



COMISIÓN GLOBAL
DE POLÍTICA DE DROGAS

DE LA PERCEPCION

EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS

CONTRARRESTANDO PREJUICIOS
SOBRE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

Informe de 2017



LOS COMISIONADOS



KOFI ANNAN

Presidente de la Fundación Kofi Annan y Ex Secretario General de las Naciones Unidas, Ghana



JOYCE BANDA

Ex Presidente de Malawi



PAVEL BÉM

Ex Alcalde Mayor de Praga, República Checa



RICHARD BRANSON

Emprendedor, fundador del Grupo Virgin, cofundador de The Elders, Reino Unido



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Ex Presidente de Brasil



MARIA CATTAGUI

Ex Secretaria General de la Cámara de Comercio Internacional, Suiza



HELEN CLARK

Ex Primer Ministra de Nueva Zelanda y Administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo



NICK CLEGG

Ex Vice Primer Ministro de Reino Unido



RUTH DREIFUSS (PRESIDENCIA)

Ex Presidenta de Suiza y Ex Ministra del Interior



CESAR GAVIRIA

Ex Presidente de Colombia



ANAND GROVER

Ex Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, India



ASMA JAHANGIR

Ex Relator Especial de las Naciones Unidas sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, Pakistán



MICHEL KAZATCHKINE

Ex Director Ejecutivo del Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria, Francia



ALEKSANDER KWASNIEWSKI

Ex Presidente de Polonia



RICARDO LAGOS

Ex Presidente de Chile



OLUSEGUN OBASANJO

Ex Presidente de Nigeria



GEORGE PAPANDEYOU

Ex Primer Ministro de Grecia



JOSÉ RAMOS-HORTA

Ex Presidente de Timor-Leste



JORGE SAMPAIO

Ex Presidente de Portugal



GEORGE SHULTZ (PRESIDENCIA HONORARIA)

Ex Secretario de Estado de Estados Unidos de América



JAVIER SOLANA

Ex Alto Representante del Consejo para la Política Exterior y de Seguridad Común de la Unión Europea, España



THORVALD STOLTENBERG

Ex Ministro de Relaciones Exteriores y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Noruega



MARIO VARGAS LLOSA

Escritor e intelectual público, Perú



PAUL VOLCKER

Ex Presidente de la Reserva Federal de Estados Unidos y del Consejo para la Reconstrucción Económica, Estados Unidos



ERNESTO ZEDILLO

Ex Presidente de México

CONTENIDO

PREÁMBULO DE LA PRESIDENCIA	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
DROGAS	11
"ADICCIÓN"	15
La adictividad de las sustancias psicoactivas	15
"Adicