamiento, una vez que la persona ha dejado el uso de drogas. No obstante, como ya se apuntó, se considera que la integración social y el tratamiento deben darse al mismo tiempo.
- **Objetivo:** mientras que el tratamiento busca, generalmente, reducir o eliminar el uso de drogas, la integración social tiene muchos propósitos: puede apoyar la fase inicial del tratamiento, prevenir las recaídas posteriores, facilitar la recuperación sin un tratamiento formal o prevenir y revertir las consecuencias negativas del uso de drogas. Asimismo, la integración social busca mejoras en aspectos no relacionados exclusivamente con el uso de drogas.
- **Población objetivo:** la integración social puede estar dirigida a personas usuarias o ex usuarias, así como a otras personas y grupos en general.
- **Contenido de las intervenciones:** a diferencia del tratamiento, en la integración social no requiere necesariamente de la intervención psicosocial o médica.
- **Servicios:** los servicios pueden ser prestados por distintos actores: desde servicios de tratamiento, centros de trabajo y políticas nacionales, entre otros.

Pese a estas dificultades, existen una serie de principios orientadores y de criterios que ayudan a enmarcar los alcances, las bases y los objetivos de las intervenciones de reintegración social elaborados en el marco de COPOLAD.

Principios orientadores de los programas de integración social para personas usuarias de drogas: (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014).

- ▶ Puesto que los procesos de exclusión tienen una naturaleza multicausal y multidimensional, los programas de inclusión social deben incluir estrategias de intervención amplias, que incidan simultáneamente y de forma complementaria en distintos niveles:
 - Individual: Con el objetivo de mejorar las aptitudes y actitudes de estas personas de cara a su integración social.
 - Microsocial: Con la finalidad de crear, en el entorno social próximo de los beneficiarios de los programas, condiciones favorecedoras de los procesos de inclusión social.
 - Macrosocial: A fin de modificar las percepciones sociales dominantes acerca de las drogodependencias y las personas con problemas de exclusión, de involucrar a la comunidad en la formulación de programas y actuaciones para su abordaje y de modificar las estructuras sociales generadoras de discriminación y exclusión social. En los procesos de inclusión social, la comunidad no es un elemento pasivo, neutro; de cuáles sean las actitudes sociales dominantes frente a estos fenómenos dependerá, en gran medida, el éxito o fracaso de los programas de inclusión social.

- ▶ Los programas de inclusión social deben contextualizarse, adecuarse a las características de la realidad social y orientarse hacia la reducción de las desigualdades de género.
- ▶ La multicausalidad de la exclusión sólo puede ser abordada desde una concepción multidimensional de las metas de inclusión, no exclusivamente centrada en la inserción laboral (por más que ésta se considere el mecanismo básico de inclusión social y protección frente a la pobreza). La inclusión social exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida personal, relacional, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, jurídico-penal, etc. y que promueva la igualdad de género como principio fundamental.
- ▶ Para una efectiva integración social, resulta fundamental la reconstrucción de un ámbito de relaciones sociales normalizadas, lo cual va más allá de la superación de la adicción y del acceso al mercado de trabajo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2011).
- ▶ La inclusión social es un proceso, de aproximaciones graduales y sucesivas, aunque no siempre lineales. Un proceso en el cual las mujeres drogodependientes pasan por diferentes etapas. Las fases por las que pase cada sujeto, la rapidez con la que progrese en su recorrido, los objetivos a conseguir en cada una de las fases y los posibles “retrocesos” en el proceso dependerán de las características de la persona y de su contexto micro y macrosocial, así como del conjunto

de recursos que participen y apoyen su proceso de inclusión social, además de orientarse a la reducción del estigma y la discriminación de las mujeres que usan drogas.

- ▶ Sean cuales sean los contenidos del recorrido que las mujeres drogodependientes sigan para avanzar en su inclusión social, y las características del mismo, deben cumplir dos condiciones para que pueda completarse con éxito:
 - En todas las fases (desde la de consumo activo y/o exclusión a la de la integración satisfactoria) deben existir profesionales y recursos que acojan, orienten y realicen un seguimiento de la persona (no existe intervención socializadora sin agentes de referencia capaces de estimular la construcción del tránsito hacia la sociedad).
 - La persona inmersa en un proceso de integración social debe encontrar en su comunidad de referencia recursos adaptados a sus necesidades y a los diferentes momentos por los que va pasando en su evolución. Estos recursos deben estar, además, coordinados entre sí (“redes articuladas de ocasiones para cambiar”).
- ▶ Los procesos de rehabilitación y de inclusión social se refuerzan mutuamente. La inclusión social no es una etapa posterior a la rehabilitación, sino que comienza y se desarrolla en paralelo a la rehabilitación (la inclusión social es un proceso transversal que recorre el tratamiento y se mantiene una vez concluido el mismo).
- ▶ La posibilidad de acceder a programas de inclusión social debe ser ofrecida a todas las mujeres con uso problemático o dependientes que se encuentren en tratamiento y que presenten carencias relevantes relacionadas con la integración social.
- ▶ Las mujeres que tienen un uso problemático de drogas, deben asumir un papel activo en el proceso de inclusión social, ser los protagonistas del cambio de sus trayectorias vitales. Para ello, es necesario que la mujer participe, junto con los profesionales encargados de apoyar el proceso, tanto en el diagnóstico de su situación, como en el diseño de un plan de trabajo para modificar la misma y en la evaluación de los progresos registrados.
- ▶ En general, la inclusión social de las mujeres drogodependientes requiere una intervención inicial orientada a consolidar su abstinencia y/o al control del consumo y a integrar ciertos aprendizajes básicos que les permitan acceder a la oferta de recursos existentes en la comunidad. No obstante, la falta de consolidación de la abstinencia entre personas drogodependientes no debería ser motivo para impedir su acceso a los servicios de apoyo a la inclusión social existentes (servicios de formación para el empleo, servicios de alojamiento, etc.). Este principio supone un reconocimiento del hecho de que en muchas ocasiones, la dependencia a las drogas es el resultado de vulnerabilidades sociales y exclusión y que la prioridad para la mujer no es tanto eliminar el uso de drogas o la drogodependencia como resolver otros problemas relacionados con falta de empleo, la necesidad de una vivienda digna, el acceso a la salud, o de apoyo para salud mental, trauma o violencia.
- ▶ Los procesos de inclusión social deben operativizarse, incluyendo objetivos concretos y evaluables, estrategias y actividades capaces de asegurar el logro de esos objetivos e indicadores que permitan evaluar sus resultados.

- ▶ No todas las mujeres que presentan dependencia a las drogas tienen problemas de exclusión. De hecho, existe un abanico de posibilidades que van, desde personas que no precisan intervenciones específicas en este campo, a otras con graves dificultades y que necesitan de un amplio y continuo apoyo.
- ▶ La inclusión social es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada mujer drogodependiente, con el fin de establecer estrategias diferenciales para cada caso. La individualización de las intervenciones se refiere tanto a la adecuación de los servicios prestados a las necesidades específicas de las mujeres y a la fase del proceso de inclusión social en la que se encuentran, como a su participación en la definición de los objetivos y los contenidos de las intervenciones, que deben establecerse y negociarse con cada sujeto, con base a sus carencias, recursos y expectativas de cambio.
- ▶ La incorporación es un proceso plural, flexible no lineal, no pudiendo estructurarse en fases estandarizadas por las que deban transitar todas las personas con problemas de dependencia de drogas. Debe ser una meta lo suficientemente flexible como para que tengan cabida todas las mujeres que quieran cambiar.
- ▶ Es un proceso plural que se concretará y resolverá de forma diferente según las necesidades y potencialidades de cada mujer y de los recursos disponibles (no existen recetas únicas para un colectivo heterogéneo).
- ▶ Las actividades integradoras se sustentarán preferentemente en la utilización de recursos de carácter generalista, debiendo evitarse, siempre que sea posible, la organización de actividades específicas para mujeres drogodependientes (las intervenciones no han de ser segregadoras, debiendo operar en un marco no exclusivo para personas drogodependientes).
- ▶ Los programas de inclusión social deben promover actuaciones destinadas a la satisfacción de las necesidades básicas de su población destinataria, mientras que de forma paralela inciden sobre los factores generadores de situaciones de exclusión social.

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

COPOLAD señala que existe cierta indefinición conceptual y práctica en torno al término inclusión social, y que no se dispone de suficientes evidencias sobre el impacto de este tipo de programas debido a varios factores:

- ▶ La ausencia de indicadores de evaluación estandarizados que faciliten la comparabilidad de los diferentes programas.
- ▶ La inexistencia de programas de referencia, suficientemente evaluados, que pudieran ser aplicados en distintos contextos.
- ▶ La enorme diversidad de criterios y orientaciones político/institucionales con que se aborda la exclusión social de las personas drogodependientes.
- ▶ La convergencia de otros problemas en materia de exclusión, además de la drogodependencia, que hace que el repertorio de programas desarrollados sea amplio y heterogéneo.

La propia naturaleza descentralizada y cooperativa de muchos programas, con multitud de actores participantes en su diseño, ejecución y evaluación (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014). El estudio de EMCDDA llega a la misma conclusión: es difícil definir qué funciona en materia de reintegración social y aislar los programas y la evidencia existente a intervenciones dirigidas únicamente a usuarias y usuarios problemáticos de drogas. La reintegración social es, por su naturaleza, multidimensional e insertada en un contexto más amplio de políticas sociales. Aun así, en el portal de buenas prácticas de EMCDDA se identifican algunos programas de integración social. De éstos, solamente dos se dirigen a mujeres. El primero se refiere a un programa para mujeres embarazadas para promover una asistencia confiable y un mejor desempeño, basado en pruebas previas de orina y orientado a la abstinencia. La intervención tiene eficacia desconocida. El otro programa consiste de rehabilitación residencial para mujeres embarazadas para mejorar la puntuación en el ASI (*Addiction Severity Index*). Tampoco se conoce la efectividad de esta medida.

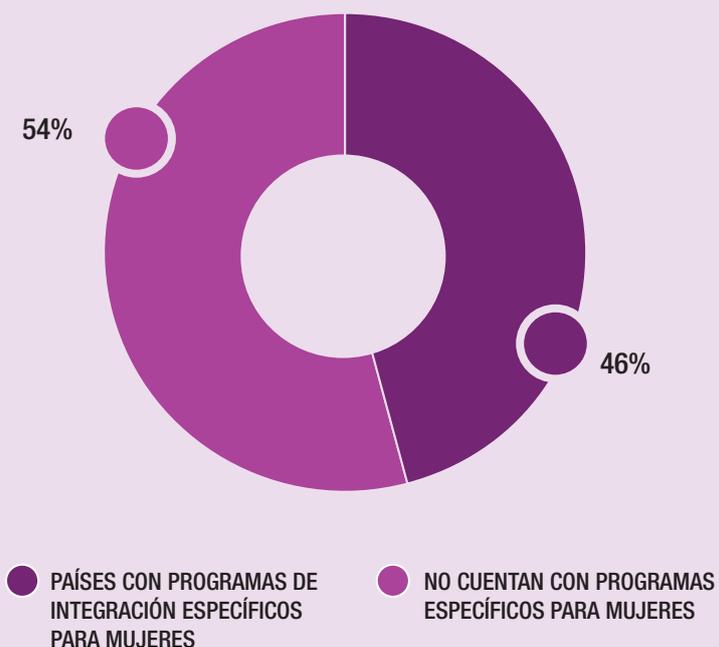
Los programas de rehabilitación vocacional tratan de romper las barreras a las que han de hacer frente las personas con un uso problemático de drogas para acceder a un empleo, mantenerlo o recuperarlo. Se piensa que estas intervenciones pueden ser más efectivas cuando se desarrollan tempranamente, ya que la falta prolongada de empleo vuelve más difícil la rehabilitación vocacional, pero no hay pruebas concluyentes sobre la efectividad de este tipo de programas, aunque hay evidencias de calidad moderada de que intervenciones multidisciplinarias que involucran componentes físicos, psicológicos y vocacionales conllevan mayores tasas de re-empleo (Sumnall *et al.*, 2012).

ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Algunos datos de intervenciones enfocadas a la integración social dirigida a las mujeres que consumen drogas.

Gráfico 31

Prevención en el ámbito de la integración social en América Latina y el Caribe

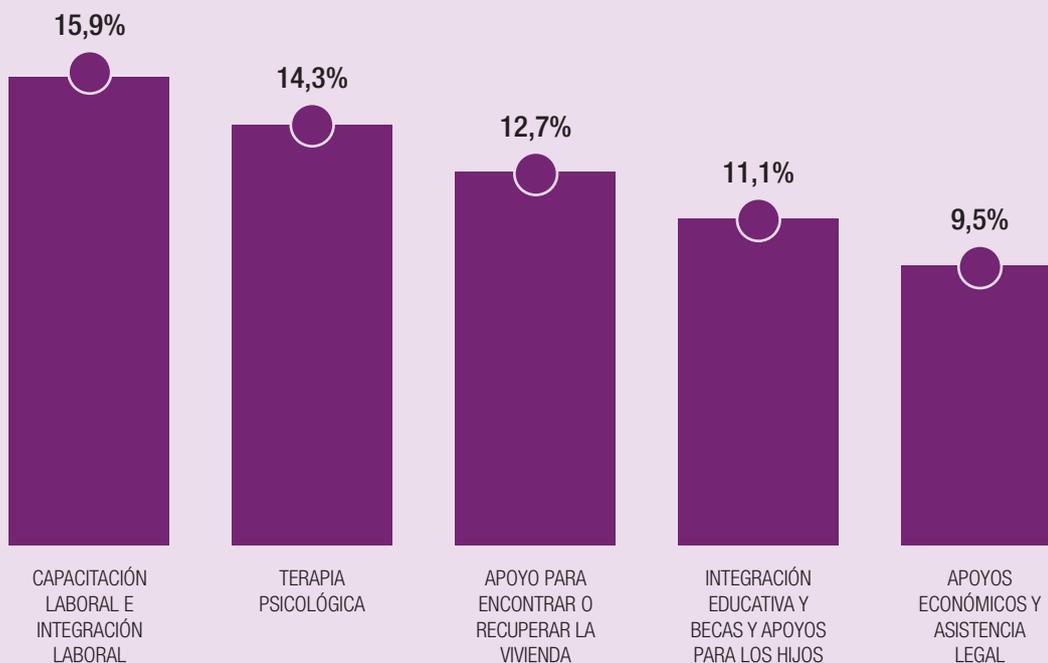


Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

El 46,2% de los 26 países que participaron en el estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas manifestó contar con programas de integración para mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas. (Gráfico 31)

Gráfico 32

Tipo de servicios proporcionados a mujeres en América Latina y el Caribe



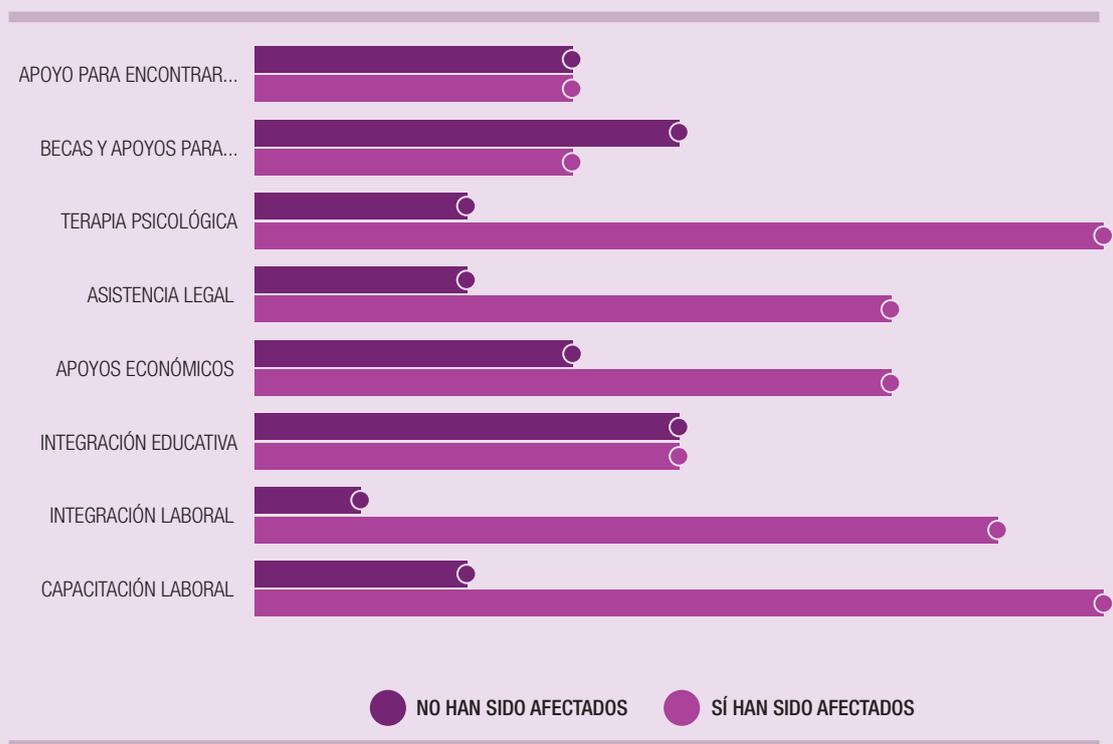
Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

De los servicios que se incluyeron en el cuestionario del estudio prevalecen, en orden decreciente, los de capacitación laboral e integración laboral (ambos con un 15,9%). terapia psicológica (14,3%); apoyo para encontrar o recuperar la vivienda (12,7%); integración educativa y becas y apoyos para los hijos (ambos con un 11,1%); y apoyos económicos y asistencia legal (ambos con un 9,5%) (Gráfico 32). Los gobiernos proporcionan la mayoría de los servicios, seguidos por sociedad civil e iniciativa privada.

En el marco de los efectos de la pandemia muchos de los servicios brindados por los países han sido afectados. A continuación se presentan los resultados del cuestionario, presentado a los países en el año 2022.

Gráfico 33

Tipo de servicios proporcionados a mujeres en América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2022. Elaboración propia

Los resultados establecen que los servicios más afectados en la pandemia han sido la capacitación laboral, la terapia psicológica y la integración laboral.

4.2.8. Intervenciones en el ámbito judicial y penitenciario

La finalidad más importante de las intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito penal y penitenciario es la rehabilitación y la integración de las personas que han cometido un delito. Entre las acciones que se deben desarrollar en el ámbito penal y penitenciario destacan aquellas que van encaminadas a prevenir el inicio y la progresión del uso de drogas y facilitar la asistencia de las personas consumidoras de drogas para facilitar su rehabilitación y prevenir las recaídas, así como para reducir los riesgos asociados al uso de drogas.

Las intervenciones que se llevan a cabo desde el ámbito penal y penitenciario en relación al uso de drogas deberían respetar dos principios básicos:

- ▶ La equivalencia de la atención recibida en comparación con aquella a la que se tendría acceso en la comunidad.

- ▮ La continuidad de las intervenciones desarrolladas dentro y fuera de la prisión tanto cuando se produce un ingreso en un centro penitenciario como cuando una persona es puesta en libertad tras una medida judicial.

Los centros penitenciarios son entornos complejos en relación al uso de drogas, ya que muchas de las personas que están privadas de libertad han consumido drogas o presentan un consumo problemático ya antes de ser encarceladas por la comisión de un delito, que a menudo está relacionado con las drogas. Por otra parte, la presencia en un mismo entorno de numerosas personas usuarias de drogas hace difícil impedir su disponibilidad y, por ello, puede contribuir a que el uso de sustancias se inicie o se agrave durante el internamiento.

Además del consumo elevado de drogas, las personas internas en centros penitenciarios tienen prevalencias más elevadas de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el VIH y la hepatitis C, así como de trastornos mentales, y una mayor incidencia de autolesiones y conductas suicidas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012). Entre las personas que consumen opioides, hay un riesgo especialmente elevado de sobredosis después de salir de la prisión (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

De acuerdo con la OMS (Enggist et al, 2014), Europa y Asia central muestran unas tasas de prevalencia de VIH más elevadas entre las personas ingresadas en prisiones que entre la población en libertad. Ello se debe a: i) la inyección de drogas en ausencia de jeringuillas estériles, ii) la práctica de compartir material de inyección e instrumentos de higiene personal (como maquinillas de afeitarse y cepillos de dientes), iii) la práctica de tatuajes, piercing y escarificaciones, iv) las relaciones sexuales sin protección (tanto voluntarias como derivadas de la explotación y la violencia sexual) y, v) en ocasiones, la falta de acceso a una atención sanitaria adecuada. Del mismo modo, y como resultado de la sobreocupación y otros factores, se han registrado brotes de tuberculosis en prisiones caracterizados por una elevada resistencia a los fármacos y una gran comorbilidad con el VIH.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que alrededor de un 10-15% de la población reclusa padece trastornos mentales como la esquizofrenia, los trastornos bipolares o los trastornos del espectro autista entre otros (Enggist et al, 2014).

Como en las prisiones hay una alta prevalencia del uso problemático de drogas, la mayor parte de las intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito penitenciario se dirigen al tratamiento y rehabilitación, y no tanto a la prevención. Así, la mayor parte de las referencias al ámbito penitenciario que se pueden encontrar en la página de evidencia científica de EMCDDA se refieren básicamente, a servicios de tratamiento y de prevención terciaria, y a programas de reducción de daños. De igual modo, los estudios de COPOLAD (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, 2014) y de la ONUDD (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018) no señalan experiencias de prevención en el entorno penitenciario.

Las modalidades de tratamiento en un contexto penitenciario no son esencialmente distintas a las que se ofrecen en la comunidad (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017), aunque lógicamente deben adaptarse a la situación particular de privación de la libertad. Los tratamientos por consumo de sustancias no solo benefician individualmente a las personas usuarias de drogas privadas de libertad, sino también al conjunto de la población penitenciaria (Institute for Social Research University of New Mexico, 2011). Las intervenciones de tratamiento deben ser voluntarias y se han de desarrollar contando con el consentimiento informado de las personas beneficiarias (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud, 2017).

La implantación de programas de tratamiento de distinta intensidad en el ámbito penitenciario varía considerablemente entre países y, en ocasiones, de unos centros penitenciarios a otros en un mismo país. En muchas prisiones, la única modalidad de tratamiento disponible puede ser un programa de desintoxicación destinado a prevenir o tratar la sintomatología de abstinencia, pero se han implantado otras modalidades de tratamiento que se asemejan a las que están disponibles en la comunidad.

Algunas prisiones desarrollan programas orientados a reducir el riesgo de infecciones asociadas a la inyección de drogas, como la vacunación frente a la hepatitis, pero sólo unos pocos países han implementado programas de dispensación o intercambio de jeringuillas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

Modalidades de tratamiento en prisiones

El EMCDDA (2012) ha descrito 3 modalidades de tratamiento del uso problemático de drogas que se utilizan en centros penitenciarios de diferentes países europeos.

- **Tratamiento de baja intensidad.** Incluye tanto las intervenciones basadas en el consejo como el tratamiento de corta duración realizado de forma ambulatoria. El tratamiento de baja intensidad puede incorporar diferentes componentes, como consejo psicológico, intervención en crisis, evaluación de necesidades, programas motivacionales y otras estrategias de corta duración encaminadas a la reducción del uso de drogas, la prevención de recaídas o la reducción de daños. A menudo se incluyen actividades educativas desarrolladas en formato grupal y acompañadas de tratamiento individual.
- **Tratamiento libre de drogas de intensidad media o alta,** en el que se lleva a cabo un programa de tratamiento residencial en un módulo separado que se asemeja a una comunidad terapéutica dentro de la prisión. Los tratamientos de este grupo se han venido desarrollando en distintos países durante mucho tiempo, y en ellos se incluye atención individual y grupal facilitada por profesionales que pueden contar con el apoyo de otras personas internas en el centro. La intervención puede basarse en diferentes enfoques, entre los que se puede encontrar tanto la terapia cognitiva conductual,

orientada al desarrollo de habilidades sociales que ayuden a mantenerse libre de drogas, como el modelo de los 12 pasos y otros enfoques.

- **Tratamiento de sustitución a medio y largo plazo, basado en el mantenimiento con metadona y otros opioides como la buprenorfina.** La incorporación de esta modalidad de tratamiento en centros penitenciarios se ha producido bastantes años después de que el tratamiento de sustitución se implantara en la comunidad, a pesar de que se ha demostrado su efectividad para mejorar el contacto con los servicios sanitarios, reducir el uso de opioides y las conductas de riesgo dentro de la prisión, y eventualmente reducir el riesgo de sobredosis al salir en libertad.

Enfoque de género: ¿Qué sabemos?

En Europa, las mujeres representan el 5% de la población reclusa y el número de internas en prisiones ha experimentado un incremento muy importante que se ha atribuido a su papel como correos para traficar con drogas, una actividad que a veces llevan a cabo de manera forzosa. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012). Mundialmente, las mujeres representan de un 2% a un 9% del total de personas reclusas en centros penitenciarios, en la mayoría de los casos por delitos no violentos contra la propiedad o relacionados con las drogas (World Health Organization, 2009).

Al menos el 75% de las mujeres internas en prisiones europeas tienen problemas relacionados con el alcohol y otras drogas (World Health Organization, 2009). Entre las mujeres reclusas, la proporción de quienes cumplen penas por delitos relacionados con las drogas es más elevada que en el caso de los hombres, y son más frecuentes los problemas de salud relacionados con el uso de drogas. La prevalencia de VIH y otras enfermedades infecciosas suele ser especialmente elevada entre las mujeres presas.

Muchas consumidoras de drogas encarceladas padecen trastornos mentales y otros problemas de salud como consecuencia de la violencia psicológica, física y sexual que han padecido previamente. (World Health Organization, 2009; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

Muchas mujeres encarceladas son madres de menores que frecuentemente están bajo su cuidado exclusivo. En muchos países, los bebés y los niños pequeños pueden vivir en la prisión con sus madres, generalmente hasta los 3 años de edad.

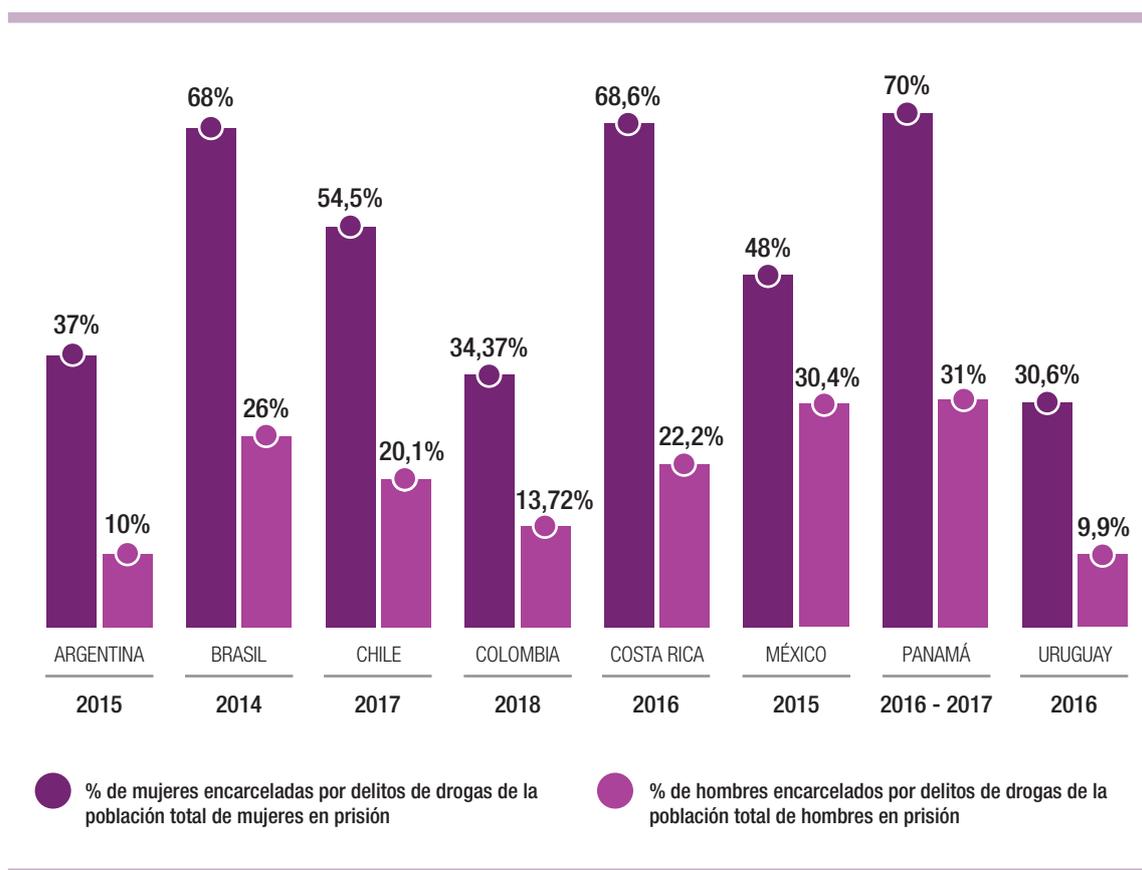
Las mujeres encarceladas tienen necesidades específicas por cuestiones relacionadas con la salud reproductiva como la menstruación, el embarazo o la menopausia, incluyendo el acceso a duchas, a productos de cuidado personal y a una alimentación adecuada.

Al igual que en otros contextos, el hecho de que las mujeres constituyan una minoría en relación al conjunto de la población penitenciaria contribuye a que sus necesidades sanitarias, sociales y psicológica no se tengan suficientemente en cuenta (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012).

En América Latina se ha observado que el número de mujeres encarceladas está creciendo a un ritmo mayor que el de hombres presos, y esa tendencia al crecimiento es aún mayor entre las mujeres condenadas por delitos relacionados con las drogas (**Tabla 11**). Mientras que la proporción de personas encarceladas por delitos relacionados con las drogas supone de un 8% a un 30% del conjunto de la población penitenciaria de América Latina, los delitos relacionados con las drogas son responsables de un 24% a un 80% de los encarcelamientos en el caso de las mujeres. Aunque en todo el mundo los delitos relacionados con las drogas son los responsables de un 12% de los encarcelamientos de mujeres, en algunos países de América Latina ese porcentaje puede ser de cinco a seis veces mayor (Chaparro, Pérez Correa y Youngers, 2017).

Gráfico 34

Proporción de hombres y mujeres encarcelados por delitos relacionados con drogas en América Latina



Fuente: Women deprived of liberty. IDPC 2018

La limitada información disponible en relación a las mujeres privadas de libertad en América Latina (IDPC, 2018) muestra que la mayor parte de ellas carecían de antecedentes legales y fueron encarceladas por usar drogas, poseer de drogas para uso personal, y otras actividades de bajo nivel y alto riesgo, como el tráfico y la venta de drogas a pequeña escala. A pesar de que la participación de las mujeres en delitos relacionados con las drogas se produce a muy baja escala, se exponen a penas de prisión desproporcionadamente altas, porque en muchos estados de América Latina no contemplan diferencias significativas en las penas por tráfico de drogas a pequeña o gran escala, ni toman en consideración el grado de participación de la persona acusada. Se ha señalado también que la duración media de las penas de prisión más severas por delitos de drogas en algunos países de América Latina pasó de 34 años de prisión en 1950 a 141 años en 2013. (IDPC, 2018)

Las mujeres encarceladas deben hacer frente a un agravamiento de su situación de vulnerabilidad económica y social, ya que muchas de ellas actúan como cuidadoras de personas dependientes (hijos e hijas, ascendientes y otros familiares dependientes), de manera que el encarcelamiento precipita la ruptura del vínculo familiar y promueve situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Una situación particularmente grave es el encarcelamiento de mujeres embarazadas o con hijos, ya que se ha observado que una gran proporción de las mujeres privadas de libertad con niños a su cargo en América Latina han sido detenidas por delitos no violentos entre los que destaca el tráfico de drogas. (Chaparro, Pérez Correa y Youngers, 2017)

La ONUDD en su publicación *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison* presenta servicios de tratamiento que se han ofrecido con éxito en el contexto penitenciario, aunque sin detenerse en los efectos en las mujeres (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, sin año).

Múltiples factores hacen particularmente compleja la situación de las mujeres encarceladas: fuente exclusiva de los ingresos en el hogar, víctimas de algún tipo de violencia (sexual, emocional, física), con empleos precarios, de bajos recursos, bajo nivel educativo o educación inconclusa, presas preventivas, primo-delinquentes o se encuentran en prisión por la comisión de delitos leves (Covington, 1998; Giacomello, 2013^a). Adicionalmente, dentro de la prisión se enfrentan a riesgos de abuso sexual, existencia de redes de trata, falta de servicios de atención para problemas de salud mental, espacios poco adecuados para convivir con sus hijos, y, en ocasiones, se encuentran recluidas en centros no exclusivos para mujeres, entre otros (Giacomello, 2013). Esta evidencia demuestra que resulta imperativo que los centros de reclusión cuenten con programas de tratamiento de drogas, grupos de apoyo y asesoramiento psicológico adaptados a las necesidades de las mujeres – en línea con las Reglas de Bangkok mencionadas arriba.

El National Institute of Corrections de los Estados Unidos en su publicación *Gender-Responsive Strategies: Research, Practice and Guiding Principles for Women Offenders* (Bloom et al., 2003: 75-82) propone seis principios a tener en consideración para la adopción de un enfoque de género en el desarrollo de la política de justicia penal: (1) reconocer que el género sí marca la diferencia; (2)

crear un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad; (3) desarrollar políticas, prácticas y programas que sean relacionales y promover conexiones saludables con niños, familias, personas significativas y la comunidad; (4) abordar los temas de uso problemático de sustancias, trauma y salud mental a través de servicios integrales, integrados y culturalmente relevantes y una supervisión adecuada; (5) proporcionar a las mujeres oportunidades para mejorar sus condiciones socioeconómicas; (6) Establecer un sistema de supervisión comunitaria y reingreso con servicios completos y colaborativos. Además, dos componentes claves para una perspectiva de género en las políticas sobre drogas son asegurar que las leyes de drogas promuevan factores mitigantes (como ser jefa de hogar, responsable de niños y niñas, sin empleo, con poca educación formal, en situación de coerción, etc.) en el momento de establecer la sentencia, e implantar alternativas al encarcelamiento para delitos de drogas no violentos, para reducir las vulnerabilidades socioeconómicas a las que se enfrentan las mujeres encarceladas por delitos de drogas, se necesitan también medidas de inclusión social después del encarcelamiento, incluyendo la eliminación de los antecedentes penales. Costa Rica y Uruguay han elaborado programas específicos que podrían ser considerados en otros países de la región. (Pieris, 2017; Youngers, 2017; WOLA, 2017)

Gobeil y cols. (2016) realizaron un meta-análisis sobre la efectividad del enfoque de género en los programas para reducir la reincidencia en el que examinaron los resultados de la reincidencia solo para mujeres adultas, con información de 37 estudios realizados entre los años 2000 y 2013, y llegaron a las siguientes conclusiones:

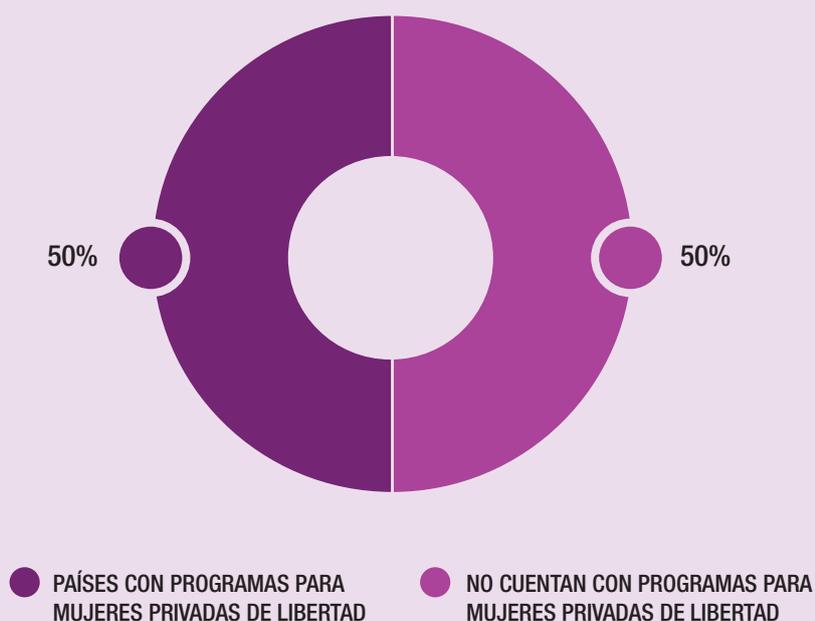
- ▶ Las intervenciones para las mujeres en el contexto penitenciario funcionan y son efectivas para reducir la tasa de reincidencia.
- ▶ Existe evidencia preliminar de estudios de alta calidad que muestran que los programas basados en el género son más efectivos que los enfoques neutrales al género.
- ▶ Las intervenciones centradas en el consumo de sustancias y las ofrecidas en entornos institucionales también son particularmente efectivas.
- ▶ Las intervenciones ofrecidas como un puente entre la institución y la comunidad se asociaron con mejores resultados que los ofrecidos solo en la comunidad.

ASPECTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Algunos datos sobre la intervención en prisiones dirigida a las mujeres:

Gráfico 35

Prevención en el ámbito judicial y penitenciario en América Latina y el Caribe



Fuente: COPOLAD, 2017. Elaboración propia

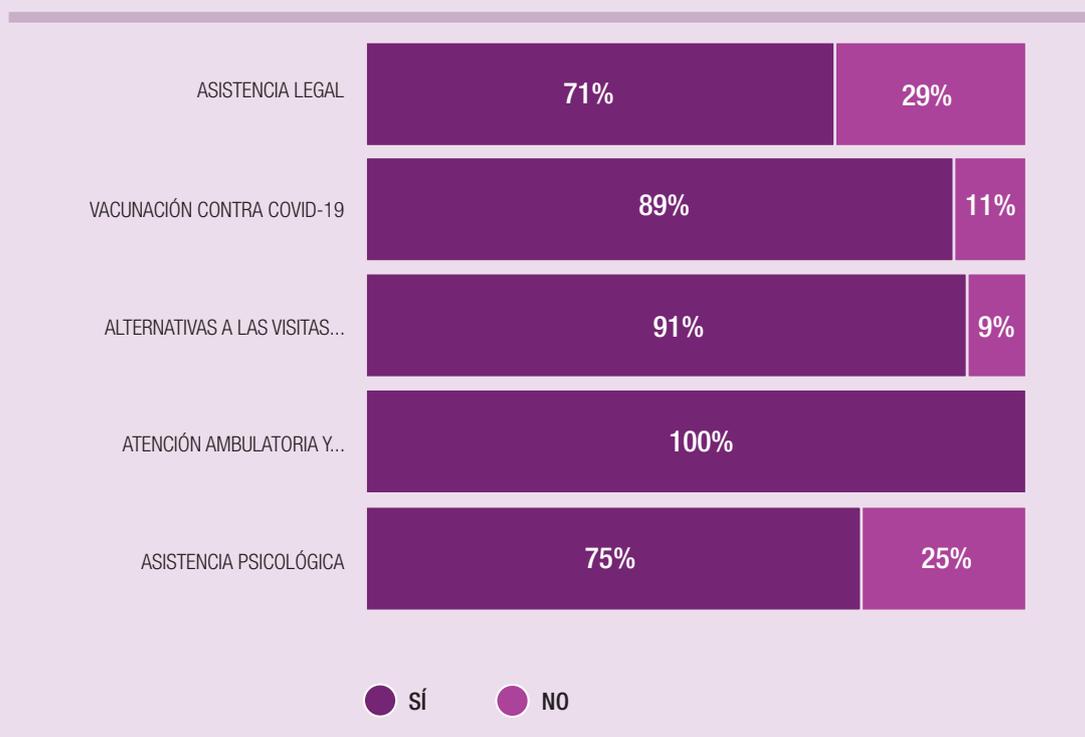
El cuestionario utilizado en el estudio COPOLAD sobre Perspectiva de Género en las Políticas sobre Drogas investiga sobre la existencia de programas de prevención dirigidos a mujeres privadas de la libertad; el 50% de los países 26 países participantes contestó disponer de ellos, a saber: República Dominicana, Nicaragua, Honduras, Costa Rica, Argentina, España, Brasil, Barbados, El Salvador, Haití, Belice, Colombia y Perú. En Argentina y Honduras existe un programa de prevención dirigido a adolescentes privadas de la libertad. En República Dominicana se mencionan dos programas: Familias Fuertes y Habilidades Parentales, ambos dirigidos a las mujeres, sus hijas e hijos y los padres y tutores de éstos. (Gráfico 35)

Con respecto a la implantación en las prisiones de programas de prevención, el 86,4% de los países declaró contar con estrategias en el ámbito penitenciario, prevaleciendo las acciones a nivel selectivo (38,5%), seguidas por el indicado (34,6%) y el universal (26,9%).

De los 26 países que contestaron el cuestionario, 9 cuentan con tratamiento exclusivo para mujeres en centros de reclusión: 5 países tienen un centro, 1 tiene dos y 2 tienen cuatro.

Gráfico 36

Países con servicios de Atención y Tratamiento para Mujeres en Centros de Reclusión 2022



Fuente: COPOLAD, 2022. Elaboración propia

De los países que contestaron el cuestionario, se puede determinar que la mayoría de los países ha implementado acciones preventivas y acciones efectivas para la población penitenciaria para la atención de emergencia en tiempos de la pandemia COVID-19. Dentro de las medidas prioritarias que todos los países han adoptado se encuentran, la atención ambulatoria para casos positivos de COVID-19, alternativas a las visitas, asistencia psicológica y otras. México ha brindado atención a la población que se encuentra privada de libertad y que en algunos casos, han obtenido su libertad en el marco de la contingencia sanitaria.

Brasil y Uruguay son los países que habilitaron centros de atención y tratamiento exclusivos en los centros de reclusión para mujeres durante el confinamiento por COVID-19.³⁶

³⁶ Ver resultados del cuestionario "Impacto de la pandemia del COVID-19 en el problema de las drogas, especialmente en la situación de las mujeres en los países de la CELAC"

Por otra parte, no se cuenta con información sobre las medidas implementadas de atención y tratamiento en los centros penitenciarios para mujeres con consumo problemático de drogas durante y post pandemia COVID-19.

4.2.9. Principales retos

Es necesario desarrollar nuevos estudios que ayuden a conocer cómo han variado los factores de riesgo y de protección para el uso de sustancias psicoactivas que afectan específicamente a las niñas y las mujeres, a partir de la pandemia y de qué modo varían en diferentes culturas tanto en el ámbito comunitario, familiar educativo y laboral, tomando en cuenta que la realidad de las mujeres es diferente a la de los hombres, se debe incorporar igualmente análisis interseccionales de género y contar con información mínimamente desagregada por sexos, para que la identificación de factores de riesgo y protección sean más precisos y los programas y estrategias que se desarrollen sean adecuadas a la realidad de las mujeres.

Se requieren más estudios que permitan identificar cuáles son los riesgos y daños derivados del uso de drogas que afectan específicamente a las mujeres y qué estrategias de prevención del uso de drogas y de reducción de daños son más efectivas para las niñas y las mujeres. También es necesario mejorar el diseño e implantación de los servicios comunitarios dirigidos a personas consumidoras de drogas para aumentar la captación y adherencia de las mujeres, haciendo hincapié en las consecuencias de la situación provocada por la pandemia.

Se necesita identificar qué contenidos, actividades y contextos de aplicación son más adecuados para llevar a cabo intervenciones de prevención efectivas dirigidas a niñas y mujeres adolescentes.

Hacen falta estudios que evalúen la efectividad de los programas de prevención universal, selectiva e indicada específicamente en el caso de las niñas y las adolescentes -especialmente en el ámbito escolar- en todos los ámbitos de intervención.

La pandemia ha significado la pérdida de muchas vidas humanas. Es necesario trabajar en las consecuencias entre los jóvenes y adolescentes ante la pérdida de algún familiar o amigo, las secuelas, el duelo, la negación o el rechazo como parte de la prevención de adicciones, con mayor atención a los factores de salud mental y emocional.

Se precisa una mayor experiencia en el desarrollo de intervenciones preventivas en el ámbito de la educación universitaria y la educación de personas adultas.

En el ámbito laboral, es preciso conocer mejor las fuentes de datos disponibles, las intervenciones y los mecanismos de respuesta disponibles para hacer frente al uso de drogas en el lugar de trabajo, así como en entornos de trabajo informal, especialmente en la CELAC ya que la información disponible no es suficiente para desarrollar estudios más precisos para desarrollar programas de intervención preventiva.

Se deben incorporar análisis más profundos sobre las consecuencias en materia económica de la pandemia COVID-19 y la situación de los colectivos más vulnerables y el incremento de las brechas de desigualdad porque pueden convertirse en un condicionante para el consumo de drogas. Se requiere más información sobre el uso de drogas como una estrategia para afrontar las exigencias del cuidado de otras personas y del trabajo en el ámbito doméstico, familiar o laboral.

Al igual que en otros ámbitos, en el caso de las intervenciones que se llevan a cabo desde los servicios asistenciales, no siempre se dispone de datos ni se realizan análisis desagregados por sexo ni incluyen indicadores que contemplen consideraciones de género, de manera que no es fácil conocer qué intervenciones dirigidas a las mujeres son más adecuadas, efectivas, eficientes y seguras. Disponer de información sobre la actividad que desarrollan los servicios asistenciales y su impacto con enfoque de género es una condición necesaria para valorar si los programas de tratamiento y reducción de daños están afectando a hombres y mujeres de forma diferente y contribuyendo o no a la reducción de desigualdades, y puede ayudar a mejorar la provisión de servicios de manera que favorezcan la igualdad de género en relación al impacto del uso de sustancias sobre la salud y el bienestar. (ONU Mujeres, 2015)

En muchos países, la prevalencia del uso de algunas sustancias psicoactivas entre las mujeres está aumentando y muestra una tendencia a igualarse a la registrada entre los hombres, y es preciso ver si esos cambios en los patrones de consumo se traducen en un aumento de las necesidades y de la demanda de atención por parte de las mujeres consumidoras de drogas, así como adecuar la actuación de los servicios asistenciales a esos cambios (EMCDDA y COPOLAD, 2018).

El abuso, la dependencia de psicofármacos y la comorbilidad psiquiátrica asociada al uso problemático de drogas son condiciones que afectan a una proporción significativa de mujeres, pero sobre cuyo abordaje efectivo queda aún mucho por hacer. El desarrollo actual de los programas de detección y tratamiento del uso problemático de psicofármacos, por ejemplo, es aún insuficiente y no ayuda a identificar intervenciones razonablemente efectivas de ayuda a las personas que abusan de los hipnosedantes u otros psicofármacos (Darker et al, 2015; Soyka 2017).

Se debe profundizar el análisis sobre los cambios en el consumo de drogas o comportamientos adictivos desagregado por sexo, derivados de la pandemia COVID-19. Si bien el consumo de algunos tipos de drogas ha disminuido, existen estudios que demuestran que se ha generado un incremento en el consumo de alcohol, uso del internet y redes sociales, problema que a la larga está resultando en un aislamiento del individuo ante su entorno familiar o social.

Desde la integración social

Hacen falta más estudios que permitan valorar la efectividad de los programas de integración social dirigidos a mujeres consumidoras de drogas y para mujeres previamente encarceladas por delitos de drogas como correos humanos y otros delitos de drogas no violentos.

Desde ámbito judicial y la prisión

Se necesitan estudios que proporcionen evidencias en relación a las alternativas al encarcelamiento, especialmente con respecto a los subgrupos que podrían resultar más beneficiados y los estadios del proceso de la justicia penal en que sería mejor utilizarlos.

Se requiere la recopilación de datos cuantitativos sobre la población penitenciaria con desglose por género, tipo de delito, situación judicial, etnia, uso de drogas, orientación sexual, nivel educativo, situación laboral, etc. así como en relación al hecho de que tengan hijos u otras personas a su cargo y los antecedentes de abuso físico o psicológico, trauma o trastornos mentales, para poder desarrollar políticas públicas basadas en información certera y actualizada. Es necesario diseñar y evaluar medidas que ayuden a ampliar el abanico de alternativas a la privación de libertad. De igual modo, se requieren estudios a fondo a nivel regional, para conocer no sólo la dimensión legislativa de las medidas alternativas, sino su real aplicación y sus efectos.

4.2.10. Propuesta para avanzar

En el ámbito comunitario

En el marco del programa COPOLAD se ha analizado la evidencia sobre la efectividad de diferentes intervenciones preventivas en el ámbito de la comunidad sin embargo ninguna de las intervenciones mencionadas hace referencia al género o específicamente a mujeres y niñas.

La implicación de la comunidad puede contribuir a reducir la estigmatización de las mujeres consumidoras de drogas y facilitar de este modo la provisión de servicios.

Se necesita más información sobre los servicios que permitan que las comunidades puedan hacer frente de forma eficaz a los daños colectivos causados por el uso de drogas entre las mujeres.

Se requieren más investigaciones que aporten evidencia sobre la efectividad de las intervenciones comunitarias dirigidas a las mujeres.

Se requiere la investigación necesaria para poder desarrollar un modelo comunitario de reducción de daños adaptado a las necesidades y a la realidad de las mujeres en los países de América Latina y del Caribe.

En el ámbito familiar

Es preciso que los programas de prevención sean sensibles al género y que incluyan estrategias dirigidas específicamente a las niñas y las adolescentes. De este modo, será posible aumentar

tanto la efectividad de los programas entre las mujeres como mejorar su captación y adherencia. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Es necesario avanzar en el desarrollo de programas dirigidos a las adolescentes que presentan un mayor riesgo de depresión con el fin de proporcionarles habilidades para afrontar de forma saludable las emociones negativas. Resulta especialmente importante ayudar a las niñas y adolescentes a gestionar el estrés, la depresión, la asertividad social y la imagen corporal, así como a mejorar las relaciones y la comunicación con los progenitores y con otras personas significativas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Es conveniente fortalecer el apoyo familiar a las mujeres con un consumo problemático de drogas para facilitar su tratamiento y rehabilitación, y poner un especial empeño en la detección de situaciones de abuso, violencia y explotación de las mujeres y en proporcionarles una protección adecuada frente a ellas. Se deben desarrollar programas que fortalezcan las relaciones familiares en confinamiento como oportunidad para mejorar las relaciones de convivencia, que permita un mejor interacción familiar con los jóvenes y adolescentes y como una oportunidad para reducir el consumo de drogas.

En el ámbito educativo

Es preciso que los programas de prevención sean sensibles al género y que incluyan estrategias dirigidas específicamente a las niñas. De este modo, será posible aumentar tanto la efectividad de los programas entre las mujeres como mejorar su captación y adherencia. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016)

Parece aconsejable que los programas de prevención escolar incluyan módulos sobre afectividad, el significado del amor y la relaciones sexuales, abuso sexual, embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

En algunos grupos, el uso de sustancias puede estar asociado a los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que puede ser conveniente abordar los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, como la presión social para alcanzar una imagen corporal idealizada y poco realista.

Es indispensable analizar las brechas digitales que ha generado la pandemia COVID-19 con la educación a distancia, existiendo un gran porcentaje de la población de la CELAC, en especial el colectivo de mujeres, que no tienen acceso al internet, lo que puede ocasionar un incremento significativo de deserción escolar.

En el ámbito laboral

Hay que seguir promoviendo la adopción de los principios para el abordaje del uso de drogas en el trabajo señaladas por la Organización Internacional del Trabajo, de manera que se favorezca —dentro y fuera de los centros de trabajo— la resolución de los problemas derivados del uso de drogas y se eviten prácticas innecesarias y humillantes como la obligación de someterse a test de drogas en la orina.

Es importante facilitar el retorno al trabajo de las mujeres con una historia personal de problemas causados por el alcohol y otras drogas, no solamente para facilitar su integración social y laboral.

Se debe considerar el análisis de la adaptación en el ámbito laboral a la situación generada por el COVID-19 y el desarrollo del trabajo no presencial (plataformas virtuales, nuevas tecnologías de comunicación), a través del rediseño de ciertos tipos de intervenciones, o hacerlas más adaptables a cualquier circunstancia o riesgo futuro.

En el ámbito de servicios de atención social

Muchas de las intervenciones específicamente orientadas a las mujeres que se llevan a cabo en la actualidad se dirigen a gestantes o madres con menores a su cargo, pero es necesario implementar y evaluar programas dirigidos a mujeres de todas las edades y a todas las formas de consumo problemático de drogas que afectan a las mujeres, incluyendo cuestiones tan importantes como el uso problemático de alcohol y psicofármacos.

En muchos lugares, la atención a los problemas relacionados con las drogas y a los otros trastornos mentales, corre a cargo de profesionales y servicios independientes y poco coordinados. Teniendo en cuenta la elevada comorbilidad psiquiátrica que se observa entre las mujeres que consumen drogas, se hace necesario seguir avanzando en la búsqueda de mecanismos que favorezcan su atención integral y coordinada entre diferentes niveles asistenciales como atención primaria de salud, servicios de salud mental y servicios sociales. En el mismo sentido, también debe fortalecerse la conexión entre servicios de tratamiento del consumo problemático de drogas y salud mental, y otros dispositivos dedicados a la atención social, la salud sexual y reproductiva, y la prevención de la violencia contra las mujeres, más aun siendo una problemática agravada por la pandemia COVID-19.

En el ámbito de integración social

Es preciso ampliar la oferta de programas de integración social destinadas a personas usuarias de drogas en general, y especialmente aquellos que se dirijan a atender las necesidades específicas de las mujeres, evitando cualquier forma de estigmatización.

Los programas de integración social deberían estar a disposición de todas las personas que usan drogas, y con énfasis particular en las personas en situación más alta de vulnerabilidad, incluyendo también a las mujeres que usan drogas.

Las mujeres que consumen drogas no constituyen una población homogénea, y los programas de integración social deben tomar en consideración esa heterogeneidad y dar respuesta a las necesidades de diferentes subgrupos de usuarias.

Se debe proporcionar apoyo a las empresas que atiendan los principios de la economía social, tanto por los beneficios para el conjunto de la sociedad como para facilitar el retorno a un empleo digno a las mujeres consumidoras de drogas en riesgo o en condiciones de exclusión social, así como a las que han estado encarceladas por delitos relacionados con las drogas.

En la evaluación de las intervenciones que se desarrollan desde otros ámbitos como los servicios sanitarios o los centros penitenciarios, deben considerarse también los resultados en términos de integración social.

En el ámbito judicial y penitenciario

Las políticas criminales deben incorporar medidas alternativas a las penas de prisión para delitos menores y no violentos relacionados con las drogas, especialmente sensibles a las situaciones de alta vulnerabilidad en las que se hallan numerosas mujeres en conflicto con la ley, debido a delitos de microtráfico, cuyo principal origen es el sostenimiento de sus familias y otras vulnerabilidades socioeconómicas. Estas consideraciones, implican la aplicación de un enfoque centrado en la “proporcionalidad de las medidas penales” que permita desincentivar el procesamiento de mujeres que participan en este tipo de delitos relacionados con las drogas.

Las estrategias de prevención del delito deben basarse en un enfoque de incorporación social y de no criminalización en el que las penas de privación de libertad sean utilizadas como último recurso, así como incorporar, en todo momento, el análisis transversal de género.

Desde los distintos órganos de poder y en conjunción con la sociedad civil, debe establecerse una política integral de atención a las mujeres, con un enfoque en las mujeres acusadas de delitos menores relacionados con las drogas.

El diseño y uso de las prisiones, así como su funcionamiento, debe estar libre de estereotipos y debe garantizarse el acceso de las mujeres a todos los servicios y derechos.

Las niñas y niños de madres encarceladas son sujetos de derecho y deben estar contemplados en las políticas y, sobre todo, en los presupuestos penitenciarios.

Si el Estado no es capaz de cumplir con su rol de garante de los derechos de las personas privadas de la libertad, debe desarrollar otras alternativas que no sean violatorias de derechos, incluyendo medidas de inclusión social y de apoyo específico para mujeres con problemas de dependencia de las drogas.

Las políticas de drogas deben caminar hacia una reducción y racionalización del uso del derecho penal, en el que la prisión sea utilizada como último recurso; asimismo, debe generarse conciencia sobre los efectos devastadores que, en su implementación actual, están ocasionado tanto a mujeres como a sus familias y dependientes.

Es necesario ampliar los programas preventivos, de tratamiento, integración social y reducción de daños en los centros penitenciarios.

El ingreso en una prisión ofrece en ocasiones una oportunidad única de poner en contacto a las personas que consumen drogas con programas efectivos de tratamiento y reducción de daños.

4.3. Mujeres, cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas y Desarrollo Alternativo

4.3.1. Análisis situacional

4.3.1.1. El rol de las mujeres en la producción de cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas

Los países Andinos de Latinoamérica concentran la totalidad de la producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo. México, es uno de los principales productores mundiales de amapola para fines no médicos y científicos, precedido únicamente por los gigantes asiáticos (Afganistán y Myanmar). Otros países Latinoamericanos participan en la producción de sustancias psicoactivas basadas en plantas, por ejemplo, Guatemala y Ecuador, si bien en medida menos significativa. La Amazonia Colombiana, la Selva Media y Alta de Perú y la región de Chapare en Bolivia, son las principales zonas productoras de hoja de coca en el mundo, sumando una superficie total de 213.000ha., con una producción potencial estimada de alrededor de 1.410t. de cocaína (ONUDD, 2018)³⁷. A pesar de que, estos tres países reportan producción de hoja de coca también para el uso tradicional, como parte de su cosmovisión andino-amazónica, según datos oficiales oficial, 9 de cada 10 hojas de coca son destinadas al tráfico ilícito de drogas (ONUDD, 2018)³⁸.

³⁷ Según el informe: Colombia tiene 68,5% (146.000 hectáreas); Perú, 21% (43.900 hectáreas) y Bolivia 10% (23.100 hectáreas) del área mundial de cultivos de coca.

³⁸ Según el informe "... menos del 10 por ciento de la hoja de coca es utilizada para propósitos tradicionales (infusiones, chacchado, etc.)".

Por su ubicación, las zonas de producción de hoja de coca son territorios marginales, aislados, marcados por una gran pobreza multidimensional que va de la mano con una alta escasez de infraestructura y servicios básicos (Ej.: salud, educación, transporte y comunicaciones) así como difícil acceso a capital, mercados y tecnologías. Estas zonas reportan también una preocupante falta de autoridad estatal, que produce el debilitamiento de valores y principios éticos en la población, y además contribuye a la proliferación de varias actividades criminales conectadas al narcotráfico como: el lavado de activos, la corrupción estatal y privada, el tráfico de armas, la trata de personas, la violencia por sicariato, la tala y minería ilegal, entre otros (Saldarriaga, 2007). Asimismo, históricamente, estas zonas han reportado la presencia de varios grupos terroristas (Ej.: Sendero Luminoso-SL y el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru - MRTA, en el Perú), paramilitares y guerrillas (en el caso de Colombia), así como partidos políticos radicales, situando a los cocaleros —mujeres, hombres niñas y niños—, entre múltiples fuegos. La limitada e inexistente presencia del Estado hace que cualquier política pública y leyes de equidad, no operen o tengan validez, constituyendo un grave obstáculo en el camino hacia la igualdad de género.

Una característica clave de la producción de drogas ilícitas es la gran cantidad de recursos humanos utilizados como “mano de obra barata”³⁹. En el caso de la hoja de coca, se trata, tanto de pobladores con escasísimos recursos económicos asentados en lejanas comunidades rurales, como de poblaciones nativas. Actualmente, se reportan más de 237.000 familias insertas en la economía ilícita de la coca, que dependen parcial o totalmente de este cultivo (ONUDD, 2018).

A nivel global, la superficie de cultivo de la coca ha tenido una caída del 5% en el año 2019, en gran parte debido a la disminución de los cultivos en Colombia. Por otro lado, los cultivos se mantuvieron constantes en Perú y Bolivia registró un aumento en la superficie de producción de hoja de coca. Los efectos de la pandemia COVID-19 han ocasionado una disminución de los ingresos de la población, lo que aumenta la vulnerabilidad de los agricultores, y genera un incentivo para incrementar la producción de hoja de coca en estos tres países⁴⁰.

Se estima que la ralentización en la fabricación de cocaína se dio al inicio de la pandemia, pero volvió con mayor fuerza, una vez que todas las actividades se fueron normalizando⁴¹. No se desarrollaron estudios concretos sobre el ritmo de fabricación en tiempos de pandemia.

La matriz productiva de la producción de hoja de coca es la de un “negocio familiar” que involucra mujeres, hombres, niñas y niños de todas las edades. En este sentido, las mujeres participan en todos los eslabones de esta primera etapa de la cadena de la producción de droga —desde el sembrado hasta la recolección del cultivo—, desempeñando diferentes roles y actividades. Muchas veces, ellas son solo mano de obra complementaria, y frecuentemente su trabajo es no-remunerado

³⁹ A diferencia de lo supuesto, la producción de hoja de coca constituye el eslabón menos rentable en la cadena de TID - el productor recibe solo un 0,5% a 1% del valor promedio de la cocaína en el mercado internacional.

⁴⁰ <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

⁴¹ https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19_Suministro_de_Drogas.pdf

y ejecutado paralelamente a sus labores domésticas. Según informe de la Fundación Ideas para la Paz (2017), en esta primera etapa del tráfico ilícito de drogas (TID), las mujeres son empleadas como *raspachinas* o *finqueras*, roles que tienen las siguientes características:

- ▶ *Las jornaleras, raspachinas o coecheras.* Las *raspachinas* se encargan de la recolección de la hoja de coca y realizan actividades domésticas como la elaboración de alimentos para los trabajadores. Trabajan por jornales, semejantes a los de los hombres, se mueven entre cultivos y tienen responsabilidades en la economía del cuidado. Este primer momento del cultivo, ofrece un abanico de opciones de trabajo para las mujeres de toda la comunidad. Una de las consecuencias de asumir este trabajo está relacionada con la profundización de brechas de género características de zonas rurales como, por ejemplo, el acceso limitado a la propiedad. Entre los riesgos que enfrentan las *raspachinas* se encuentran las condiciones de subcontratación, la alta movilidad entre cultivos que debilita tejidos familiares, brechas de género frente al acceso a recursos y acceso a programas y oferta institucional.
- ▶ *Las finqueras administran, junto con sus esposos u otros familiares, un terreno en el que se cultiva hoja de coca y se realiza el procesamiento inicial de la pasta base. Las finqueras administran diferentes actividades, ejerciendo también labores dentro de la economía familiar. La relación con su finca las hace conocedoras de su organización y producción, no obstante, están presentes las brechas de género en cuanto a propiedad, acceso a recursos y autonomía económica. Estas mujeres suelen enfrentar las deudas que se asumen con los proveedores de los materiales del procesamiento de la coca. También asumen deudas de los hombres y no tienen autonomía sobre la inversión de los recursos, a pesar de que ellas administran la tierra y su producción. Las bonanzas económicas de este negocio tampoco se reflejan en su propio bienestar, pues no tienen decisión sobre las ganancias.*

Pese la gravedad de la problemática presentada, los estudios y datos sobre la participación de la mujer en el ciclo del cultivo y la producción en la economía de la coca permanecen aún ausentes de la mirada investigativa. La disponibilidad de información y estadística para evidenciar: las desigualdades e inequidades que surgen de la persistente violencia hacia la mujer, la falta de institucionalidad y altos niveles de pobreza, mayores para la mujer en las zonas cocaleras, es clave para dar visibilidad a la mujer en esta primera etapa de TID y además una condicionante para la transversalización del enfoque de género en las políticas de drogas.

4.3.2. El modelo del Desarrollo Alternativo (DA) – de la teoría a la práctica

En este contexto, y a fin de restituir la presencia del Estado y la legalidad de la economía en los países productores de drogas destinadas al mercado ilegal, se introduce el modelo de Desarrollo Alternativo (DA)⁴², como parte integral de las políticas y compromisos internacionales para el control

⁴² Según la definición oficial de desarrollo alternativo adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998 : “...el Desarrollo Alternativo es un proceso para prevenir y eliminar los cultivos ilícitos de plantas que contienen drogas narcóticas y sustancias sicotrópicas a través de medidas de desarrollo rural designadas específicamente en el contexto del crecimiento económico nacional sostenido y de esfuerzos de desarrollo sostenible en los países que emprendan iniciativas contra las drogas, teniendo en cuenta las características socio-culturales propias de los grupos y comunidades en cuestión, dentro del marco de una solución global y permanente al problema de las drogas ilícitas”.

de los problemas relacionados con las drogas. Históricamente, el inicio del DA se basó en la sustitución de cultivos, una estrategia iniciada en el sureste asiático que fracasó, puesto que no es posible exigir un cambio en los agricultores sin ofrecer alternativas viables que satisfagan sus necesidades de subsistencia y crecimiento. Sucesivamente, el concepto evolucionó al desarrollo rural integrado, que incluye el desarrollo de infraestructura y el mejoramiento de la calidad de vida de los agricultores. Además, se empezaron a tomar en cuenta las necesidades y las demandas de las poblaciones involucradas en las intervenciones. A mediados de los ochenta, se transitó hacia la sustitución de ingreso, adoptándose un enfoque más realista y más en contacto con las comunidades. Finalmente, en la década de los años 90, se pasó de un enfoque: "...meramente técnico y económico" a una visión: "...más integrada del problema; considerando la perspectiva de desarrollo del área a largo plazo". Además, se enfatizó: "...la integración de las actividades locales del Desarrollo Alternativo a los esfuerzos de desarrollo regional y nacional". Este nuevo concepto incluyó: "... actividades complementarias de desarrollo de la infraestructura productiva y social, con apoyo a la comercialización y a la promoción de oportunidades de empleo fuera de la parcela agrícola y de otras actividades generadoras de ingreso" (ONUDD, 2011). Hoy en día, el DA es considerado como un proceso sistémico, complejo y dinámico con enfoque integral para la creación de una economía lícita insertada en el marco del desarrollo sostenible⁴³.

El DA busca abordar las causas fundamentales del involucramiento de las comunidades rurales en actividades ilegales relacionadas con las drogas, como son: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a tierras cultivables, la falta de acceso a los mercados y la falta de oportunidades de ingresos legales. Como todos los ámbitos de intervención en políticas sobre drogas, no permite una solución mágica a los problemas, pero sí constituye un ámbito de intervención ineludible. Es por ello que el DA es uno de los tres pilares en los que Naciones Unidas articula las políticas de control de la disponibilidad de drogas. El DA se incluye igualmente en la Estrategia de Drogas de la UE 2013-2020, como un elemento clave para la cooperación internacional de la UE en el campo del control de drogas. El DA ha sido implementado en varios países de la Región Andina con leves diferencias. Así, mientras que en Perú y Colombia, el modelo se ha definido como *Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible* (DAIS) en Bolivia se denomina *Desarrollo Integral con Coca*⁴⁴.

Como modelo, el DA presenta muchas similitudes con las estrategias de desarrollo rural presentes en cada país de la región. Sin embargo, existe una diferencia estructural. Mientras que el desarrollo rural está orientado fundamentalmente a vencer la pobreza, el DA debe enfrentarse también a los intereses económicos del narcotráfico. El narcotráfico produce una economía ilícita que tiene características totalmente opuestas a la economía de mercados libres. La economía ilícita se caracteriza por: negocios informales, una cadena productiva delincinencial, destrucción del tejido social de la comunidad, manejo insostenible de los recursos naturales, usurpación de territorios y una distorsión

⁴³ Esta es una orientación basada en años de experiencias y gestión del conocimiento en los países influenciados por el problema de las drogas así como en los Principios Rectores de Desarrollo Alternativo, establecidos la Resolución 68/196 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁴⁴ Considerando los diferentes nombres, en adelante el modelo se denominará sólo como desarrollo alternativo (DA).

de las reglas del libre mercado a través de creación de oligopolio. Sin embargo, las economías ilícitas de drogas pueden también ofrecer empleo de sobrevivencia, infraestructura, seguridad y servicios básicos a las comunidades locales en áreas en las cuales no hay presencia estatal. Estas consideraciones deberían ser mejor entendidas y consideradas en el momento de elaborar programas de DA (Gutiérrez 2015). Además, se considera que el DA debería ser implementado en las zonas de influencia cocalera, previamente al desarrollo rural.

En cuanto al alcance poblacional del DA, hay que reconocer la dedicación predominantemente agrícola de la población rural, dado que la agricultura es la principal y tal vez la única actividad económica disponible en estas zonas amenazadas o afectadas por los cultivos de hoja de coca. Por ello, el desarrollo económico de estas zonas es medible a partir de la evolución de la actividad agrícola, incluso donde la ganadería tiene mayor incidencia en la economía local. En este sentido, los proyectos de DA ejecutados por los gobiernos nacionales y las entidades de cooperación internacional, están principalmente centrados en la promoción de cadenas de valor de diferentes cultivos como el café y el cacao (Colombia y Perú), y frutales como el plátano, la piña y el maracuyá (Bolivia). La comercialización de estos productos, en los mercados nacionales e internacionales, ha contribuido al aumento de los ingresos de los agricultores, la creación de nuevos puestos de trabajo y finalmente su alejamiento de los cultivos de hoja de coca. Este es el caso, de los productores de cacao de la provincia de Chocó en Colombia por ejemplo, quienes venden su cacao a la empresa austriaca Zoetter Schokoladen Manufaktur y, como consecuencia, han visto sus ingresos familiares mensuales crecer de 300 US\$ a 900 US\$ al mes (ONUDD 2010).

A partir de la pandemia COVID-19, la rutina diaria de las mujeres cultivadoras y sus familias ha cambiado abruptamente. Las cosechas han sido afectadas ya que el transporte público y el comercio local ha sido suspendido. Las familias han perdido sus cosechas de frutas y otros vegetales, lo que ha ocasionado un incremento de la pobreza y una disminución de los ingresos en las familias de estratos sociales bajos. La problemática del narcotráfico es multidimensional y su origen e impactos se extiende no sólo a la economía, sino también a las dimensiones políticas y sociales. La respuesta del DA frente a esta problemática es el apoyo a la construcción de agendas comunes entre la población y las autoridades locales, regionales y nacionales, a favor de un desarrollo integral con inclusión social. La experiencia demuestra que el éxito de este trabajo depende de la reconstrucción y el fortalecimiento de los procesos democráticos y la gobernanza política pero además, y esto es fundamental, de la construcción de un fuerte capital social donde es la población de cada comunidad rural, la responsable y defensora de su propio desarrollo, construyendo una visión conjunta de futuro que permita mejorar su calidad de vida. Un ejemplo de este trabajo, es el programa innovador conocido como “*control social de la hoja de coca*” en Bolivia, que busca reducir el daño a los productores, sustituyendo el modelo de la erradicación forzosa, basada en la intervención de fuerzas policiales y militares, por otro enfoque donde, los mismos productores controlan su producción determinando así el futuro de sus comunidades (ONUDD 2017).

Por otro lado, considerando la fuerte dependencia del campesino por los recursos naturales en las intervenciones del DA, la priorización de la gestión ambiental en las zonas TID es de suma importancia. En general, cada intervención inadecuada para desarrollar cualquier actividad productiva ya sea lícita o ilícita, produce impactos negativos en la naturaleza, que pueden ser: erosión, desertificación, deforestación, contaminación de los cursos de agua o/y pérdida de diversidad biológica. No obstante, las consecuencias ambientales del cultivo de hoja de coca, por ser una actividad ilegal e ilícita, han sido una de las más devastadoras en la región Andino-Amazónica. La producción de hoja de coca, a través de la deforestación producida y el uso de innumerables y desproporcionadas cantidades de sustancias químicas con la finalidad de elevar la productividad de los cultivos para usos ilícitos, ha causado graves daños en los ecosistemas de bosques. En este sentido, se calcula que aproximadamente el 30% de la deforestación de la Amazonia Peruana (UNALM, 2004), el 26% de deforestación acumulada en la región Chapare, Bolivia (Manzano N., 2003) y la destrucción de más de 250.000 ha de los bosques tropicales de Colombia (IH, 2014) han sido causadas por el cultivo de hoja de coca.

Como parte de la respuesta de las políticas públicas sobre drogas para afrontar la problemática ambiental, es indispensable considerar también el aumento de los desastres naturales debido al fenómeno del cambio climático que afecta a todos los cultivos agrícolas, incluyendo aquellos promovidos por el DA y en la actualidad, los efectos e impactos de la pandemia. Las sequías, los incendios forestales y las inundaciones vinculados al cambio climático, suponen un 70% de las catástrofes en estas zonas y representan uno de los mayores riesgos para la producción lícita (UNISDR, 2016). En este sentido, es clave orientar el DA de forma que contemple acciones de protección medioambiental incluyendo: la recuperación de áreas degradadas por el cultivo de hoja de coca (Ej.: a través de la reforestación); el desarrollo de una agricultura sostenible y climáticamente inteligente (Ej.: a través de la agroforestería), así como acciones de prevención y reducción de riesgos climáticos (Ej.: a través del fortalecimiento de capacidades y organización comunal para la gestión de riesgos, evaluaciones de riesgo e incorporación de medidas en planes y proyectos de los gobiernos y organizaciones locales, protección de centros poblados y medios de producción).

De esta breve presentación se puede resumir que el modelo de DA se traduce en intervenciones de dimensión económica, social, política y ambiental en las zonas vulnerables o afectadas por los cultivos ilícitos, que abarcan:

- ▶ Objetivos comunes y una visión a largo plazo, concertados con todos los actores.
- ▶ El conocimiento del territorio como el elemento base para el desarrollo sostenible.
- ▶ Elementos y propuestas para la disminución de la pobreza y la exclusión.
- ▶ Un entorno favorable para las inversiones de los sectores público y privado en correspondencia con el ambiente, con las potencialidades y con las necesidades prioritarias del área objetivo (ONUDD, 2010).

Sin embargo, para que estas intervenciones sean sostenibles e integrales de igual valor es la aplicación del enfoque de género.

4.3.3. El desarrollo alternativo desde la perspectiva de género

Históricamente, en las políticas de drogas, el tema de género ha sido manejado como una cuestión separada, a pesar de que éste es un elemento transversal dentro del abordaje de los problemas relacionados con las drogas, porque nos permite observar los roles y tareas a lo largo de la cadena de producción y tráfico de drogas ilícitas, así como las diferencias, relaciones de poder e inequidades que se producen en dicha cadena. Las mujeres tienen una gran importancia, tanto para la eliminación de los cultivos ilícitos, como para el éxito de las intervenciones del DA. Específicamente, ellas juegan un papel fundamental en la decisión de la familia de pasar a basar su economía de procesos ilegales a otra opción de vida dentro del ámbito legal. Son también ellas quienes toman la iniciativa para hacer este cambio y en muchos casos, son ellas las que presionan a sus parejas para que abandonen el cultivo de la coca para fines ilegales, mencionando razones de mejora familiar como: disminuir o erradicar la exposición a la violencia, tener más seguridad y el potencial de crear un bienestar familiar a medio y largo plazo. Además, tradicionalmente, las mujeres son quienes cuidan los diferentes cultivos de DA, inicialmente después de la fase de post-erradicación, mientras que los hombres buscan otros trabajos fuera de la parcela para mantener los ingresos familiares en esta primera etapa.

A pesar del creciente reconocimiento sobre el impacto de los problemas socioeconómicos en las zonas de DA, en mujeres y hombres de forma diferenciada, no existen aún datos estadísticos, información cualitativa, ni análisis de género suficientes para empezar a conocer más y mejor en qué medida y de qué forma la problemática asociada a los cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas afecta a las mujeres. Asimismo, se observa que los pocos documentos disponibles, tienen como fuente de información documentos relacionados a la mujer agricultora y no a la mujer del ámbito rural en específico, que sería lo más exacto y pertinente.

A continuación, se presentan ejemplos, de las dimensiones económica, sociopolítica y ambiental, de iniciativas de DA con enfoque de género realizadas en diferentes países de la región Andina.

Dimensión económica

Las mujeres, son la columna vertebral de la economía rural en los países de Latinoamérica⁴⁵. Ellas contribuyen al crecimiento económico principalmente del sector agrícola, a la reducción de la

⁴⁵ La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) estima que: "...cerca del 70 por ciento del trabajo en la agricultura es realizado por mujeres". Ver: <http://www.fao.org/in-action/agronoticias/detail/es/c/512917/>

pobreza y al aumento de la seguridad alimentaria y nutricional del ámbito rural⁴⁶. Sin embargo, pese que la mujer desempeña diversos roles y tareas en el campo, su remuneración es inferior a la del hombre por el mismo tipo de trabajo, además ellas tienen más probabilidades de dedicarse a actividades de baja productividad y a trabajar en el sector informal y con menores probabilidades de movilidad al sector formal que los hombres (UNWOMEN, 2015). Esta situación se traduce en una menor capacidad de la mujer de generar ingresos propios y, de esta forma, lograr una independencia económica. Según datos oficiales, en Perú, por ejemplo, en los departamentos con zonas de influencia cocalera, la distribución de ingresos propios entre mujeres y hombres no es equitativa y además, existe una diferencia significativa entre los ingresos de mujeres y hombres, según sus condiciones de pobreza (**Tabla 12**).

Tabla 12

Porcentaje total de mujeres y hombres sin ingresos propios, según condición de pobreza en los departamentos en zonas de influencia cocaleras, en el Perú 2014

Categorización/Condiciones de pobreza	Pobres	No pobres
Mujeres	47,1%	28,2%
Hombres	15,4%	12,0%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-Perú)- Encuesta Nacional de Hogares (2014)

Los sesgos económicos de género se manifiestan también a través de la sobrecarga del trabajo doméstico versus el trabajo en la economía laboral que experimentan las mujeres como consecuencia de los roles y mandatos de género construidos a lo largo de la historia en los ámbitos rurales de la región Andina. Un ejemplo es la data presentada de Colombia que muestra que:

(...) las mujeres rurales mayores de 10 años participan diariamente en un 93% de los trabajos reproductivos o de cuidado, mientras los hombres rurales dedican un 60,6% a estas tareas. En términos de dedicación en tiempo, en el mundo rural, las mujeres ocupan, por día, aproximadamente 8 horas y 12 minutos en las labores de cuidado y los hombres 3 horas y 6 minutos. El peso del trabajo reproductivo recae mayoritariamente sobre las mujeres y, en este caso, las mujeres rurales están por encima del promedio nacional en el tiempo invertido en las tareas reproductivas no remuneradas de la economía. En materia de trabajo productivo, las mujeres rurales están por debajo del promedio nacional: diariamente, invierten cuatro horas en este tipo de labores, mientras los hombres gastan 8 horas y 11 minutos en dichas tareas, lo que hace que las mujeres participen en un 38,4% del trabajo productivo y los hombres en un 68%. (Dejusticia, 2018).

⁴⁶ Según el Atlas de la mujer rural en Latino América y el Caribe (2017) de la FAO: "...las mujeres rurales representaban el 20% de la fuerza de trabajo agrícola en América Latina en 2010, con diferentes formas de inserción en el mundo laboral. En cuanto al trabajo agrícola asalariado, la tasa de actividad promedio de la región pasó de 32,4% en 1990 a 48,7% en 2010.", disponible en <http://www.fao.org/3/a-i7916s.pdf>

Estas variables son importantes para poder analizar los niveles de independencia económica de las mujeres rurales, dado que estas tienen un impacto directo en su nivel de ingresos económicos, así como el tiempo liberado para poder embarcarse en actividades de DA u otras económicamente reenumeradas.

A todo ello, se agrega el problema de conectividad que, aunque afecta a hombres y mujeres por igual, estas últimas lo sufren en mayor medida pues implica que muchas veces no tienen un trabajo formal porque deben quedarse al cuidado de los niños o llevarlos a la escuela por trochas peligrosas. Es decir, que la geografía difícil de las zonas coadyuva a que las mujeres tengan más desventajas económicas. La geografía y la falta de conectividad producen también una diferencia entre hombres y mujeres en el acceso a la tecnología clave para la educación, formación y empoderamiento femenino en general. Es importante señalar que, en las zonas vulnerables o afectadas por los cultivos ilícitos, la disponibilidad de oportunidades para generación de ingresos, ocupación y empleo con enfoque de género, se traducen directamente en una reducción en la empleabilidad de la mujer en el cultivo de coca. Entender este contexto es de suma importancia para el DA, dado que la mayoría de sus programas y proyectos tienen como base la diversificación del ingreso y el desarrollo de actividades productivas.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, a partir del Informe de la Comisión de Estupefacientes sobre su 64vo período de sesiones y programa provisional de su 65vo período de sesiones, ha emitido la Resolución 64/1: Declaración sobre el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el cumplimiento de los compromisos conjuntos de los Estados Miembros a fin de abordar y contrarrestar todos los aspectos del problema mundial de las drogas. En la misma se señalan las dificultades y obstáculos que ha generado la pandemia COVID-19, específicamente en la falta de financiación para el desarrollo alternativo, y que *“puede dar lugar a una aumento del cultivo, la producción y el tráfico ilícitos de drogas y de otras actividades delictivas relacionadas con las drogas, así como de los trastornos por consumo de drogas y de las consecuencias sanitarias y sociales conexas”* (Comisión de Estupefacientes, 2021).

Mujeres: agentes de cambio del DA (Perú)

La zona de Monzón en el departamento de Huánuco, que comprende una parte importante de la cuenca del Alto Huallaga, constituye una de las experiencias más exitosa de control de drogas en el Perú en los últimos años, por la lograda integridad de la intervención del Estado y la incorporación del enfoque de género en las acciones de DA. El año 2010, en toda la zona de selva del departamento de Huánuco se cultivaba alrededor de 13 mil hectáreas de coca. Algunas de sus autoridades y dirigencias actuaban coludidas con el narcotráfico al punto, que zonas como el Monzón, donde se cultivaban más de 7 mil hectáreas de coca, estaban tomadas por los intereses de los narcotraficantes.

Frente a esta situación, se tomó la decisión de actuar en coordinación con diversas entidades del Estado. Mediante operaciones policiales coordinadas, de investigación y seguimiento, se logró la captura de autoridades favorables al narcotráfico y desarticular los remanentes de organizaciones terroristas que operaban en la zona en asociación con traficantes de drogas. Paralelamente a las intervenciones de seguridad, se iniciaron acciones de apoyo a la población para atenuar el impacto de la erradicación en los ingresos de las familias, y en general para la economía de la zona. Las intervenciones integrales y sostenibles de DA lograron promover el “despegue” de la agricultura lícita. El valor de la producción agraria lícita (entre el 2010 y el 2016) en el departamento de Huánuco se incrementó de 50 millones de US\$ a 120 millones US\$ anuales, superando en más de 17 millones US\$ anuales la pérdida ingresos debidos a la erradicación de la coca. Las cifras y tendencias, no hacen más que ratificar lo alcanzado en el Monzón mediante el esfuerzo de toda la población con un liderazgo fuerte de la mujer agricultora.

La autonomía económica de las mujeres agricultoras en estas zonas se promovió mediante la obtención de la Certificación de Competencias Productivas en Plántones de Cacao. Las mujeres que participaron en este proyecto y obtuvieron certificados expedidos por el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) estaban: *“... en la capacidad de mejorar la calidad de sus productos alternativos, por ende, de conseguir mejores mercados y precios, contribuyendo a su independencia económica como una de las formas de prevenir la violencia de género que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015, tiene índices muy altos en las zonas de intervención de DEVIDA y que en su mayoría se da por la dependencia económica hacia la pareja agresora”* (DEVIDA, 2016). En este momento más de 60 mujeres en la zona de Monzón tienen esta certificación, capacitando y liderando los progresos en este ámbito.

Esta experiencia demuestra que un importante crecimiento económico y un enfoque de desarrollo sostenible son indispensables sin la incorporación de acciones de empoderamiento de la mujer.

Dimensión social

Para lograr la integralidad y sostenibilidad de las iniciativas de DA, paralelo al desarrollo de capacidades laborales y carreras profesionales, se necesita la construcción de un fuerte capital social para poder incrementar la solidaridad y los lazos de confianza entre todos los miembros de la comunidad, así como entre ellos y las autoridades. Este trabajo se promueve desde el DA básicamente a través del componente de asociatividad (creación de organizaciones, asociaciones y cooperativas) y del trabajo comunitario. La incorporación —con plenos derechos— de las mujeres en estas organizaciones colectivas, antes abiertas solo para los hombres, les permita construir sólidas relaciones personales y de trabajo, lo que facilita su participación en los procesos de negociación, la toma de decisiones y fortalece su liderazgo. Sin embargo, como se puede observar, diferentes aspectos

de la problemática de la mujer rural, junto con escasas acciones de empoderamiento, condicionan aun su participación en las actividades político - sociales en las zonas cocaleras (ver **Tabla 13**).

Tabla 13

Porcentaje total de la participación de hombres y mujeres en las actividades de las zonas de post-erradicación Perú (2013-2016)

Actividad	Mujeres %	Hombres %
Asociatividad	32%	68%
Miembros de Juntas Vecinales	27%	73%
Juntas Directivas (Comunidades nativas)	11%	89%

Fuente: DEVIDA (2017), Estrategia nacional de lucha contra las drogas (ENLCD)

La misma problemática social en las intervenciones de DA se observa también en Colombia, donde la Agencia de Renovación de Territorio (ART) ha informado que pese los avances significativos en cuanto la creación de institucionalidad de las normas de género, no existen medidas particulares dirigidas a garantizar la participación de las mujeres en los espacios de discusiones en el marco de la implementación del Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS). Por otro lado, la misma agencia reporta que se están promoviendo acciones que resaltan el papel de la mujer rural y su importancia dentro de la familia que reproduce un enfoque a través de cual no se pueden ejecutar acciones concretas que respondan a las necesidades específicas de las mujeres. (Dejusticia, 2018).

En las comunidades rurales y los pueblos nativos, mujeres y hombres ejercen roles importantes en el acceso, el control, el uso y manejo de los recursos naturales/productivos. No obstante, estos roles son diferenciados según la división genérica del trabajo:

(...) los problemas ambientales derivan de formas de vida, pautas de consumo, estrategias de producción y crecimiento, pero fundamentalmente revelan disfunciones de carácter sociopolítico y económico. Las consecuencias sobre el medio ambiente del modo que se usan y abusan los recursos naturales están condicionadas por las relaciones entre individuos y entre los distintos segmentos sociales. No se pueden separar las dimensiones ambiental y humana del desarrollo. (CEPAL, 2009).

Dimensión ambiental

Las relaciones de género que se crean a partir de esta división, afectan la gestión de los recursos vegetales y animales, la seguridad del hogar y el bienestar familiar. El acceso y control, en específico de la tierra, que es el recurso económico principal para las actividades productivas agrícolas, es un determinante para el alejamiento de hombres y mujeres de los cultivos ilícitos. Además, hasta el

momento, la posesión de tierra es una de las condiciones para la participación de los pobladores de estas zonas en los programas de DA⁴⁷ y en este sentido la garantía de tenencia de tierra, a través de la entrega de títulos de propiedad, contribuye a evitar el subempleo en el cultivo de coca, el involucramiento en actividades ilícitas y la migración.

Sin embargo, a pesar de las diversas iniciativas de DA que abordan estos problemas, la brecha entre hombres y mujeres en la distribución de la tierra como propiedad agropecuaria, es muy alta en las zonas afectadas o vulnerables de los cultivos para fines ilícitos. Por ejemplo, según datos del Censo Peruano Agropecuario (2012), los departamentos con mayor desigualdad de género en el país en relación con el acceso y el control de la tierra pertenecen al ámbito TID: Ayacucho, Huánuco, Junín, y Sierra de Pasco, donde el hombre posee —en algunos casos— hasta 80% del total de la propiedad. Si bien es cierto, que se observa un alto porcentaje, tanto de productores como productoras, sin título de propiedad en estas zonas, es importante tener en cuenta las condiciones de mayor vulnerabilidad y menor reconocimiento de las mujeres y garantizar que no sean desfavorecidas en las acciones de DA. En este sentido, la entrega de títulos de propiedad como parte de las intervenciones de DA, también a mujeres como jefas de hogar, contribuye al fortalecimiento de los lazos de las mujeres con la legalidad, fortaleciendo, al mismo tiempo, su compromiso de permanencia en los proyectos de DA⁴⁸.

Además de las dimensiones económica, social y política del DA, es importante mencionar también dos condicionantes de carácter transversal que tienen un impacto importante en la vida de las mujeres en estas zonas: el cambio climático y la situación de las poblaciones nativas.

El cambio climático, representa un problema inminente para el medio ambiente y el bienestar de la población en las zonas de DA. Los efectos del cambio climático están amenazando la subsistencia de los miles de participantes en los proyectos agrícola de DA y se traducen en una reducción de ingresos a causa de la disminución de producción agrícola, pérdida del empleo rural y deterioro de la salud por el aumento de enfermedades transmisibles por causa de la disminución de la calidad del agua e incremento de las temperaturas. Las sequías, las inundaciones, los incendios forestales y las altas temperaturas afectan de manera diferente a mujeres y hombres en las áreas rurales. Las mujeres, por ser más dependientes de los recursos naturales, por disponer de menos recursos económicos, por tener menor movilidad, son también más vulnerables y más afectadas que los hombres a los impactos del cambio climático. En cuanto a los proyectos de DA en específico, se necesita evidenciar dichos efectos y desarrollar capacidades de respuesta como las estrategias de adaptación y mitigación con enfoque de género.

⁴⁷ Esta es una de las críticas más frecuentes de DA, - el condicionamiento de la participación en los proyectos de DA con la posesión de tierra, porque en realidad se ha visto que en el campo, los pobladores sin tierra son aquellos que trabajan como coccaleros y estos que tienen tierra lo hacen más que todo en una modalidad part-time. En este sentido es importante repensar el concepto de DA como una actividad netamente agrícola y analizar la posible diversificación de las actividades.

⁴⁸ En el Perú, el Ley de Igualdad de género exige al entregar el título que ambos figuren y que la pareja puede ser casada o conviviente.

Otro aspecto a considerar en esta relación es la interrelación entre género e interculturalidad dada la presencia de población nativa en grandes extensiones de producción de coca. Las comunidades nativas, como las asháninca, normatsiguenga y kakites ubicadas en el Vraem, donde se produce 70% de la coca en el Perú (DEVIDA, 2017); los indígenas Awá en el departamento de Putumayo, el segundo con la mayor superficie plantada de coca en Colombia (ONUDD, 2017) y los pueblos Yuracaré, Mojeño y Chimane del Territorio Indígena y Parque Nacional del Isiboro Sécure (TIPNIS) en Bolivia, son poblaciones amenazadas por la expansión de las áreas de cultivo de coca en los tres países mencionados. La mujer indígena, que muchas veces tiene la triple desventaja de ser indígena, pobre y mujer, sufre un alto grado de vulnerabilidad, potenciado por una inercia discriminatoria y relaciones de género tradicionalmente inequitativas de estos pueblos (Pol L y Tordini X, 2015). Muchas veces, por cuestiones de supervivencia o de desconocimiento, ellas tienden a involucrarse en actividades de TID, siendo forzadas a alquilar sus tierras a cocaleros, o a producir coca en sus chacras por una remuneración mínima. Esto, no solo interfiere en el desarrollo de sus actividades socioeconómicas, sino que además les impide ejercer sus costumbres culturales y prácticas ancestrales⁴⁹. Por otro lado, se ha visto que también en las intervenciones de DA, las mujeres de los pueblos indígenas requieren un tratamiento diferenciado de la mujer campesina, por hallarse en una estructura socioeconómica que implica: una economía no mercantilista, una organización social y de toma de decisiones en grupo, así como técnicas ancestrales de conservación y uso de la biodiversidad. En este sentido, contar con un análisis de género a través del enfoque interseccional⁵⁰ es clave para poder ofrecer soluciones adecuadas a la problemática de los cultivos ilícitos en las zonas de comunidades nativas.

4.3.4. El enfoque de género como herramienta del desarrollo alternativo

El enfoque de género como una herramienta de diagnóstico en la planificación del DA

Para poder formular estrategias de DA en el marco de las políticas sobre drogas, así como adoptar instrumentos de gestión que permitan una mayor igualdad y equidad en temas de género, se requiere un conocimiento más amplio sobre la situación de las mujeres y los hombres involucrados en este ámbito. La recopilación de este tipo de información debe ser de carácter sistémico e interdisciplinario, para mejorar los diagnósticos y las investigaciones, considerando las distintas realidades socio-culturales de las poblaciones involucradas.

⁴⁹ Paralelamente a esto, mirando desde la perspectiva ambiental, el cultivo de coca produce una erosión de tierras y desabastecimiento de recursos forestales que los pueblos nativos utilizan normalmente para la caza y recolección de alimentos.

⁵⁰ Según, Hernández F. (2011), "*Estado y procesos políticos. Sexualidad e interseccionalidad*", la interseccionalidad es: "... la categoría, en términos generales, se presenta como un modelo de análisis de las diferencias sociales que aborda el fenómeno de lo que se llama *desempoderamiento*, el cual se produce cuando se cruzan, en una misma persona, diferentes modalidades y formas de discriminación, analizando particularmente la relación entre la discriminación racial y sexual/género".

El enfoque de género como una herramienta de gestión en las intervenciones de DA

En cuanto a las intervenciones directas, se hace evidente reconocer que, en las zonas afectadas o vulnerables al narcotráfico, la mujer rural - campesina, indígena y nativa - se encuentra en una posición de desventaja socioeconómica frente a los hombres mucho más amplia que en otras zonas de los países analizados. Este hecho se traduce en una amenaza para la mujer que se ve abocada a formar parte de la producción ilícita de drogas, debido a la falta de oportunidades e igualdad en las condiciones de empleo e ingreso, propiedad de las tierras, toma de decisiones y liderazgo. Esta problemática, en definitiva, contribuye a los altos índices de violencia contra la mujer y además dibuja un paisaje preocupante que dificulta el efectivo abordaje del problema relacionado con las drogas y el desarrollo más sostenible y equilibrado en estas zonas.

En este sentido:

- ▶ El objetivo general de las intervenciones de DA, con enfoque de género, es hacerlas más **efectivas** respecto al uso de los recursos y el cumplimiento de las metas de las políticas nacionales e internacionales sobre drogas y el control del tráfico ilícito de drogas.
- ▶ El objetivo específico es generar información pertinente y desarrollar instrumentos de gestión adecuados para apoyar la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las intervenciones de DA con enfoque a género de manera comprometida, significativa y articulada.

4.3.5. Principales retos

Durante los últimos años, los organismos internacionales y gobiernos nacionales de los países Latinoamericanos han subrayado la importancia de dar prioridad a la problemática de género en las estrategias de DA como parte de la integralidad de las políticas sobre drogas⁵¹. Sin embargo, existen varias limitaciones a considerar para superar las principales fragilidades encontradas en la revisión de los modelos planteados hasta ahora, que pueden amenazar la sostenibilidad e integralidad de las acciones de DA. En continuación se detallan los más pertinentes:

En lo referido a la disponibilidad de información

En muchos casos, se detecta todavía la falta de información de calidad, datos estadísticos, evidencia de efectividad y sistematización de experiencias en lo referido a las intervenciones de DA con enfoque de género.

⁵¹ Ver, por ejemplo: CICAD (2016), documentos del Grupo de expertos sobre el desarrollo alternativo integral y sostenible (GEDAIS)

En relación a las capacitaciones

En las intervenciones de DA se debe asegurar el refuerzo y consolidación de oportunidades con enfoque de género capaces de generar ingresos, ocupación y empleo alternativos a los cultivos ilícitos, mediante actividades productivas agrarias y no agrarias, sostenibles a largo plazo. Es decir, hay que ampliar la capacitación necesaria para “*hacer otra cosa*” distinta a sembrar coca.

Respecto al enfoque de género en la gobernanza local

Las acciones y espacios formativos, para revertir la notable inequidad en la participación y el liderazgo de mujeres en los espacios de toma de decisiones de la comunidad (asociaciones, cooperativas, juntas vecinales comunales, etc.) y gobiernos locales, son incipientes.

Las acciones de fortalecimiento de la institucionalidad y presencia de Estado para garantizar los mismos derechos y recursos para mujeres y hombres en las zonas de DA y combatir los altos índices de violencia contra la mujer, son limitadas.

En relación al acceso, control, uso y manejo de los recursos naturales/productivos

Con el fin de superar la situación actual en la que las mujeres tienen menor acceso y control a la propiedad agropecuaria, viendo así limitada su participación en las intervenciones de DA.

Proporcionado capacitación, asistencia técnica y acciones específicas con enfoque de género, para la gestión de riesgo y adaptación al cambio climático, con el fin de afianzar el efecto de los cultivos alternativos y disminuir el costo de las intervenciones.

En lo referente a la incorporación de la mujer indígena y nativa en las intervenciones de DA

En muchas de las intervenciones del DA realizadas hasta ahora, la incorporación de las mujeres indígenas y las de los pueblos nativos, ha sido escasa, inadecuada y/o no realizada en base a sus condiciones socioculturales.

En lo referente a la incorporación de los efectos de la pandemia COVID-19 en las estrategias de DA con enfoque de género

Integrar los efectos de la pandemia COVID-19 en los programas de DA, analizando las circunstancias específicas de las mujeres y las niñas en relación con el cultivo para la producción de drogas ilícitas.

4.3.6. Propuestas para avanzar

Los cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas no constituyen una simple actividad agrícola más, sino forman parte de una economía ilícita marcada por el narcotráfico que conlleva varias otras actividades ilegales. El carácter ilegítimo e ilegal de la economía de la coca, junto con la escasa presencia de Estado, el deshabilitado tejido social, los altos índices de pobreza y violencia contra la mujer, profundiza las brechas y estereotipos de género, ya conocidos del ámbito rural.

El DA representa un componente crucial de la estrategia para prevenir y controlar los cultivos destinados a la producción de drogas ilegales. Durante los últimos 40 años, el modelo de DA ha pasado por diferentes fases, enfoques y contextos, permitiendo acumular una valiosa experiencia en diferentes contextos y países.

En cuanto a los temas de género, los trabajos han mostrado que las intervenciones de DA no son “neutrales” en relación a los aspectos de género. Las mujeres enfrentan brechas y desigualdades de diferentes contextos, limitadas oportunidades económico-productivas y falta de reconocimiento de su liderazgo y participación comunitaria. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, tanto de los Gobiernos nacionales como de las entidades de cooperación internacional, la problemática aún no se ha podido atender adecuadamente.

La creación, para algunos países, y la continuidad y aplicación sostenida para otros, de los lineamientos nacionales e internacionales de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en DA, es vital para superar las brechas estructurales de género que se presentan y, así, avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos de DA. En este sentido, algunos de los aspectos a considerar, para que las intervenciones/programas de DA con enfoque de género sean cada vez más efectivos y sostenibles, son los siguientes:

En relación a la gestión del modelo de DA con enfoque de género

Los países de América latina y el Caribe cuentan con importantes leyes, estrategias y programas nacionales de control de drogas y reconocen la incorporación de la perspectiva de género en el modelo de DA como una prioridad (CND, 2016). Hay una alta sensibilidad, esfuerzos valiosos y avances importantes que demuestra la prioridad del tema. Sin embargo, a pesar de que todos ellos aplican en el modelo DA en cierto modo el enfoque de género, existe una debilidad principal —la limitada operatividad, o con otras palabras los enfoques diferenciales, a veces se pierden en la acción por no ser suficientemente adaptados a las diferentes realidades y necesidades rurales. Estas estrategias transformadoras necesitan lineamientos prácticos para poder promover en una manera más eficiente la igualdad y equidad económica, política, social y ambiental entre los dos sexos. Esta es una limitación en la gestión del DA que puede explicarse con las décadas de grandes carencias técnicas por parte de las entidades públicas de los tres niveles de gobierno —nacional, regional y local, y que hace necesario la capacitación en temas de género de estas instituciones.

Además, a un nivel más detallado, para poder abordar la problemática de gestión de las entidades correspondientes para la incorporación del enfoque de género en el marco de DA se necesita:

- ▶ **Base legal, voluntad y compromiso político:** una clara agenda política y normativa del DA, con enfoque de género que contiene acciones, indicadores y resultados operativos y prácticos que permita: el crecimiento económico y el bienestar de toda la población a través de una diversificación productiva con actividades de carácter agrarias y no-agrarias; que contribuye a la seguridad alimentaria, a la adaptación, mitigación y gestión de riesgo frente al cambio climático, y que promueve el enfoque interseccional con las dimensiones de género, etnia y pobreza en las zonas de DA. Además, por ser una prioridad de carácter nacional y transversal para la mayoría de los sectores del Estado, se necesita el compromiso y voluntad política de todos los niveles del gobierno de ejecutar, articular y transmitir la gestión del DA.
- ▶ **Capacidades y competencias:** recursos humanos en todos los niveles del gobierno que tienen las adecuadas capacidades, competencias técnicas, y de gestión para la realización de una óptima formulación, implementación, monitoreo y seguimiento de las acciones de DA con enfoque de género.
- ▶ **Recursos financieros:** medidas y recursos económicos suficientes, tanto del presupuesto público como de fuentes de cooperación internacional, que permitan abordar y corregir las desigualdades entre mujeres y hombres en los procesos de post-erradicación de cultivo ilícito y las actividades de DA.
- ▶ **Alcance poblacional:** estrategias para la integración de toda la población en las zonas vulnerables o afectadas por los cultivos ilícitos en las actividades del DA en base de generación de confianza entre la comunidad y el gobierno.
- ▶ **Trabajo con los diferentes stakeholders de la sociedad:** el involucramiento más activo: del sector privado, mediante la convergencia entre la responsabilidad social corporativa y las prioridades de reducción de la pobreza en estos ámbitos; de la academia a través de un trabajo académico de investigación que impulsa acciones innovadoras, y de la sociedad civil, que por sus características posee información primaria y actualizada sobre las comunidades de las zonas en una situación de pobreza y sus carencias.

En relación a la formulación de los programas, proyectos y actividades de DA con enfoque de género

A un nivel genérico, en la formulación de iniciativas de Desarrollo Alternativo con enfoque de género deberían incluir los siguientes aspectos:

- ▶ diferenciar capacidades, necesidades y prioridades de las mujeres y de los hombres en términos económicos, sociales y ambientales y asegurarse de que las posiciones e ideas de ambos sean tomadas en cuenta al formular y/o priorizar las acciones de DA;
- ▶ considerar las implicaciones de la intervención sobre la situación de las mujeres y de los hombres en términos de igualdad de género;

- integrar en la intervención acciones dirigidas específicamente a desafiar las desigualdades de género.

En lo referente a la incorporación de los efectos de la pandemia COVID-19 en las estrategias de DA con enfoque de género

Incorporar la perspectiva de género en la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de los programas de DA, que formulen y difundan medidas adecuadas en función a las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las niñas en relación con el cultivo destinado a la producción de drogas ilícitas y sus efectos en la pandemia COVID-19.

Desarrollar medidas para fortalecer las políticas de drogas de DA con perspectiva de género.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En muchos países del Mundo, y también de América Latina y del Caribe, la incorporación del enfoque de género en las políticas de drogas sigue siendo una asignatura pendiente para la mayoría de las instancias implicadas en el proceso su diseño, implementación y evaluación. Este proceso de transversalización presenta dificultades desde el momento de la concepción de las políticas, al no prestarse atención en muchos casos a las implicaciones que el fenómeno de drogas y las propias políticas tienen tanto para mujeres como para hombres y sus comunidades, invisibilizando las distintas realidades de las mujeres consumidoras de drogas, la estigmatización que sufren, el incremento del número de mujeres en las cárceles, o la exclusión que enfrentan las mujeres productoras y trabajadoras de las etnias indígenas andinas y amazónicas a la hora de implementar programas de desarrollo alternativo.

El impacto de los problemas relacionados con la oferta y la demanda de drogas se agudiza en el caso de las mujeres al producirse en un contexto de desigualdad de género y relaciones patriarcales con diferentes manifestaciones e intensidades. La inequidad de género se manifiesta y reproduce en todos los ámbitos: en el laboral, en los niveles de ingresos, en la disponibilidad y uso del tiempo, en la participación política, etc.; y sin duda interfiere en el modo en que se involucran las mujeres en los diferentes problemas relacionados a las drogas, ámbito en el cual los estereotipos de género se manifiestan de un modo contundente y complejo, y hasta contradictorio en algunos aspectos.

La pandemia ha incrementado las brechas socioeconómicas en muchos países de la región, incrementando a la vez las desigualdades de género en el acceso a servicios de atención a los problemas de consumo de drogas. A partir de la pandemia COVID-19, en la mayoría de los casos, la oferta de servicios de los sistemas de salud para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas fueron interrumpidos, aunque en algunos casos se han desarrollado de sistemas de atención virtual en el campo de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias. Por otro lado, ha habido dificultades para la adaptación de los profesionales en salud mental a la lógica de la modalidad virtual y existe falta de capacitación para brindar psicoterapia y otro tipo de tratamientos en este medio. En este sentido y en el contexto de la crisis, se debe fortalecer el acceso a servicios de atención a través de un marco normativo adecuado y con un enfoque de derechos humanos.

Es importante tener presente que las mujeres, como colectivo, son un grupo heterogéneo y que el ciclo de vida por el que están transitando, así como la pertenencia a determinados niveles socioeconómicos y etnias, implican la presencia de determinantes específicos que deben evaluarse y tomarse en cuenta desde el inicio de la planificación de cualquier política de drogas que aspire a una incorporación apropiada y comprehensiva del enfoque de género.

Repensar y evaluar la efectividad del marco normativo internacional y su aplicación a nivel regional y nacional en relación a las políticas de drogas, así como su efecto en los derechos humanos y derechos de las mujeres, implica que los gobiernos den un giro sustancial a sus políticas y estrategias, a partir de la evidencia y de la evaluación de indicadores de éxito y fracaso de las políticas implementadas, que sirvan para reorientar las prioridades en materia de drogas con enfoque de género. Es preciso el desarrollo de sistemas de información que incluyan indicadores e investigaciones adecuados, no solo que permitan una desagregación por sexo, sino también indicadores y estudios sensibles a la medición y explicativos de las desigualdades y brechas de género, cuyo impacto es especialmente negativo para las mujeres.

Mirar desde una perspectiva de género a las políticas de drogas, prestando una atención especial a los procesos de empoderamiento de las mujeres, permite considerar la interrelación que se produce entre estas políticas, los derechos humanos y los derechos de las mujeres a nivel internacional, regional y nacional. Es preciso promover y fortalecer la voluntad política, las capacidades institucionales y las herramientas técnicas y presupuestarias para incorporar la perspectiva de género a las políticas de drogas y garantizar que su implementación contribuya a eliminar importantes inequidades de género todavía presentes en gran parte de los países de la región.

Tomando en cuenta que una de las finalidades de este trabajo es generar una herramienta útil de orientación y apoyo para la incorporación del enfoque de género en las políticas de drogas, se presentan a continuación una serie de conclusiones y recomendaciones específicas en cada ámbito.

Conclusiones

Covid-19

Los derechos de las mujeres y los avances realizados en materia de igualdad de género se están viendo duramente golpeados por las medidas de austeridad tras la pandemia, en medio de una crisis que ha retrasado el camino para cerrar la brecha de género a toda una generación. Esta situación se ve agravada por el hecho de que, en varios países, las mujeres se enfrentan a una segunda pandemia por el incremento de la violencia de género (Las desigualdades matan, Intermon enero 2022).

Los sectores afectados por la pandemia del COVID-19 requieren de actividades de planificación que permitan una reorientación de sus políticas en materia de drogas hacia una sustentabilidad a mediano y largo plazo, que responda a los impactos económico, social y de salud ocasionados por la pandemia, especialmente en los sectores vulnerables más afectados. Por consiguiente, es importante fortalecer el desarrollo de capacidades y los recursos públicos para mitigar los riesgos actuales y futuros que ha ocasionado la pandemia de COVID19 en las políticas de drogas⁵².

El confinamiento ha afectado los comportamientos de los consumidores de drogas. Los tratamientos deben tomar en cuenta los efectos que ha generado la pandemia y adaptar los modelos de intervención en función al cambio en la relación del consumo de sustancias. Durante la pandemia COVID-19 muchos de los servicios y centros de atención a las drogodependencias han paralizado sus actividades o han priorizado intervenciones de atención a la pandemia. Ello ha tenido un impacto notable en la labor de los y las profesionales que trabajan en la prevención de las adicciones.

Desigualdad

Las medidas para mitigar la propagación del virus han afectado todos los ámbitos de la vida de las personas. La crisis ha exacerbado las brechas de desigualdad y se ha incrementado el desempleo afectando a las personas más vulnerables. Muchas personas han quedado sin trabajo y, como consecuencia, ha crecido la violencia y la pobreza. Esto ha incrementado las situaciones de vulnerabilidad que influyen en el uso problemático, tráfico y producción de drogas ilícitas. Sus efectos tienen una relación directa en las mujeres, ya que son las que sufren en mayor medida las consecuencias ante la crisis económica, incrementado las desigualdades estructurales ya existentes. Aquellas mujeres jefas de hogar que están al cuidado de los hijos y dependientes son las más vulnerables a sufrir las consecuencias de esta crisis.

Violencia

En el año 2020, América Latina contó con las tasas más altas por cada 100.000 mujeres de femicidios o feminicidios. Según ONU Mujeres, en la cuarentena por COVID-19, la violencia contra niñas y adolescentes se ha incrementado. Desde el inicio de la pandemia en América Latina y el Caribe, la violencia contra mujeres se ha intensificado, los asesinatos de mujeres también han alcanzado cifras sin precedentes y, a pesar de estos escalofriantes indicadores, la violencia de género tan solo ha recibido el 0,0002% de los fondos de respuesta al coronavirus, (Intermon, 2022).

Las medidas de confinamiento, el distanciamiento físico y las restricciones de movilidad han sido algunos de los factores predominantes, generando un mayor aislamiento de las mujeres de sus redes de apoyo (CEPAL, UNICEF 2020).

52 https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46001/1/S2000453_es.pdf

Las personas que consumen drogas se enfrentan a situaciones de violencia en sus múltiples facetas, la vulnerabilidad social y económica y las conductas que infringen la ley penal, las cuales tienen efectos en la criminalización, el estigma y las distintas discriminaciones resultantes.

Consumo

Algunos consumos de drogas ilícitas generan estigmatización de las personas involucradas en ellos en diversos contextos sociales en América Latina y el Caribe, centrando la atención desde las políticas públicas, en muchos casos no tanto por la magnitud de la carga de enfermedad que generan, sino por el imaginario social negativo que dicho consumo evoca, ligado a problemas sociales, de desviación moral y de orden público. Además, el uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres. Sin embargo, los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres. El uso no médico de medicamentos de prescripción controlada, drogas sintéticas, opioides y drogas legales (como alcohol y tabaco) demuestran cómo los patrones del consumo de drogas están cambiando en este sentido. (CICAD-OEA, 2019).

Especificidades de las mujeres que usan drogas:

- ▶ Los determinantes sociales vinculados al rol de género impactan en la reducción del inicio del consumo de algunas drogas. Al mismo tiempo, exacerbaban los efectos negativos de su consumo en las mujeres.
- ▶ La estigmatización y vulnerabilidad, la violencia y el abuso sexual, son las experiencias más traumáticas en las mujeres que usan drogas.
- ▶ El rol del hombre consumidor en la pareja promueve el inicio, la continuidad y la recaída en el consumo de sustancias ilegales en sus parejas mujeres.
- ▶ La maternidad es un estado complejo en la mujer consumidora de drogas.
- ▶ Las condiciones de vulnerabilidad en la niñez y en la adolescencia son predictores para el inicio del consumo de drogas que afecta especialmente a las mujeres.
- ▶ Las mujeres con uso problemático de drogas tienen mayores dificultades para acceder a programas de tratamiento y de reducción de daños.
- ▶ La intersección entre uso de drogas y violencia no parece estar atendido en la práctica, por lo menos en términos generales, lo cual no excluye la existencia de experiencias locales exitosas.

Recomendaciones

Marco normativo, derechos humanos y derechos de las mujeres

- ▶ En los procesos de diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas de drogas es importante incorporar los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, derechos de las mujeres y políticas de drogas en acciones y políticas verificables y medibles.
- ▶ Considerar el impulso y desarrollo de ajustes normativos en las legislaciones nacionales y medidas alternativas al arresto y a las penas de prisión para delitos menores y no violentos relacionados con las drogas. Además, se requieren penas y sentencias más proporcionadas, especialmente sensibles a las situaciones de alta vulnerabilidad en las que se hallan numerosas mujeres en conflicto con la ley penal. Los delitos de microtráfico deben ser analizados con otra mirada, dado el contexto y las vulnerabilidades socioeconómicas donde, en muchos casos, las mujeres son la jefa de hogar y la única fuente de sustento económico de sus familias, o en otros donde existe coerción y violencia para que las mujeres se involucren en hechos delictivos relacionados con las drogas, existiendo una relación directa entre el tráfico de drogas y el tráfico de personas.
- ▶ Las intervenciones destinadas a mujeres privadas de libertad deben inspirarse en el respeto a los derechos humanos y sustentarse en las Reglas de Bangkok, evaluando y mejorando las condiciones carcelarias, dando un seguimiento a los reportes de denuncias por tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, que permita tomar acciones sobre los costos que las políticas de drogas han generado y reorientar las políticas de castigo, represión y criminalización a un enfoque de salud pública y de reinserción social.
- ▶ Las iniciativas adoptadas en el marco de intervenciones de desarrollo alternativo deben estar adaptadas a las características y necesidades de cada contexto, tomando en cuenta la participación de las mujeres y sus derechos en su diseño e implementación.

Capacitación y sensibilización

- ▶ Es preciso ir avanzando en una mirada de género en las políticas de drogas hacia escenarios más justos e igualitarios, lo que implica realizar esfuerzos de sensibilización, capacitación, discusión pública e incidencia política para una comprensión profunda de las implicaciones del género como vector de generación de desigualdades, tanto en los niveles de toma de decisiones políticas, como en el nivel técnico responsable de diseñar, implementar y evaluar las políticas de drogas en los diferentes países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la discusión de género debe ir más allá del trabajo dirigido a las mujeres, incluyendo aspectos tales como la construcción de las masculinidades, el trabajo con colectivo LGTBIQ+ y otros grupos invisibilizados por la estigmatización social.
- ▶ Promover y fortalecer la formación y capacitación continua en temas de género, de los diferentes profesionales, técnicos y actores involucrados en la implementación de acciones para reducir la demanda de drogas.

- ▶ La violencia de género es uno de los principales ejes de desigualdad en el mundo. Las instancias que trabajan con mujeres víctimas de violencia o con mujeres privadas de libertad debido a delitos no violentos relacionados con drogas, requieren de sensibilización y capacitación específica en materia de políticas de drogas y género, con enfoques teóricos que permitan mirar la situación desde una perspectiva de género y que centralice sus acciones en el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas.
- ▶ Promover, en concordancia con las políticas nacionales, acciones encaminadas a capacitar al personal respecto al impacto negativo sobre el medio ambiente que ocasionan los problemas relacionados con las drogas y sus nexos con aspectos de género, para que pueda ser incorporado como parte de las políticas y estrategias asumidas por los distintos países.
- ▶ Prevalece la necesidad de fortalecer los mecanismos de colaboración y cooperación entre los distintos países, las instancias involucradas y los actores de la sociedad civil, a partir del intercambio de experiencias y buenas prácticas, para efectivizar la transversalidad de género en las estrategias en el caso de algunos países y garantizar la sostenibilidad a mediano y largo plazo de otros, con la constante consigna de contar con políticas de drogas más justas, incluyentes, equitativas y con respeto a los derechos humanos.

Sistemas de información

- ▶ Es evidente la falta de información actualizada e indiscutible la necesidad de mayor investigación, mejores registros y un continuo monitoreo sobre los problemas relacionados con las drogas y sobre el impacto de las políticas, diferenciando las distintas implicaciones para hombres y para mujeres.
- ▶ 23 países participantes en el presente estudio utilizan la diferenciación por sexo en los estudios sobre consumo de drogas. El 87%, de estos países (20), tiene información desagregada por sexo en las estadísticas policiales de personas inculpadas y en estadísticas sobre población privada de la libertad. En 18 países, esta información desagregada se incluye en sus estadísticas policiales sobre víctimas de delitos y en estadísticas judiciales sobre personas en procesos judiciales o ya sentenciados. 11 países cuentan con la información desagregada en sus encuestas sobre victimización. En 8 países existe información sobre la violencia de género en contra de las mujeres que está vinculada al uso de sustancias psicoactivas y en 13 países cuentan con información sobre el consumo perjudicial de drogas en población privada de la libertad, según sean hombres o mujeres (en 7 de ellos, esta información tiene acceso reservado y en 6 es información pública).
- ▶ Es imprescindible contar con datos integrales pues la falta de información termina siendo una barrera para desarrollar mayores estudios y para que las instituciones puedan optimizar sus decisiones, así como efectuar el necesario seguimiento y monitoreo sobre los avances en la incorporación del enfoque de género en las políticas de drogas adoptadas por cada uno de los países.
- ▶ Mujeres y hombres tienen distintas actitudes respecto a las drogas y los problemas relacionados con ellas, afectándoles de manera diferenciada y profundizando en las brechas de equidad.

Mientras no se cuente con conocimiento, información y datos diferenciados, se imposibilita la comprensión de los progresos adelantados para reducir estas brechas.

- ▶ A nivel mundial y regional, se han incrementado los esfuerzos para mejorar la recolección de datos y profundizar en el conocimiento sobre los distintos problemas relacionados con las drogas y, específicamente, sobre la situación de las mujeres, tanto en los ámbitos de la oferta como del consumo de drogas.
- ▶ Varios organismos e instancias internacionales están fortaleciendo procesos de generación de información que permiten dar cuenta de los avances que se están produciendo en la consecución de los ODS. Sin embargo, y pese a los crecientes esfuerzos por contar con más información y de mayor calidad, se observa aún la falta de datos esenciales desagregados por sexo y lagunas de conocimiento en aspectos importantes para la incorporación del enfoque de género, particularmente en elementos relacionados con los impactos en los derechos humanos y en la salud pública. Se deben potenciar estudios e investigación con diferentes metodologías, que aporten una visión interseccional de género en relación a las drogodependencias y a otros problemas relacionados con las drogas, en los países de América Latina y el Caribe.
- ▶ Es importante, igualmente, considerar la participación activa de mujeres que usan drogas y/o que participan o están siendo afectadas por los diferentes aspectos del fenómeno y de las políticas públicas de drogas, en el diseño de nuevos estudios e indicadores para el diagnóstico y monitoreo de los nexos entre drogas y género.
- ▶ Desarrollar investigaciones cualitativas sobre el uso de drogas por parte de niñas y mujeres, que las incluyan como sujetos activos en el diseño, ejecución y presentación de las intervenciones socio-sanitarias.

Intervenciones socio-sanitarias

Es prioritario incorporar el enfoque de género en los programas de prevención familiar, comunitaria, educativa y laboral, prestando especial atención a la inclusión de elementos esenciales en prevención, intervención temprana, tratamiento, reducción de daños, rehabilitación, reinserción social, y servicios de apoyo relacionados. Se recomienda:

- ▶ Diseñar e implementar un sistema integral de programas de prevención universal, selectiva e indicada basados en la evidencia, con objetivos medibles, dirigidos a los distintos grupos poblacionales, incluyendo poblaciones de mujeres en situación de especial riesgo y vulnerabilidad.
- ▶ Elaborar guías ante situaciones de emergencias y desastres como la pandemia COVID-19, para la disponibilidad y prestación de servicios de tratamientos de drogas oportunos y adaptados a las especificidades de género, y evitar la suspensión de servicios, restricciones de acceso, cierres temporales y otros.
- ▶ Facilitar el acceso a las mujeres con problemas de dependencia a las drogas a un sistema de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basados en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente.

- ▶ Explorar los medios para ofrecer tratamiento, reducción de daños, rehabilitación y reinserción social a mujeres dependientes de drogas en conflicto con la ley penal, como medida alternativa a su persecución penal o privación de libertad.
- ▶ Los programas de intervención deben alcanzar a las mujeres en situación de mayor exclusión, a través de actuaciones respetuosas con los derechos humanos que favorezcan la empatía y la inclusión social.
- ▶ Es necesario desarrollar programas de reducción del estigma asociado al uso de drogas, con enfoque en las mujeres y las niñas.
- ▶ Es aconsejable que, desde todos los ámbitos, los programas de prevención de las drogodependencias, asistencia, reducción de daños y rehabilitación, incorporen objetivos con relación a la afectividad, el significado del amor y la relaciones sexuales, abuso sexual, embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.
- ▶ Teniendo en cuenta que el abuso sexual y otras formas de abuso repercuten en el uso de sustancias psicoactivas, especialmente entre las mujeres, resulta esencial el desarrollo de programas que ayuden a prevenir la violencia contra las niñas y las mujeres, y que proporcionen protección y apoyo efectivo a las víctimas.
- ▶ El diseño e implantación de programas de prevención debe tomar en cuenta el enfoque de género y los factores de protección y riesgo diferenciado, por grupos de edad y condición socio-económica, entre mujeres y hombres, niñas y niños.

Propuestas en el ámbito comunitario

- ▶ La prevención de los usos problemáticos de drogas desde un enfoque comunitario parte de la premisa de que los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas no solo implican a la persona que consume drogas, sino también a la comunidad de la que forma parte (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2013).
- ▶ La implicación de la comunidad puede contribuir a reducir la estigmatización de las mujeres consumidoras de drogas y facilitar la provisión de servicios.
- ▶ Se necesita más información sobre los servicios que permita que las comunidades puedan hacer frente de forma eficaz a los daños colectivos causados por el uso de drogas entre las mujeres.
- ▶ Se requieren más investigaciones que aporten evidencia sobre la efectividad de las intervenciones comunitarias dirigidas a las mujeres.
- ▶ Se requieren investigaciones necesarias para poder desarrollar un modelo comunitario de reducción de daños adaptado a las necesidades y a la realidad de las mujeres en los países de América Latina y del Caribe.

Propuesta en el ámbito de integración social y económica

- ▶ Es preciso ampliar la oferta de programas de integración social y económica destinados a personas usuarias de drogas en general, y especialmente aquellos dirigidos a atender las necesidades específicas de las mujeres, evitando la estigmatización.

- ▶ Los programas de integración social y económica deberían estar a disposición de todas las personas que usan drogas, y con énfasis particular en las personas en situación más alta de vulnerabilidad, incluyendo a mujeres que usan drogas.
- ▶ Las mujeres que consumen drogas no constituyen una población homogénea, y los programas de integración social deben tomar en consideración esa heterogeneidad y dar respuesta a las necesidades de diferentes subgrupos de usuarias.
- ▶ Se debe proporcionar apoyo a las empresas de economía social, tanto por los beneficios para el conjunto de la sociedad como para facilitar el retorno a un empleo digno a las mujeres consumidoras de drogas en riesgo o en condiciones de exclusión social, así como a las que han estado encarceladas por delitos relacionados con las drogas.
- ▶ En la evaluación de las intervenciones que se desarrollan desde otros ámbitos como los servicios sanitarios o los centros penitenciarios, deben considerarse también los resultados en términos de integración social y económica.

Propuestas en el ámbito educativo

- ▶ Es preciso que los programas de prevención sean sensibles al género y que incluyan estrategias dirigidas específicamente a las niñas. De este modo, será posible aumentar tanto la efectividad de los programas entre las mujeres, como mejorar su captación y adherencia. (UNODC, 2016)
- ▶ Es aconsejable que los programas de prevención escolar incluyan módulos sobre afectividad, relaciones sexuales, abuso sexual, embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.
- ▶ En algunos grupos, el uso de sustancias puede estar asociado a los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que es conveniente abordar los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, como la presión social para alcanzar una imagen corporal idealizada y poco realista.
- ▶ Es indispensable analizar las brechas digitales que ha generado la pandemia COVID-19 con la educación a distancia, existiendo un gran porcentaje de la población de la CELAC, en especial el colectivo de mujeres, que no tienen acceso al internet, lo que puede ocasionar un incremento significativo de deserción escolar y un incremento de los riesgos respecto al consumo de drogas.

Empleo

El aumento del desempleo y la falta de oportunidades en Latinoamérica y El Caribe acentuadas por la crisis de COVID-19 han incrementado las probabilidades de que las personas pobres y desfavorecidas se involucren en patrones nocivos de consumo de drogas, sufran trastornos por consumo de drogas y recurran, por necesidad, a actividades menores vinculadas a los mercados de drogas ilícitas, ya sea en su producción, transporte, distribución o venta.

- ▶ Seguir promoviendo la adopción de los principios para el abordaje del uso de drogas en el trabajo señaladas por la Organización Internacional del Trabajo, de manera que se favorezca, dentro y fuera de los centros de trabajo, el apoyo a la resolución de los problemas derivados del uso de

drogas y se eviten prácticas innecesarias y humillantes como la obligación de someterse a test de drogas en la orina.

- ▶ Facilitar el retorno al trabajo de las mujeres con una historia personal de problemas causados por el alcohol y otras drogas, no solamente para facilitar su integración social y laboral.
- ▶ Considerar el análisis de la adaptación en el ámbito laboral a la situación generada por el COVID-19 y el desarrollo del trabajo no presencial (plataformas virtuales, nuevas tecnologías de comunicación), a través del rediseño de ciertos tipos de intervenciones, o hacerlas más adaptables a cualquier circunstancia o riesgo futuro.

Intervenciones en el ámbito de la justicia penal

Entre los años 2000 a 2015, el incremento en la tasa de encarcelamiento de mujeres por delitos vinculados a drogas fue del 51.6% mientras que la de los hombres fue del 20%. En algunos países incluso hay encarcelamientos por el delito de tenencia para el consumo, evidenciando la rigidez de las políticas punitivas frente a este problema. Institute for Criminal Policy Research (citado en WOLA, 2016).

En el marco de la revisión de leyes, políticas y prácticas de justicia penal relacionadas con las drogas, se recomienda:

- ▶ Desde los distintos órganos de poder y en conjunción con la sociedad civil, debe establecerse una política integral de atención a las mujeres, con énfasis en mujeres acusadas de delitos menores relacionados con las drogas.
- ▶ Recolectar datos desagregados por género que sean recientes, relevantes y fiables para entender mejor el perfil de las mujeres encarceladas por delitos de drogas y su situación de vulnerabilidad y adoptar medidas apropiadas para reducir el número de mujeres encarceladas por delitos de drogas.
- ▶ Promover mayor proporcionalidad en las penas impuestas por delitos de drogas menores y no violentos, considerando factores mitigantes y alternativas no coercitivas al arresto y al encarcelamiento para mujeres en situación de vulnerabilidad.
- ▶ Considerar la eliminación de las sanciones penales para uso de drogas y posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal.
- ▶ Las estrategias de prevención del delito deben basarse en un enfoque de incorporación social y de no criminalización, en el que las penas de privación de libertad sean utilizadas como último recurso.
- ▶ El diseño, funcionamiento y gestión de los sistemas penitenciarios debe estar libre de estereotipos y garantizar el acceso de las mujeres a todos los servicios y derechos.
- ▶ Es necesario ampliar los programas preventivos, de tratamiento, integración social y reducción de daños en los ámbitos penitenciarios.
- ▶ Las niñas y niños de madres encarceladas son sujetos de derecho y deben estar contemplados en las políticas y, sobre todo, en los presupuestos penitenciarios.

Desarrollo Alternativo (DA)

- ▶ Ampliar el conocimiento, la información y evidencia disponible sobre las políticas y programas del DA desde la perspectiva de género.
- ▶ El DA analiza las causas del involucramiento de las comunidades a las actividades ilegales e interviene con alternativas de producción en las zonas en situación de vulnerabilidad o afectadas, a partir de la promoción de cadenas de valor de diferentes cultivos alternativos a cultivos destinados a la producción de drogas ilegales. Los programas de DA deben incorporar un análisis de género y generar información respecto al rol de la mujer agricultora, promoviendo la participación de las mujeres en el proceso y desarrollando indicadores que permitan evaluar los resultados de su implementación, tanto en hombres como en mujeres, y con un enfoque interseccional.
- ▶ Se debe promover investigación que dé cuenta de la situación de las mujeres en las zonas de cultivo y producción, generando información estadística de relevancia, desagregada por sexo, tomando en cuenta el evidente efecto negativo que la problemática asociada con los cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas tiene hacia las mujeres.
- ▶ Se deben generar programas específicos que incentiven la participación y liderazgo de las mujeres a nivel político y comunitario en los espacios de participación y liderazgo en las comunidades.
- ▶ Los proyectos de DA deben fomentar un mayor acceso y control de la tierra a través de títulos de propiedad. Estos títulos son adjudicados en un alto porcentaje a hombres. Se debe incrementar la tenencia de títulos de las tierras agrícolas por parte de las mujeres, en especial de las mujeres jefas de hogar.
- ▶ Se debe tomar en cuenta el efecto que tiene para las mujeres la disminución de la producción agrícola de DA como consecuencia del cambio climático, dado que las mujeres son las más afectadas y vulnerables a sus efectos, tanto a corto, como a mediano y largo plazo.



ANEXOS

Anexo 1. Transversalización de la perspectiva de género en las políticas sobre drogas

CUESTIONARIO

Introducción

Este cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre seis rubros:

1. PLAN NACIONAL DE DROGAS
2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA
3. REDUCCIÓN DE DAÑOS
4. REDUCCIÓN DE LA OFERTA
5. INTEGRACIÓN SOCIAL PARA MUJERES EX PRIVADAS DE LA LIBERTAD
6. ENCUESTAS E INVESTIGACIÓN

Consta de 39 preguntas de distintas modalidades: cerradas, respuesta múltiple, tablas y abiertas.

Cada sección concluye con una respuesta abierta en la cual se solicita a la persona encargada de contestar el cuestionario que exprese su punto de vista y, en los casos pertinentes, que elabore sobre por qué no se cuenta con determinada información de la sección correspondiente.

En los casos donde se considera oportuno dar indicaciones sobre cómo contestar la pregunta, éstas se encuentran al final de la pregunta (entre paréntesis, en cursivas y en negritas).

Tomando en cuenta que la terminología legal y técnica varía entre los países, se procuró utilizar un lenguaje general, que no refleje únicamente las tendencias de un país o de una región; por lo anterior, se solicita atentamente a los países hacer los cambios que consideren oportunos para la armonización legal y lingüística.

1. PLAN NACIONAL DE DROGAS

1. ¿Su país cuenta con un plan nacional de drogas?

- Sí, pasar a la pregunta 2
- No, pasar a la pregunta 6

2. ¿Se incluye la perspectiva de género en el plan nacional de drogas?

- Sí, pasar a la pregunta 3
- No, pasar a la pregunta 4

3. ¿En qué sección o secciones del Plan Nacional de Drogas se hace referencia a la perspectiva de género?

4. ¿En el Plan Nacional de Drogas, se hace alguna referencia específica a las mujeres?

- Sí, pasar a la pregunta 5
- No, pasar a la pregunta 6

5. ¿En qué sección o secciones se hace referencia a las mujeres?

2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

6. Su país, ¿cuenta con normativa en materia de reducción de la demanda?

- Sí, pasar a la pregunta 7
- No, pasar a la pregunta 11

7. ¿Cuáles son las normativas que regulan la estrategia de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas?

- Ley de drogas
- Ley de salud
- Ambas
- Otra; ¿cuál? _____
- Ninguna

8. ¿Cuál es la norma aplicable en materia de reducción de la demanda?

Tabla 1. Normativa en materia de reducción de la demanda

Nombre de la ley/norma/reglamento/ etc.

9. ¿Las normativas presentadas en la Tabla 1, hacen referencia específica a las mujeres?

- Sí, completar la Tabla 2
- No, pasar a la pregunta 10

Tabla 2. Secciones específicas relacionadas con mujeres

Nombre de la normativa	Sección o secciones (título, capítulo, etc.)	Artículos (indicar el número)
------------------------	--	-------------------------------

10. ¿Qué medidas dirigidas a las mujeres se incluyen en la estrategia de reducción de la demanda? (Favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

- Programas de prevención específicos para mujeres
- Programas de atención y tratamiento específicos para mujeres
- Programas de reducción de daños específicos para mujeres
- Programas de integración social específicos para mujeres
- Centros de atención y tratamiento exclusivos para mujeres
- Espacios dentro de los centros de atención y tratamiento, exclusivos para mujeres
- Horarios dentro de los centros de atención y tratamiento, exclusivos para mujeres
- Servicios de cuidado en los centros de atención y tratamiento, para niñas y niños dependientes de mujeres usuarias
- Servicios médicos específicos para mujeres
- Servicios de orientación y asistencia legal para mujeres usuarias víctimas de violencia
- Otras, ¿cuáles? _____
- Ninguna

11. ¿Qué medidas dirigidas a las mujeres podría incluirse en la normativa sobre reducción de la demanda?

2.1. Prevención

12. ¿Cuáles son los programas de prevención que existen en su país dirigidos únicamente a mujeres y niñas? (favor de especificar por nombre, tipo, población a la que están dirigidos, etc.)

Tabla 3. Programas de prevención dirigidos a mujeres y niñas

Nombre del programa	Tipo de prevención (primaria, secundaria, terciaria)	Población a la que está dirigido (grupos etarios, poblaciones específicas)	Medios de difusión (medios de comunicación, afiches, pláticas, capacitaciones, etc.)	Ámbito de implementación (escuelas, lugares de trabajo, hospitales, medios de transporte, etc.)
---------------------	--	--	--	---

13. Su país, ¿cuenta con programas de prevención dirigidos a mujeres en los centros de reclusión?

- Sí, completar la Tabla 4
- No, pasar a la pregunta 14

Tabla 4. Programas de prevención en centros de reclusión

Nombre del programa	Tipo de prevención (primaria, secundaria, terciaria)	Población a la que está dirigido (sexo, grupos etarios, poblaciones específicas)	Medios de difusión (pláticas, afiches, capacitaciones, etc.)	Áreas en la que se difunde (servicio médico, centro escolar, comedores, etc.)
---------------------	--	--	--	---

14. ¿De qué manera considera que pueden ampliarse los programas de prevención específicos para mujeres y niñas?

2.2. Atención y tratamiento del uso problemático de sustancias psicoactivas

15. ¿Su país, cuenta con servicios específicos para mujeres en los centros de atención y tratamiento?

- Sí, completar la Tabla 5
- No, pasar a la pregunta 16

Tabla 5. Servicios para mujeres en los Centros de Atención y Tratamiento

Se solicita que en cada fila se desglose la información indicando el nombre del centro de atención y tratamiento para población en general y su ubicación y marcando los servicios específicamente dirigidos a mujeres, como en el ejemplo (en cursivas, en la primera fila)

Nombre del centro	Ubicación	Atención médica para la mujer	Terapia psicológica	Servicios de cuidado para los niños	Horarios específicos para mujeres	Áreas específicas para mujeres	Diagnóstico dual	Asistencia legal para mujeres víctimas de violencia	Otros (especificar)
-------------------	-----------	-------------------------------	---------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------	---	---------------------

16. Su país, ¿cuenta con centros de atención y tratamiento exclusivos para mujeres?

- Sí, completar la Tabla 6
- No, pasar a la pregunta 17

Tabla 6. Centros de Atención y Tratamiento para Mujeres

Se solicita que en cada fila se desglose la información por cada servicio de tratamiento como en el ejemplo (en cursivas, en la primera fila).

Nombre	<i>Centro "Mujer"</i>
Tipo de servicio (residencial, ambulatorio, etc.)	<i>Residencial</i>
Centro público, privado o mixto	<i>Privado</i>
Tipo de atención (profesional, ayuda mutua, mixto)	<i>Mixto</i>
Población a la que está dirigido (grupos etarios, poblaciones específicas, etc.)	<i>General</i>
Ubicación geográfica de los centros de tratamiento	<i>Centro de Reinserción Social Femenil 3</i>
Horario	<i>24 horas</i>

Servicios adicionales (asistencia legal, pruebas de VIH, atención médica, etc.)	<i>Asistencia psicológica; Pruebas de VIH; Canalización a atención ginecológica</i>
Número de las personas (profesionales, ayuda mutua, otro) que trabajan en los centros, divididas por sexo	<i>2 profesionales (1 hombre, 1 mujer) 5 personas de ayuda mutua (5 mujeres) 1 psicólogo (mujer)</i>

17. Su país, ¿cuenta con centros de atención y tratamiento exclusivos para mujeres en los centros de reclusión?

- Sí, completar la Tabla 7
- No, pasar a la pregunta 18

Tabla 7. Centros de Atención y Tratamiento para Mujeres en Centros de Reclusión

Se solicita que en cada fila se desglose la información por cada servicio de tratamiento, como en el ejemplo (en cursivas, en la primera fila)

Nombre	<i>Centro "Mujer"</i>
Tipo de servicio (residencial, ambulatorio, etc.)	<i>Residencial</i>
Centro público, privado o mixto	<i>Privado</i>
Tipo de atención (profesional, ayuda mutua, mixto)	<i>Mixto</i>
Población a la que está dirigido (grupos etarios, poblaciones específicas, etc.)	<i>General</i>
Ubicación geográfica de los centros de tratamiento	<i>Centro de Reinserción Social Femenil 3</i>
Horario	<i>24 horas</i>
Servicios adicionales (asistencia legal, pruebas de VIH, atención médica, etc.)	<i>Asistencia psicológica; Pruebas de VIH; Canalización a atención ginecológica</i>
Número de las personas (profesionales, ayuda mutua, otro) que trabajan en los centros, divididas por sexo	<i>2 profesionales (1 hombre, 1 mujer) 5 personas de ayuda mutua (5 mujeres) 1 psicólogo (mujer)</i>

18. ¿De qué manera considera que puede ampliarse la atención a mujeres y niñas con uso de sustancias psicoactivas?

2.3. Integración social para personas con uso problemático de sustancias psicoactivas

19. Su país, ¿cuenta con programas de integración social para mujeres con uso dependiente o problemático de sustancias psicoactivas?

- Sí, completar la Tabla 8
- No, pasar a la pregunta 21

Tabla 8. Servicios de integración social para mujeres con uso de dependiente o problemático de sustancias psicoactivas (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Capacitación laboral	Integración laboral	Integración educativa	Apoyos económicos	Asistencia legal (especificar con qué fines)	Terapia psicológica	Becas y apoyos para los hijos	Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda	Otros (especificar)
----------------------	---------------------	-----------------------	-------------------	--	---------------------	-------------------------------	--	---------------------

20. ¿Qué entes e instituciones proporcionan estos servicios?

Tabla 9. Entes e instituciones que proporcionan los servicios (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

	Institución de gobierno	Sociedad civil	Iniciativa privada	Otra (especificar)
Servicio/ ente				
Capacitación laboral				
Integración laboral				
Integración educativa				
Apoyos económicos				
Asistencia legal (especificar con qué fines)				
Terapia psicológica				
Becas y apoyos para los hijos				
Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda				
Otros (especificar)				

21. ¿De qué manera considera que podrían mejorarse los servicios y programas de integración social dirigidos específicamente a mujeres?

3. REDUCCIÓN DE DAÑOS

22. Su país, ¿cuenta con programas de reducción de daños específicos para mujeres?

- Sí, completar la Tabla 10
- No, pasar a la pregunta 23

Tabla 10. Programas de reducción de daños específicos para mujeres (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Intercambio de jeringas	
Distribución gratuita de condones	
Distribución de kits para el uso seguro de cocaína para fumar	
Test de sustancias en fiestas y clubes	
Tratamiento de sustitución de sustancia	
Salas de consumo	
Screening y seguimiento de mujeres embarazadas	
Acompañamiento de mujeres madres durante los primeros años de vida de los niños	
Apoyo psicológico familiar para mujeres embarazadas y madres	
Tratamiento de sustitución de sustancia para mujeres embarazadas	
Centros con instalaciones para mujeres embarazadas y mujeres con hijos	
Otros (especificar)	

23. ¿Qué entes e instituciones proporcionan estos servicios?

Tabla 11. Entes e instituciones que proporcionan los programas de reducción de daños específicos para mujeres (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

	Institución de gobierno	Sociedad civil	Iniciativa privada	Otra (especificar)
Intercambio de jeringas				
Distribución gratuita de condones				
Distribución de kits para el uso seguro de cocaína para fumar				
Test de sustancias en fiestas y clubes				
Tratamiento de sustitución de sustancia				
Salas de consumo				
Screening y seguimiento de mujeres embarazadas				
Acompañamiento de mujeres madres durante los primeros años de vida de los niños				
Apoyo psicológico familiar para mujeres embarazadas y madres				
Tratamiento de sustitución de sustancia para mujeres embarazadas				
Centros con instalaciones para mujeres embarazadas y mujeres con hijos				
Otros (especificar)				

24. ¿De qué manera considera que podrían mejorarse los servicios y programas de reducción de daños dirigidos específicamente a mujeres?

4. CONTROL DE LA OFERTA

25. ¿Cuáles son las normativas que regulan la persecución de delitos relacionados con las drogas en su país?

- Constitución
- Ley de drogas
- Ley de salud
- Código procesal
- Código penal
- Otra, especificar cuál _____

26. ¿Cuál es la norma específica aplicable en materia de delitos relacionados con las drogas y la sección o secciones que hacen referencia a éstos?

Tabla 12. Normativa en materia de delitos relacionados con las drogas

Nombre de la ley	Sección o secciones (título, capítulo, etc.)	Artículos (indicar el número)
------------------	--	-------------------------------

27. ¿Las normativas, secciones y artículos mencionados anteriormente, incluyen secciones específicas relacionadas con las mujeres?

- Sí, completar la Tabla 13
- No, pasar a la pregunta 28

Tabla 13. Secciones específicas relacionadas con mujeres

Nombre de la ley	Sección o secciones (título, capítulo, etc.)	Artículos (indicar el número)
------------------	--	-------------------------------

28. Su país, ¿cuenta con protocolos de detención, sentencia, ejecución, traslados (u otros) dirigidos a las mujeres o a ciertos grupos de mujeres (embarazadas, madres, con hijos a cargo, etc.)

- Sí, pasar a la siguiente pregunta
- No, pasar a la pregunta 30

29. ¿Qué instancias son responsables de su implementación?

Tabla 14. Instancias responsables de protocolos dirigidos a mujeres

Nombre del protocolo	Instancia responsable de su aplicación (policías, fiscales, jueces, etc.)
----------------------	---

30. ¿Su país, cuenta con una o varias de las siguientes medidas legislativas en materia penal dirigidas específicamente a mujeres acusadas de cometer un delito?

- Sí, completar la Tabla 15
- No, pasar a la pregunta 31

Tabla 15. Normativas penales dirigidas a las mujeres acusadas de un cometer un delito (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Nombre de la ley	Reducción de penas para mujeres	Atenuantes para mujeres	Agravantes para mujeres	Otros (especificar)
------------------	---------------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------

4.1. Medidas alternativas

31. Su país, ¿cuenta con medidas alternativas para mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas?

- Sí, pasar a la siguiente pregunta
- No, pasar a la pregunta 34

32. ¿En cuál de las siguientes fases procesales existen medidas alternativas para mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas? (Favor de marcar todas las opciones que aplican para su país)

Tabla 16. Medidas alternativas

Pre-procesal	Procesal	Sentencia	Ejecución
--------------	----------	-----------	-----------

33. ¿Cuáles medidas alternativas son aplicables en los casos de mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas?

Tabla 17. Medidas alternativas aplicables para mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas

Favor de completar la siguiente tabla sobre medidas alternativas aplicables para mujeres acusadas de delitos de drogas, con información sobre i) fase procesal; ii) normativa en la que se encuentra contemplada; iii) artículo de la misma; iv) población beneficiaria, como en los ejemplos (en cursivas, en la primera y segunda fila)

Fase de la medida	Tipo de medida	Normativa que la contiene	Artículo	Población beneficiaria
<i>Procesal</i>	<i>Arresto domiciliario en sustitución de la prisión preventiva</i>	<i>Código de Procedimientos Penales</i>	<i>158</i>	<i>Mujeres embarazadas</i>
<i>Sentencia</i>	<i>Trabajo Comunitario</i>	<i>Código penal</i>	<i>156, fracción I</i>	<i>Primodelincuentes acusados de posesión de drogas para la venta</i>

5. INTEGRACIÓN SOCIAL PARA MUJERES EX PRIVADAS DE LA LIBERTAD POR DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

34. Su país, ¿cuenta con programas de integración social para mujeres ex privadas de la libertad?

- Sí, completar la Tabla 18
- No, pasar a la pregunta 36

Tabla 18. Servicios de integración social para mujeres ex privadas de la libertad (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Capacitación laboral	
Integración laboral	
Integración educativa	
Apoyos económicos	
Asistencia legal (especificar con qué fines)	
Terapia psicológica	
Becas y apoyos para los hijos	
Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda	
Otros (especificar)	

35. ¿Qué entes e instituciones proporcionan estos servicios?

Tabla 19. Entes e instituciones que proporcionan los servicios (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

	Institución de gobierno	Sociedad civil	Iniciativa privada	Otra (especificar)
Capacitación laboral				
Integración laboral				
Integración educativa				
Apoyos económicos				
Asistencia legal (especificar con qué fines)				
Terapia psicológica				
Becas y apoyos para los hijos				
Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda				
Otros (especificar)				

36. ¿De qué manera considera que podrían mejorarse los servicios y programas de integración social dirigidos específicamente a mujeres ex privadas de la libertad?

6. ENCUESTAS E INVESTIGACIÓN

37. ¿Cuáles de los siguientes rubros estadísticos incluyen información desagregada por sexo?

Tabla 20. Instrumentos de medición con información desagregada por sexo (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Encuestas de uso de sustancias	
Estadísticas policiales sobre víctimas del delito	
Estadísticas policiales sobre personas inculpadas	
Estadísticas judiciales sobre personas en proceso o sentenciadas	
Estadística penitenciaria	
Encuestas de victimización	
Otras (especificar cuáles)	

38. Su país, ¿recopila información sobre mujeres víctimas de violencia de género en relación con uso de sustancias psicoactivas?

- Sí, completar la Tabla 21
- No, pasar a la pregunta 39

Tabla 21. Violencia de género y uso de sustancia psicoactivas (favor de indicar el nombre de los instrumentos y fuentes de información sobre violencia de género en relación con el uso de sustancias psicoactivas)

Nombre del instrumento de medición cualitativa o cuantitativa	Instancia que lo aplica	Enlace al instrumento
---	-------------------------	-----------------------

39. ¿De qué manera considera que se puede mejorar la generación de datos estadísticos que den cuenta de la situación de las mujeres?

Anexo 2. Transversalización de la perspectiva de género en las políticas sobre drogas

ANEXO AL 1º CUESTIONARIO

Agradecemos de antemano su atención y colaboración con el **Estudio sobre perspectiva de género en las políticas sobre drogas de COPOLAD II. Gracias por responder al 1º cuestionario que le remitimos.** A continuación, encontrará unas preguntas adicionales, de respuesta muy rápida, que nos permitirán completar información sobre algunos aspectos que nos han ido surgiendo a medida que avanzábamos en el estudio. Sólo tendrá que situar el ratón sobre la casilla adecuada y hacer clic.

Cuestionario

1. Señale por favor las estrategias de **prevención** contenidas en la Estrategia Nacional sobre Drogas y/o Plan Nacional de su país: **ámbitos de actuación** (educativo/ familiar/ comunitario/ servicios de salud/medios de comunicación social/medio laboral/ ámbito penitenciario), niveles en los que se implementan (universal /selectivo /indicado), si están siendo implementados en la práctica (sí/ no/ parcialmente) y si contemplan actuaciones diferenciadas con enfoque de género (sí/ no)

Prevención

Ámbito de actuación	Nivel de implementación	¿Están siendo implementados en la práctica?	¿Actuaciones diferenciadas por género?
<input type="radio"/> Educativo	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Comunitario	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Servicios de salud	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Medios de comunicación social	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Medio laboral	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Ámbito penitenciario	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Pregunta	Respuesta	Si es pública podría, por favor, indicarnos el enlace o cómo acceder a la misma
2. ¿Su país cuenta con información sobre personas privadas de la libertad por delitos relacionados con drogas diferenciada por sexo?	<input type="radio"/> Sí y es pública <input type="radio"/> Sí pero no es pública <input type="radio"/> No	
3. ¿Su país, cuenta con información desglosada sobre los tipos de delitos relacionados con drogas y sexo?	<input type="radio"/> Sí y es pública <input type="radio"/> Sí pero no es pública <input type="radio"/> No	
4. ¿Su país, cuenta con información sobre hombres y mujeres privadas de la libertad con uso problemático o perjudicial de sustancias?	<input type="radio"/> Sí y es pública <input type="radio"/> Sí pero no es pública <input type="radio"/> No	
5. ¿Su país, cuenta con información sobre el número de niñas y niños con referentes adultos encarcelados por delitos de drogas?	<input type="radio"/> Sí y es pública <input type="radio"/> Sí pero no es pública <input type="radio"/> No	

Agradecimiento y envío del cuestionario

Agradecemos nuevamente su colaboración.

Anexo 3. Impacto COVID-19 en la problemática de drogas en los países en la región y especialmente en la situación de las mujeres. Cuestionario

Introducción

Este cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre el impacto COVID-19 en seis rubros:

1. ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO
2. PLAN NACIONAL DE DROGAS
3. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA
4. REDUCCIÓN DE DAÑOS
5. REDUCCIÓN DE LA OFERTA
6. INTEGRACIÓN SOCIAL PARA MUJERES EX PRIVADAS DE LA LIBERTAD

Consta de 43 preguntas de distintas modalidades: cerradas, respuesta múltiple, tablas y abiertas, que deberán ser respondidas en un máximo período de 10 días.

Cada sección concluye con una respuesta abierta en la cual se solicita a la persona encargada de contestar el cuestionario que exprese su punto de vista y, en los casos pertinentes, que elabore sobre por qué no se cuenta con determinada información de la sección correspondiente.

En los casos donde se considera oportuno dar indicaciones sobre cómo contestar la pregunta, éstas se encuentran al final de la pregunta (entre paréntesis, en cursivas y en negritas).

Tomando en cuenta que la terminología legal y técnica varía entre los países, se procuró utilizar un lenguaje general, que no refleje únicamente las tendencias de un país o de una región; por lo anterior, se solicita atentamente a los países hacer los cambios que consideren oportunos para la armonización legal y lingüística.

1. Análisis socioeconómico

1. En su país, ¿cuál ha sido el efecto socioeconómico del COVID-19 en la población y en las mujeres?

Efecto socioeconómico	Describe el efecto en la población	Describe el efecto en las mujeres
Salud		
Educación		
Empleo/producción/economía formal e informal		
Protección social		
Desarrollo		
Macroeconómico: fiscal y financiero		
Violencia contra las mujeres y niñas/os		
Otros		

2. ¿Qué medidas socioeconómicas ha implementado su país para afrontar COVID-19?

Ámbito de implementación	Tipo de medida	Nivel de implementación
Salud		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo
Educación		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo
Protección social		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo
Respuesta económica y recuperación		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo
Respuesta macroeconómica: fiscal y financiero		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo
Cohesión social y resiliencia comunitaria		<input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Bajo

3. ¿Describa las medidas específicas focalizadas a mujeres?

2. Plan nacional de drogas

4. ¿Su país cuenta con un plan nacional de drogas?

- Sí, pasar a la pregunta 6
- No, pasar a la pregunta 10

5. En su país ¿Se ha actualizado el Plan Nacional de Drogas incorporando los impactos/efectos COVID-19?

- Sí, pasar a la pregunta 7
- No, pasar a la pregunta 10

6. ¿En qué sección o secciones del Plan Nacional de Drogas actualizado se hace referencia los impactos/efectos COVID-19?

Sección	Descripción
---------	-------------

7. ¿En la actualización COVID-19 del Plan Nacional de Drogas, se hace alguna referencia específica a las mujeres?

- Sí, pasar a la pregunta 9
- No, pasar a la pregunta 10

3. Reducción de la demanda

En esta sección se analizarán los efectos COVID-19 y su impacto sobre el consumo de drogas y la detección de problemas asociados durante el confinamiento.

8. ¿En su país, cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 a la salud mental y al consumo de drogas?

9. ¿En su país, qué problemas asociados con el confinamiento se han presentado en las personas que consumen drogas?

10. Su país, cuenta con información sobre:

Pregunta	Respuesta
Incremento o disminución del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, durante el periodo de confinamiento por COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cambios del tipo de consumo de sustancias psicoactivas ilegales durante el confinamiento por COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cambios en el consumo del tabaco durante el periodo de confinamiento por COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cambios en el consumo de alcohol durante el periodo de confinamiento por COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Trastornos asociados al confinamiento por COVID-19 u otras adicciones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

11. ¿En el marco de la pandemia por COVID-19, se han ajustado las normativas de reducción de la demanda en función a los cambios de consumo y problemas asociados?

- Sí, pasar a la Tabla 1
 No, pasar a la pregunta 15

12. ¿Estas normativas, hacen referencia específica a las mujeres?

- Sí, completar la Tabla 2
 No, pasar a la pregunta 15

13. En su país, ¿cuáles son las consecuencias sobre vulnerabilidades en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en la pandemia COVID-19?

Consecuencias	Respuesta	Describir cómo ha afectado
Aumento de consumo de psicofármacos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Impacto psicológico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Nuevas pautas de consumo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Conflictos familiares	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Violencia de género	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Conflictos intergeneracionales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Aumentos de casos de violencia contra las mujeres y niños	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Aumento de las desigualdades en el ámbito de consumo entre los grupos sociales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Prevención

14. En su país, ¿qué ámbitos de prevención siguieron siendo implementados en la pandemia por COVID-19?

Ámbito de prevención	Nivel de implementación	¿Están siendo implementados en la pandemia COVID-19?	¿Cuentan con actuaciones diferenciadas por género?
<input type="radio"/> Educativo	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Comunitario	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Servicios de salud	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Medios de comunicación social	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Medio laboral	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Ámbito penitenciario	<input type="radio"/> Universal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Selectivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Indicado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcialmente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

15. ¿Qué nuevos programas o protocolos específicos de prevención se han implementado para personas que usan drogas en la pandemia por COVID-19?

Nombre del programa	Tipo de prevención (primaria, secundaria, terciaria)	A quién está dirigido	Medios de difusión (medios de comunicación, afiches, pláticas, capacitaciones, etc.)	Ámbito de implementación (escuelas, lugares de trabajo, hospitales, medios de transporte, etc.)
		<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres		
		<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres		

16. Su país, ¿cuenta con programas de prevención dirigidos a mujeres en los centros de reclusión?

- Sí, completar la Tabla 3
 No, pasar a la pregunta 19

Qué tipo de programas de prevención cuenta en los centros de reclusión

Tabla 3. Programas de prevención en centros de reclusión en la pandemia por COVID-19

Nombre del programa	Tipo de prevención (primaria, secundaria, terciaria)			
	Primaria, secundaria, terciaria			

Atención y tratamiento del uso problemático de sustancias psicoactivas

17. ¿Su país ha contado con servicios específicos para mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas en los centros de atención y tratamiento en tiempos de pandemia por COVID-19?

- Sí, completar la Tabla 4
- No, pasar a la pregunta 21

Tabla 4. Servicios para mujeres con uso problemático de sustancias psicoactivas en los Centros de Atención y Tratamiento en tiempos COVID-19

Se solicita que se describa la información

Servicios de atención y tratamiento	Respuesta	Describir tipo de servicios
Atención médica para la mujer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Terapia psicológica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Servicios de cuidado para los niños	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Horarios específicos para mujeres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Áreas específicas para mujeres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Diagnóstico dual	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Asistencia legal para mujeres víctimas de violencia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros (especificar)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

18. Su país detectó cambios en la población atendida, ¿debido al COVID-19?

Cambios detectados	Respuesta		Describir
Aumento de personas atendidas con recaída	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Aumento de personas atendidas con estrés	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Aumento de urgencias atendidas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Cambio de pautas de consumo en personas atendidas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Aumento en la gravedad de las personas atendidas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Cambio de tipo de adicciones de personas atendidas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Problemas de salud mental	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres	
Otros			

19. Su país, ¿habilitó centros de atención y tratamiento exclusivos en los centros de reclusión para mujeres durante el confinamiento por COVID-19?

- Sí, completar la Tabla 5
- No, pasar a la pregunta 23

Tabla 5. Servicios de Atención y Tratamiento para Mujeres en Centros de Reclusión

Se solicita que en cada fila se desglose la información por cada servicio de tratamiento, como en el ejemplo (en cursivas, en la primera fila)

Tipo de servicio	Respuesta	Describir el tipo de servicio de atención y tratamiento brindado
Asistencia psicológica;	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Pruebas de VIH; Canalización a atención ginecológica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Pruebas COVID -19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Atención ambulatoria y hospitalaria para casos positivos COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Alternativas a las visitas presenciales, durante la pandemia.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Vacunación contra COVID-19	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Asistencia legal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Integración social para personas con uso problemático de sustancias psicoactivas

20. En su país, ¿han sido afectados los programas de integración social para mujeres con uso dependiente o problemático de sustancias psicoactivas por la pandemia del COVID-19?

Completar la Tabla 6

Programas de integración	¿Han sido afectados?
Capacitación laboral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Integración laboral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Integración educativa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Apoyos económicos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Asistencia legal (especificar con qué fines)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Terapia psicológica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Becas y apoyos para los hijos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otros (especificar)	

4. Reducción de daños

21. Su país, ¿ha contado con programas de reducción de daños específicos para mujeres en tiempos de COVID-19?

- Sí, completar la Tabla 7
- No, pasar a la pregunta 23

Tipo de programa	Respuesta	En caso afirmativo describir
Intercambio de jeringas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Distribución gratuita de condones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Distribución de kits para el uso seguro de cocaína para fumar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Test de sustancias en fiestas y clubes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tratamiento de sustitución de sustancia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Salas de consumo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Acompañamiento de mujeres madres durante los primeros años de vida de los niños	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Apoyo psicológico familiar para mujeres embarazadas y madres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tratamiento de sustitución de sustancia para mujeres embarazadas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Centros con instalaciones para mujeres embarazadas y mujeres con hijos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros (especificar)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

22. ¿Qué tipo de campañas contra adicciones se han dado en tiempos de COVID-19?

23. ¿Qué servicios y programas de reducción de daños dirigidos específicamente a mujeres deberían priorizarse a futuro a partir de la pandemia por COVID-19?

5. CONTROL DE LA OFERTA

En esta sección se analizará cómo afecta el COVID-19 a los mercados de drogas y su impacto específico en la participación de las mujeres en la cadena de suministros de drogas

24. ¿Cuáles han sido los efectos de las medidas por COVID-19 en la producción de drogas a corto y mediano plazo en su país?

- Reducción de mano de obra
- Escasez de insumos
- Incremento/reducción control
- Incremento/reducción del comercio
- Incremento/reducción de incautaciones
- Otra, especificar cuál _____

25. ¿Cuáles han sido los efectos de las medidas por COVID-19 en el tráfico de drogas a corto y mediano plazo en su país?

- Incremento/reducción de medios alternativos de tráfico
- Restricciones de movilidad de los individuos
- Incremento/reducción de incautaciones
- Incremento/reducción del flujo y/o movilidad de los individuos
- Aumento de existencias/exceso de oferta
- Reducción de recursos para combatir el tráfico de drogas
- Otra, especificar cuál _____

26. ¿Su país cuenta con un análisis de la variación en la oferta del tipo de sustancia en tiempo de COVID-19?

- Sí, completar la Tabla 8
- No, pasar a la pregunta 33

Tabla 8. Análisis por tipo de sustancias en COVID-19

Se solicita que en cada fila se desglose la información por cada tipo de sustancia.

Tipo de sustancias	Efecto en la producción de drogas		Efecto en el tráfico de drogas	
	Mayor	Menor	Mayor	Menor

27. Su país, ¿ha ajustado los protocolos de detención, sentencia, ejecución, traslados (u otros) dirigidos a las mujeres o a ciertos grupos de mujeres (embarazadas, madres, con hijos a cargo, etc.) en tiempo de pandemia de COVID-19?

- Sí, pasar a la siguiente pregunta
- No, pasar a la pregunta 35

28. ¿Describir cómo se han ajustado?

29. ¿Su país ha aplicado una o varias de las medidas legislativas en materia penal dirigidas específicamente a mujeres acusadas de cometer un delito en tiempo de pandemia de COVID-19?

	Respuesta	Describir
Reducción de penas para mujeres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Atenuantes para mujeres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Agravantes para mujeres	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros (especificar)		

Medidas alternativas

30. Su país, ¿ha desarrollado nuevas medidas alternativas para mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas a partir de la pandemia del COVID-19?

- Sí, pasar a la siguiente pregunta
- No, pasar a la pregunta 40

31. ¿En cuál de las siguientes fases procesales existen medidas alternativas para mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas? (Favor de marcar todas las opciones que aplican para su país)

Tabla 10. Medidas alternativas

Pre-procesal	Procesal	Sentencia	Ejecución
Marcar			

32. ¿Cuáles medidas alternativas son aplicables en los casos de mujeres acusadas de delitos relacionados con las drogas?

6. Integración social para mujeres ex privadas de la libertad por delitos relacionados con las drogas

33. Su país, ¿cuenta con programas de integración social para mujeres ex privadas de la libertad?

- Sí, completar la Tabla 12
- No, pasar a la pregunta 42

Tabla 12. Servicios de integración social para mujeres ex privadas de la libertad (favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

Capacitación laboral	SI	NO
Integración laboral		
Integración educativa		
Apoyos económicos		
Asistencia legal (especificar con qué fines)		
Terapia psicológica		
Becas y apoyos para los hijos		
Apoyo para encontrar o recuperar la vivienda		
Otros (especificar)		

34. ¿Qué servicios y programas de integración social dirigidos específicamente a mujeres ex privadas de la libertad deberían priorizarse a partir de la pandemia COVID-19?

35. ¿Qué medidas dirigidas a las mujeres deberían ser priorizadas a partir de los impactos del COVID-19 en la estrategia de reducción de la demanda y reducción de la oferta? (Favor de marcar todas las respuestas que aplican para su país)

- Programas de prevención específicos para mujeres
- Programas de atención y tratamiento específicos para mujeres
- Programas de reducción de daños específicos para mujeres
- Programas de integración social específicos para mujeres
- Centros de atención y tratamiento exclusivos para mujeres
- Espacios dentro de los centros de atención y tratamiento, exclusivos para mujeres
- Horarios dentro de los centros de atención y tratamiento, exclusivos para mujeres
- Servicios de cuidado en los centros de atención y tratamiento, para niñas y niños dependientes de mujeres usuarias
- Servicios médicos específicos para mujeres privadas de libertad
- Servicios de orientación y asistencia legal para mujeres usuarias víctimas de violencia
- Otras, ¿cuáles? _____
- Ninguna

Agradecimiento y envío del cuestionario

Agradecemos nuevamente su colaboración



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía Capítulo I

- Butler, J. (1990) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2009). *Performatividad, precariedad y políticas sexuales*. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 4(3), 321-336.
- Collins, P.H. and Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.
- Connell, R. (2012). *Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective*. Social Science & Medicine, 74(11), 1675-1683.
- Connell, R. and Pearse R. (2018). *Principio del formulario*
- Género desde una perspectiva global*. Valencia. Publicacions de la Universitat de Valencia.
- Gibbs, B. y Eaton T. (2014). *Drop out from primary to secondary school in Mexico: A life course perspective*. International Journal of Educational Development, vol. 36, mayo.
- Héritier, F. (2007). *Masculino/Femenino, Disolver la diferencia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Maquieira, V. (ed.). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Barcelona: Cátedra, colección Feminismos, 2006.
- MEAD, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Editorial Laia.
- Moser, C. y Moser, A. (2005). *Gender Mainstreaming since Beijing: A Review of Success and Limitations in International Institutions*. *Gender and Development*, vol. 13, nº 2: 11-22.
- Nash, J. C. (2008). Re-thinking intersectionality. *Feminist Review*, no 89, 1-15.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, y Organización Mundial de la Salud. (2017). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf?ua=1.
- Ortiz Gómez, T. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Elvira Ramos (ed.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2002, pp. 29-42.
- Ortiz Gómez T. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo, 2006
- Paechter, (2003). Masculinities and femininities as communities of practice. *Women's Studies International Forum*. 26 (1), 69-77.
- Ridgeway, C. and Correll S. (2004). Unpacking the gender system: A theoretical perspective on cultural beliefs in social relations. *Gender & Society* 18(4): 510-531.
- Sau, V. *Diccionario ideológico feminista*. Icaria, 2017.

Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico en J. Amelang y M. Nash (orgs.) Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Edicions Alfonsel Magnanim.

Sen A. (2001). The Many Faces of Gender Inequality. The New Frontline November, 9.

Stolke, V. (2004). Estudios Feministas. Florianópolis, 12(2), pp. 77-105, mayo-agosto.

World Economic Forum (2017). Global Gender Gap Index – 2017. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf

Bibliografía Capítulo II

Arizaga, C. (2007). *La medicalización de la vida cotidiana*. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Argentina.

Arpa, S. (2017). *Women who use drugs. Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*.

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf

Benoit, T., y Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Disponible en: <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>

Castaño, V. (2009). *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Fundación Atenea. http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wpcontent/uploads/2010/10/maltrato_genero_final.pdf

Castaño, V. (2010). *Las hermanas caídas: roles de género en el consumo de alcohol y drogas en mujeres presas*. Fundación Atenea. <http://www.drogasgenero.info/documento/las-hermanas-caidas-roles-genero-consumo-alcohol-drogas-mujeres-presas/>

Chaparro Hernández, S y Pérez Correa, C (2017). *Sobredosis carcelaria y política de drogas en América Latina*. Documentos Dejusticia 41. CEDD. Bogotá, Colombia.

Clark, M. (2015). The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean Region. Grupo Pompidou y Consejo de Europa. <https://rm.coe.int/the-gender-dimension-of-non-medical-use-of-prescription-drugs-in-europ/168075bac0>.

Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (2014). *En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*. CIDE. México.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016a). *Panorama Social de América Latina 2016*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016b). *Autonomía de las Mujeres e igualdad en la agenda del desarrollo sostenible*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016c). *Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL)*

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *Panorama Social de América Latina 2017*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020a). *Indicadores de Distribución del Uso del Tiempo*. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020b). *Indicadores de Femicidio*. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/femicidio>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020c). Informe COVID-19. *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/naciones-unidas-advierde-aumento-riesgo-violencia-hogar-ninas-ninos-adolescentes-tiempos>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021a). Informe Especial COVID-19. La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021b). The burden of unpaid care work on Caribbean women in the time of COVID-19. *Disponible en:* <https://www.cepal.org/en/events/burden-unpaid-care-work-caribbean-women-time-covid-19>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2019). *Informe sobre el Consumo de drogas en las Américas 2019*. <http://www.cicad.oas.org/oid/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Observatorio Interamericano de Drogas (2018). Análisis de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en programas de *atención y tratamiento a dos años del ingreso*. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/AnalisisdeSeguimiento.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT). DANE. Colombia. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-nacional-del-uso-del-tiempo-enut>

Enericov (2020). *Encuesta de Evaluación Rápida Sobre el Impacto del Covid-19*. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENERICOV-25022021.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Pregnancy, Childcare and the Family: Key Issues for Europe's Response to Drugs*. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190454_EN_TDS112001ENC.PDF

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). Educación en pausa. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/18741/file/Educacion-en-pausa-web-1107-2.pdf>

Fundación Ideas para la Paz. (2017). *Mujeres y la economía cocalera en el Putumayo: roles, prácticas y riesgos*. <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5a21a1163faf3.pdf>

Harm Reduction International. (2013 a). *Briefing paper on Violence against Women who use Drugs and Access to Domestic Violence Shelters*. https://www.hri.global/files/2013/03/19/Briefing_Paper_-_Access_to_Shelters_-_with_correct_fonts_07.03_.13_.pdf

Harm Reduction International. (2013). *Drug offences, access to justice and the penalization of vulnerability: Submission to the UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women*. http://www.hr-dp.org/files/2014/05/06/HRI_CEDAWsubmission_2013.pdf

Harm Reduction International (2018). *The Global State of Harm Reduction 2018*. 6th Edition. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>

International Labor Office (2017). World Employment Social Outlook. Trends for women 2017.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2017). Informe 2016. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Spanish/AR2016_Sebook.pdf

Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L. y EMCDDA. (2009). Women's Voices. Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe. http://www.emcdda.europa.eu/news/2009/fs2/womens-day_en

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010): Informe Subregional: Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Compendio_Drogas-delito_2011.pdf

Open Society Foundations. (2011). By women for women. New approaches to harm reduction in Russia. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/women-women-new-approaches-harm-reduction-russia>.

Organización Internacional del Trabajo (2016). Las mujeres en el trabajo. Tendencias de 2016.

Plan Internacional, Embarazo adolescente o embarazo precoz. Disponible en: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>

Romo, N. (2006) Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. En Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona.

United Nations (2017). Report 2016. International Narcotics Control Board. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment. https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Women_and_Imprisonment.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). World Drug Report 2018. United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018a). Women and Drugs: Drug use, drug supply and their consequences. World Drug Report 2018. United Nations.

United Nations Women. (2014). A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes. UN-WOMEN. https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-UN_Women_Policy_Brief.pdf.

United Nations Women (2020). Educación, género y COVID-19. Consecuencias para niñas y adolescentes. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/07/infografia_educacion_genero_y_covid.pdf

Uprimny Yepes, R., Guzmán, D.E. y Parra Norato, J. (2012). La Adicción Punitiva. La desproporción de leyes de drogas en América Latina. De Justicia. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad. <http://www.dejusticia.org>

Uprimny Yepes, R., Martínez Osorio, M., Cruz Olivera, L.F., Chaparro Hernández, S. y Chaparro González, N. (2016). Mujer, Políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de drogas en Colombia. Dejusticia. WOLA. Open Society Foundations.

Washington Office on Latin America, International Drug Policy Consortium, DEJUSTICIA y Comisión Interamericana de Mujeres. (2016). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe. <https://www.wola.org/sites/default/files/Guia.FINAL.pdf>.

Bibliografía Capítulo III

Armenta A, Jelsma M. (2015). *Las convenciones de drogas de la ONU - Guía básica*. https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions?content_language=es

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1990). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad (Reglas de Tokio)*. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8305.pdf>.

Asamblea General De Las Naciones Unidas. (2011). *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2013). *Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre Violencia contra las Mujeres Pathways to, conditions and consequences of incarceration for women*. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/A-68-340.pdf>.

Asamblea General De Las Naciones Unidas. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10266.pdf?view=1>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). Resolución "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". <https://undocs.org/es/AVRES/70/1>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016). Resolución "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas". <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2018). Resolución "Contribución a la aplicación del compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas en relación con los derechos humanos". <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/083/18/PDF/G1808318.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2018a). *Informe anual "Cumplimiento del compromiso conjunto de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas en relación con los derechos humanos"*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/276/29/PDF/G1827629.pdf?OpenElement>

Badilla, A.E., Torres García I., (2004). *La protección de los derechos de las mujeres en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. IIDH 2014. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/4_sistema_regional/4.pdf

Bazalgette, E., Bentvelsen K., Jordans, E., (2000). *Directrices sobre enfoque de género en Desarrollo Alternativo*. UNODC. <https://www.unodc.org/pdf/Alternative%20Development/GenderMainstreaming.pdf>.

Bewley-Taylor, D. (2017). *Edging forward: How the UN's language on drugs has advanced since 1990*. http://filesserver.idpc.net/library/Edging-Forward_FINAL.pdf

Bridge, J., Hallam, C., Nougier, M., Herreo Cangas, M., Jelsma, M., Blickman, T. Y Bewley-Taylor, d. (2016). *Towards Metrics that Measure Outcomes that Matter*. https://www.swansea.ac.uk/media/GDPO%20Metrics%20WEB_FINAL.pdf

Clérico, L., Ronconi, L. y Aldao M. (coords.). (2013). *Tratado de Derecho a la Salud*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Chief Executives Board for Coordination. (2019). *Annex I "United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration"*. United Nation System 2018. http://filesserver.idpc.net/library/CEB-2018-2-SoD_Common-position.pdf

Comisión De Estupefacientes. (2016). *Resolución "Incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas relacionados con las drogas"*. http://equis.org.mx/wp-content/uploads/2016/04/Resolucion_-Genero_CND.pdf.

Comisión De Estupefacientes. (2008). *Resolución "Fortalecimiento de la cooperación entre la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y otras entidades de las Naciones Unidas para la promoción de los derechos humanos en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas"*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2000-2009/2008/CND_Res-2008-12e.pdf.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Panorama Social de América Latina*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/1/S1701050_es.pdf.

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. (2016). *Panorama Social de América Latina*. CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf.

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. (2016a). *Infografía. Políticas integradas de cuidado*. CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/1_cuidado_final_11_oct_2016.pdf.

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. (2016b). *Infografía. Femicidio*. CEPAL. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/infographic/files/3_femicidio_final_20_oct_2016_correcta.pdf.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2019). *Informe sobre el Consumo de drogas en las Américas 2019*. <http://www.cicad.oas.org/oid/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016). *Plan de acción hemisférico sobre drogas. 2016-2020. Estrategia hemisférica sobre drogas*. http://www.cicad.oas.org/mem/Activities/PoA/PoA-Version_Final-ESP.pdf.

Comisión Interamericana para el Control Del Abuso De Drogas. (2015). *Informe sobre el uso de drogas en las Américas 2015*. http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsuDrogasAmericas_SPA_web.pdf.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015 a). *Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para delitos relacionados con las drogas*. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3202>.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2013). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas*. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2206>.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2008). *Informe final. Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención laboral*. Disponible: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=689>.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2005). *Lineamientos hemisféricos para la prevención escolar*. Disponible en: <https://www.issup.net/files/2017-10/CO031052005-Lineamientos-Prev-Esc-esp.pdf>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1998). *República Dominicana 10.832*. <http://www.cidh.org/annualrep/97span/RD10.832.htm>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). *Informe sobre los Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad en las Américas*. <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2013). *Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas*. <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/informes/pdfs/informe-pp-2013-es.pdf>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Violencia, niñez y crimen organizado*. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violencianinez2016.pdf>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Medidas para reducir la prisión preventiva*. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PrisionPreventiva.pdf>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017 a). *Guía práctica para reducir la prisión preventiva*. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/GUIA-PrisionPreventiva.pdf>.

Comisión Interamericana De Mujeres. (2014). *Mujeres y drogas en las Américas. Un diagnóstico de política en construcción*. <http://www.oas.org/en/cim/docs/womendrugamericas-es.pdf>.

Comité de los Derechos del Niño. (2011). *Report and Recommendations of the Day of General Discussion "Children of Incarcerated Parents"*. <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/2011/DGD2011ReportAndRecommendations.pdf>.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Comentario General N° 14*. Disponible en:http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.

Comité de Derechos Humanos. (2014). Observación General N° 35. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fGC%2f35&Lang=en.

Comité de Derechos Humanos. (1992). Observación General No 20. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6621&Lang=en.

Comité de Derechos Humanos. (1989). Observación General No 18. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6622&Lang=en.

Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. (1999). Recomendación General No 24. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_S.pdf.

Community Anti-Drug Coalitions of America's National Coalition Institute. (2010). *The Coalition Impact: Environmental Prevention Strategies*. <https://www.cadca.org/sites/default/files/resource/files/environmentalstrategies.pdf>.

Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)*. Estambul: Consejo de Europa.

Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. (1957). *Reglas mínimas de las naciones unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela)*. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>.

Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. (2017). *Incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y los programas del sistema de las Naciones Unidas*. <http://undocs.org/es/E/RES/2017/9>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1984). *Propuesta de modificación a la constitución política de Costa Rica relacionada con la naturalización*. http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_04_esp.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1987). *Garantías judiciales en Estados de Emergencia*. http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_09_esp.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2004). *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri vs. Perú*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_110_esp.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2007). *Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez vs. Ecuador*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_170_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2008). *Caso Apatz Barbera y otros ("Corte Primera de lo Contencioso Administrativo") vs. Venezuela*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_182_esp.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). *Caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2013). *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (comps). (2014). Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>.

GIACOMELLO, C. (2013 a). Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina. https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/NGO/IDPC/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf.

GIACOMELLO, C., BLAS, I., y ERREGUERENA, I. (2017). Políticas de drogas, género y encarcelamiento en México: Una guía para políticas públicas incluyentes. <http://equis.org.mx/politicas-de-drogas-genero-y-encarcelamiento-en-mexico-una-guia-para-politicas-publicas-incluyentes>.

Human Rights Council. (2015). Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Documents/A_HRC_30_65_E.docx.

Harm Reduction International (2018). The Global State of Harm Reduction 2018. 6th Edition. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>

International Drug Policy Consortium. (2016). Guía sobre políticas de drogas. IDPC. http://fileserv.idpc.net/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_SPANISH_FINAL.pdf.

International Drug Policy Consortium. (2016a). La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas:

Informe del Evento. IDPC. http://fileserv.idpc.net/library/UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf

Jelsma, M. Y Armenta, A. (2015). Las convenciones de drogas de la ONU. <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2018). Informe Anual 2017. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_INCB_AR_ebook.pdf.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2017). Informe 2016. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Spanish/AR2016_S_ebook.pdf.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2010). Informe 2009. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2009/AR_09_English.pdf.

NACIONES UNIDAS. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.

NACIONES UNIDAS. (1999). Comentarios a la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1998). Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma). Roma: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1988). Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Viena: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1984). Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1971). Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas. Viena: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1966). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1961). Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York: Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

NACIONES UNIDAS. (2017). Resolución "Incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas del sistema de las Naciones Unidas". <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/093/67/PDF/N1709367.pdf>.

Nutt, D., King, L.A., Y Phillips, L. D. (2010). Drug Harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, vol. 376, no 9752 (noviembre), 1558-1565.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2004 a). Escuelas. Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas. Naciones Unidas: Nueva York. Disponible en:

https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_spanish.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencias adquiridas. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2005 a). Desarrollo alternativo: Evaluación temática mundial Informe final de síntesis. https://www.unodc.org/pdf/Alternative_Development_Evaluation_Dec-05_S.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2007). Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment. https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_of_Basic_Principles_and_Promising_Practices_on_Alternatives_to_Imprisonment.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2008). Informe mundial sobre las drogas 2008. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2008 a). Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment. https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Handbook_on_Women_and_Imprisonment.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2009). Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention. Viena: Naciones Unidas. <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2010). Desarrollo alternativo en el área andina. Guía técnica. https://www.unodc.org/documents/alternative-development/Desarrollo_alternativo.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2011). El modelo de desarrollo alternativo de la provincia de San Martín. Un estudio de caso de Desarrollo Económico Local. https://www.unodc.org/documents/alternative-development/San_Martin.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2016). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2016a). México. Monitoreo de cultivos de amapola 2014-2015. <https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Mexico/Mexico-Monitoreo-Cultivos-Amapola-2014-2015-LowR.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2016b). Addressing the specific needs of women who inject drugs. Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2016/Addressing_the_specific_needs_of_women_who_inject_drugs_Practical_guide_for_service_providers_on_gender-responsive_HIV_services.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017). Informe mundial sobre las drogas 2017. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017 a). Infografía. Mujeres privadas de la libertad en Bolivia. https://www.unodc.org/documents/bolivia/170725_Infografia_MPL_2017.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2018). International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180314.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2019). 2019 Ministerial Declaration on Strengthening Our Actions at the National, Regional and International Levels to Accelerate the Implementation of Our Joint Commitments to Address and Counter the World Drug Problem. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/19-06699_E_ebook.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (SIN AÑO). Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison. Disponible en: https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, y Organización Mundial de la Salud. (2017). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. http://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf?ua=1.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, y Organización Mundial de la Salud. (2008). Principles of Drug Dependence Treatment. <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.

Organización de los Estados Americanos. (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José: Organización de los Estados Americanos

Organización de los Estados Americanos. (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador: Organización de los Estados Americanos.

Organización de los Estados Americanos. (1985). Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. Cartagena de Indias: Organización de los Estados Americanos.

Organización de los Estados Americanos. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Belém do Pará: Organización de los Estados Americanos.

Organización de los Estados Americanos. (2011). Plan de acción hemisférico sobre drogas, 2011-2015. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1092>.

Organización de los Estados Americanos. (2015). Informe hemisférico. Informe de evaluación sobre el control de drogas. http://www.cicad.oas.org/MEM/Reports/6/Full_Eval/Informe_Hemisferico-MEM-Sexta_Ronda-ESP.pdf.

Organización de los Estados Americanos. (2013). El problema de las drogas en las Américas. OEA. http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf.

Organización de los Estados Americanos. (2010). Estrategia hemisférica sobre drogas. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf;jsessionid=8C928F6697B173FD796891C40D03DEAE?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=761CC281E56DE10E2C19236183AAB7FA?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2010 a). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.

Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, y ONUSIDA. (2012). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2012 Revision. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en.

Ospina, G.A., Hernández Tinajero, J., Y Jelsma, M. (2018). Amapola, opio y heroína. La producción de Colombia y México. <https://www.tni.org/es/publicacion/amapola-opio-y-heroina-la-produccion-de-colombia-y-mexico>.

Peruga, A. (2001). Políticas de control de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. <http://www.asco-des.com/wp-content/uploads/2017/11/politicas-publicas-del-alcohol.pdf>

Programa de Cooperación Entre América Latina y La Unión Europea en Políticas Sobre Drogas. (2014). Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. COPOLAD. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/CRITERIOS_completo_para_web.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Políticas de control de drogas y desarrollo humano. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>.

Sen, G. & Östlin, P. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN). Karolinska Institutet.

Unión de Naciones Suramericanas. (2017). Primer informe sobre la problemática del consumo de drogas en los países de UNASUR. http://www.mora.edu.mx/DPDCIDH/Recursos/La_problemativa_del_consumo_de_drogas_en_los_paises_de_UNASUR.pdf.

UNODC, (2018). Strategy for gender equality and the empowerment of women (2018–2021). Vienna.

UN WOMEN. (2014). A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes. UN-WOMEN. https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf.

WOLA, IDPC, DeJusticia. (2019). Prisión preventiva en América Latina: El impacto desproporcionado en mujeres privadas de libertad por delitos de drogas. Disponible en: http://fileserv.idpc.net/library/Prision-Preventiva-en-America-Latina_Junio-2019.pdf

World Economic Forum. (2017). The Global Gender Gap Report. <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017>.

Bibliografía Capítulo IV

Ames, G. y Bennett, J. (2011). Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace: A Review and Guiding Framework. *Alcohol Research & Health*, 34(2): 175–187. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860571/pdf/arh-34-2-175.pdf>

Andrews CM, Cao D, Marsh JC, Shin HC (2011) The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women* 17(5) 550–567.

Arbex, C. (2013) *Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.cendocbogani.org/Archivos/Bibliografias/E-2%201098%20Guia Metodologica ADES.pdf>

Bhüler, A., y Thrul, J. (2015). *Prevention of addictive behaviors. Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse*. http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/preventing-addictive-behaviours_en

Bloom, B., Owen, B., y Covington, S. (2003). *Gender-Responsive Strategies Research, Practice, and Guiding Principles for Women Offenders*. https://www.prisonpolicy.org/scans/NIC_018017.pdf.

S. Bott, A. Guedes, M. Goodwin, J.A. Mendoza (2014) *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de Salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=es

Cabanillas-Rojas, W. (2020) Prevalence and Gender-Specific Predictors for the Use of Marijuana in the General Population of the Metropolitan Area of Lima, Peru: An Analysis of Contextual and Individual Factors. *International Journal of Mental Health and Addiction* <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00195-x>

Canadian Center on Substance Abuse. (2014). *Universal, Family-based Substance Abuse Prevention for Youth*. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Universal-Family-based-Prevention-Youth-Rapid-Review-2014-en.pdf>.

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015) *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*. Bogotá. http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/informe_final_comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf

Comisión de Estupefacientes (2009). *Declaración Política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984966_S.pdf

Comisión de Estupefacientes (2016), *Mainstreaming a gender perspective in drug-related policies and programmes*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_5.pdf

Comisión de Estupefacientes (2018), Resolución de la CND 61/11: *Promover actitudes no estigmatizantes para asegurar la disponibilidad y la prestación de servicios de salud y atención y servicios sociales para los consumidores de drogas y el acceso a esos servicios*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/CND_res2018/CND_Resolution_61_11.pdf

Comisión de Estupefacientes (2021), Resolución Nro.64/1: *Declaración sobre el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el cumplimiento de los compromisos conjuntos de los Estados Miembros a fin de abordar y contrarrestar todos los aspectos del problema mundial de las drogas* Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2020-2029/2021/E_2021_28_s_V2103167_resoluciones.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2009), *Políticas para el uso sostenible del agua y prestación eficiente de servicios públicos vinculados a ella*. https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/1/35691/Eduardo_Chaparro_agua_y_mineria.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016), *Documento del Grupo de expertos sobre el desarrollo alternativo integral y sostenible (GEDAIS)*. http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/Activities_spa.asp?IE=PE036C

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2005). *Lineamientos hemisféricos para la prevención escolar*. <https://www.issup.net/files/2017-10/CO031052005-Lineamientos-Prev-Esc-esp.pdf>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2008). *Informe final. Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención laboral*. Accesible: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=689>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2011). *Plan de Acción de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2011-2015*. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1092>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2013). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas*. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2206>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2016). *Plan de acción hemisférico sobre drogas. 2016-2020. Estrategia hemisférica sobre drogas*. http://www.cicad.oas.org/mem/Activities/PoA/PoA-Version_Final-ESP.pdf.

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2014). *Braços Abertos in Sao Paulo, what can we learn from the Housing First model?*. Disponible en <https://idpc.net/blog/2014/12/bracos-abertos-in-sao-paulo-what-can-we-learn-from-the-housing-first-model>

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2014a). *Tratamiento obligatorio en América Latina: Una practica no-ética, inhumana e inefectiva*. Disponible en http://filesserver.idpc.net/library/IDPC-advocacy-note_Compulsory-rehabilitation-Latin%20America_SPANISH.pdf

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2018). *Women deprived of liberty Submission to the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice*. En http://filesserver.idpc.net/library/OHCHR-WG-discriminations-against-women_Contribution_Sept-2018.pdf

Covington, S. (1998). Women in Prison: Approaches in the Treatment of Our Most Invisible Population. *Women and Therapy Journal*, 21(1):141-155

Council on School Health and Committee on Substance Abuse (2007). The Role of Schools in Combating Illicit Substance Abuse. *Pediatrics*, 120(6):1379-1384.

Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. (2015) Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5. Art. No.: CD009652. DOI: 10.1002/14651858.CD009652.pub2

Defensoría del Pueblo de Colombia (2014), *El conflicto armado y el riesgo para la mujer rural*. <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/ElconflictoarmadoyelriesgoparalamujerruralDefensoriaONU2015.pdf>

Dejusticia (2018), *Voces desde el cocal: Mujeres que construyen territorio*. <https://cdn.dejusticia.org/wp-content/uploads/2018/07/Voces-desde-el-Cocal-versi%C3%B3n-final-para-WEB.pdf>

DEVIDA (2017), *Estrategia nacional de lucha contra las drogas (2017-2021)*.

Enggist, S.; Möller, L.; Galea, G. y Udesen, C. (Eds.). (2014) *Prisons and Health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Las drogas en el punto de mira. La prevención de las drogodependencias en los centros escolares: visión de conjunto*. Lisboa: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/242/Dif05es_63255.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006) Annual Report 2006. Selected Issues: A gender perspective on drug use and responding to drug problems. Publications Office of the European Union, Luxembourg. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006_2-en_69712.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012) *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/747/TD-SI12002ENC_399981.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Health and social responses to drug problems. A European guide*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017 a). *Perspectivas sobre las drogas. Salas de consumo supervisado de droga: una visión general de los servicios prestados y los datos accesibles*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_ES.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017 b), *Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), *Take-home naloxone*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, COPOLAD (2018) *Exploración de tendencias y desarrollos emergentes relacionados con las drogas en los países de la CELAC*. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9941/EMCDDA-COPOLAD-Trendspotting-report-ES.pdf>

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Review*, 12. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003020.pub3/epdf>

Fundación Ideas para la Paz (2017), *Mujeres y la economía cocalera en el Putumayo: roles, prácticas y riesgos*. <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5a21a1163faf3.pdf>

Giacomello, C. (2013). *Género, drogas y prisión. Experiencias de mujeres privadas de su libertad en México*. Ciudad de México: Tirant Lo Blanch.

Giacomello, C. (2013 a). *Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina*. https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/NGO/IDPC/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf

Gobeil, R., Blanchette, K., y Stewart, L. (2016). A Meta-Analytic Review of Correctional Interventions for Women Offenders. Gender-neutral versus Gender-informed Approaches. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3): 301–322.

Gutiérrez, E. (2015). *Drugs and illicit practices: Assessing their impact on development and governance*. Christian Aid. <https://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2017-08/drugs-illicit-practices-impact-development-governance-october-2015.pdf>

Harm Reduction International (2018). *The Global State of Harm Reduction 2018*. 6th Edition. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>

Hernández F. (2011), "Estado y procesos políticos. Sexualidad e interseccionalidad". <http://www.sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/2009/10/estado-y-procesos-politicos-sexualidad-e-interseccionalidad-franklin-gil.pdf>

Institute for Social Research University of New Mexico. (2011). *Jail Based Substance Abuse Treatment Literature Review*. <http://isr.unm.edu/reports/2011/jail-based-substance-abuse-treatment-literature-review.pdf>

Instituto Humboldt - IH (2014), *Biodiversidad 2014 Estado y tendencias de la biodiversidad continental de Colombia*. <http://www.humboldt.org.co/es/estado-de-los-recursos-naturales/item/814-bio14>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú), *IV Censo Nacional Agropecuario 2012-uso y tenencia de la tierra*. <http://censos.inei.gob.pe/cenagro/tabulados/>

Itzkowich, C.; Torrecillas, V. (Eds.) (2017) *El Progreso de las Mujeres en América Latina y el Caribe 2017*. Panamá. ONU Mujeres. http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2017/07/un16017_web.pdf

Jiménez, L.; Antolín-Suárez, L.; Oliva, A.; Hidalgo, V.; Jiménez-Iglesias, A.; Lorence, B.; Moreno, C. y Ramos, P. (2014) Claves de eficacia de los programas de prevención de consumo de sustancias en el contexto escolar: una meta-revisión, *Cultura y Educación: Culture and Education*, DOI: 10.1080/11356405.2014.973670

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2018). *Informe Anual 2017*. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_INCB_AR_ebook.pdf

Kiboro, C.N.; Gakuru, O.N.; Misaro, J. y Mwangui, J.W. (2014) Role of Social Work in Minimizing Sexual and Gender Inequalities. *Research on Humanities and Social Sciences*. 4(14): 84-9.

Kumpfer, K. L. (2014). Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulse Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*, 2014, Article ID 308789. <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/308789/>

Kumpfer, K. L., y Alvarado, P. (2003). Family-strengthening Approaches for the Prevention of Youth Problem Behaviors. *The American Psychologist*, 58(6-7):457-465.

Kumpfer, K. L. y Smith, P. (2010). Prevention Methods: School, Family, Community, Media and Public Policy Approaches. En MILLER, N., y GOLD, M. (eds). (2010). *Addictive Disorders in Medical Populations*. Sussex: Wiley Blackwell.

Kumpfer, K. L., Smith, P., y Summerhays, J. F. (2008). A Wakeup Call to the Prevention field: Are Prevention Programs for Substance Use Effective for Girls? *Substance Use and Misuse*, 43(8-9):978-1001.

L. Pol y X. Tordini (2015), *The Impact of Drug Policy on Human Rights: The Experience in the Americas*. (Buenos Aires: CELS, 2015), p. 14.) <http://www.cels.org.ar/common/drug%20policy%20impact%20in%20the%20americas.pdf>

Marsh, J.C.; d'Annunzio, B.A. y Smith, B.D. (2000) Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*. 95(8), 1237-1247.

McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., y Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(6): 718-726.

Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho de Colombia (2017). *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf>

Moncada, S. (1998). *Intervenciones de prevención en el entorno comunitario relacionadas con las drogodependencias*. <http://unesu.info/UT2.lectura%205.pdf>

Moyer, A., Y Finnet, J. W. (2015). Brief interventions for alcohol misuse. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(7):502-506.

National Institute on Drug Abuse. (2015). *Research report series: Therapeutic Communities*. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/therapeuticcomm_rrs_0723.pdf.

National Institute on Drug Abuse. (2014). *Drug facts. Lessons from Prevention Research*. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_lessonsfromprevention.pdf.

National Institute on Drug Abuse (2014b). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. NIH Publication Number 14-7953. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescent, segunda edición*. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse.pdf>

Novák, P., Miovisky, M., Jivopravil, J., Gabrhelik, R., Štatsná, L., y Jurystová, L. (2013). Gender-Specific Effectiveness of the Unplugged Prevention Intervention in Reducing Substance Use among Czech Adolescents. *Czech Sociological Review*, 49(6): 903-925.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017), *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/20174796_TD0117699ESN_PDF.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2004 a). *Escuelas. Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas*. Naciones Unidas: Nueva York. https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010), *Productos de desarrollo alternativo para un futuro sostenible*. <http://www.unodc.org/colombia/es/press/2015/marzo/productos-de-desarrollo-alternativo-para-un-futuro-sostenible.html>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2011), *El modelo de desarrollo alternativo de la provincia de San Martín. Un estudio de caso de Desarrollo Económico Local*. https://www.unodc.org/documents/alternative-development/San_Martin.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. http://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *Informe mundial sobre las drogas 2017*. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017 a). *Infografía. Mujeres privadas de la libertad en Bolivia*. https://www.unodc.org/documents/bolivia/170725_Infografia_MPL_2017.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017 b), *Bulletin on narcotics: alternative development practices and reflections*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/bulletin/2017/Bulletin_on_Narcotics_V1705843.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2017 c), *Informe de monitoreo del cultivo de coca-Colombia*. https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Colombia_Monitoreo_territorios_afectados_cultivos_ilicitos_2017_Resumen.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition*. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2018a). *Resolution 61/11. Promoting non-stigmatizing attitudes to ensure the availability of, access to and delivery of health, care and social services for drug users*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/CND_res2018/CND_Resolution_61_11.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2018b). *Informe mundial sobre las drogas 2017*. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2019). *HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs. Technical Guide*. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud. (2017). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Accesible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf?ua=1

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (SIN AÑO). *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prison*. https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf

Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. (2015), *Hechos y cifras: Empoderamiento económico*. <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment/facts-and-figures>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2017), *Atlas de la mujer rural en Latino América y el Caribe*. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-i7916s.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2018), noticias actuales en la página web actual. Ver: <http://www.fao.org/in-action/agronoticias/detail/es/c/512917/>

Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Alcohol and Drug Problems at Work: The Shift to Prevention*. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_145244.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=761CC281E56DE10E2C19236183AAB7FA?sequence=1

Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. (2015) *Cómo gestionar evaluaciones con enfoque de género. Manual de evaluación*. <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/un-women-evaluation-handbook-es.pdf?la=es&vs=1738>

Pieris, N. (2017) *La red interinstitucional para la atención integral de mujeres vinculadas a un proceso penal en Costa Rica*, En https://www.wola.org/wp-content/uploads/2017/06/DONE-3-Red-interinstitucional-Costa-Rica_SPA_FINAL_REV.pdf

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. COPOLAD. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/CRITERIOS_completo_para_web.pdf

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. (2014). *Género y drogas*. COPOLAD. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_1023_24102014_ultimo.pdf

- Roman, P. y Blum, T. (2002). *The Workplace and Alcohol Problem Prevention*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/49-57.htm>
- Saldarriaga V. (2007), *El narcotráfico: análisis situacional y política penal*. https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/anuario/an_1988_04.pdf
- SAMHSA-Center for Integrated Health Solutions. (2018). *Brief Interventions*. https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/brief-interventions#Brief_Intervention_Models
- Sánchez, F. (2015) *Estrategias de Prevención Selectiva e Indicada*, en Grupo de Trabajo para el Estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de tabaco y cannabis en España. *Informe 2015*. http://evictproject.org/wp-content/uploads/2015/09/Informe_EVICT_2015.pdf
- Schinke, S. P. (1994), Prevention science and practice: an agenda for action, *Journal of primary prevention*, 15:45–57.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., y Di Noia, J. (2010). Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. *Prevention Science*, 11(1): 24-32.
- Soyka, Michael. Treatment of Benzodiazepine Dependence. *The New England Journal of Medicine*, 376(12): 1147-1157.
- Substance Abuse and Mental Health Administration. (2017). *Drug free workplace, provide support*. <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit/provide-support>
- Substance Abuse and Mental Health Administration. (2007). *Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Quick Guide for Clinicians Based on TIP 47*. <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4233/SMA07-4233.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Administration. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64967/pdf/Bookshelf_NBK64967.pdf
- Suelves, J.M. (2015) *Prevención escolar del uso de tabaco y cannabis*, en Grupo de Trabajo para el Estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de tabaco y cannabis en España. *Informe 2015*. http://evictproject.org/wp-content/uploads/2015/09/Informe_EVICT_2015.pdf
- Sumnall, H.R., Bates, G., y Jones, L. (2017). *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction*. http://www.emcdda.europa.eu/document-library/evidence-review-summary-drug-demand-reduction-treatment-and-harm-reduction_en
- Sumnall, H., y Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/673/TDXD12013ENC_Web-1_394929.pdf
- Ugarte Reyes, F.J.; Delgado Mella, C.; Altamirano Cordero, C.C. (2015) *Prevención selectiva e indica del consumo de drogas y alcohol con enfoque de redes*. Santiago, Chile: SENDA. http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/PREVENCIÓN_CL_7296.PDF
- UNISDR (2016), *Nota Conceptual - Primera Reunión Ministerial y de Autoridades de Alto Nivel sobre la Implementación del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 en las Américas*. <http://eird.org/ran-sendai-2016/>
- Universidad Agraria La Molina (2004), *Modelación del paisaje en el ámbito de DA*
- Manzano N. (2003), *Cultivo de coca e impacto ambiental en la región Chapare, Bolivia*. http://www.iese.umss.edu.bo/uploads/docs/articulo_1277303900.pdf
- Van den Bergh, B.; Gatherer, A.; Atabay, T. y Hariga, F. (2011) *Women's health in prison: Action guidance and checklists to review current policies and practices*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/151053/e95760.pdf?ua=1
- WOLA (2017) *Eliminando las barreras para la reinserción: la reforma de antecedentes penales en Costa Rica*, https://361kuf17t-ye423o8ui2qfv0h-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/12/DONE-14-Criminal-Records-CR_SPA_FINAL-2.0.pdf
- World Health Organization (2009). *Promoting gender equality to prevent violence against women*. Malta: World Health Organization. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/gender.pdf
- Youngers, C. (2017) *¿Cómo incorporar una perspectiva de género en las políticas de drogas? La experiencia de Uruguay*. https://www.wola.org/wp-content/uploads/2017/06/DONE-1-Uruguay-gender-policies_SPA_FINAL_REV.pdf

COP  LAD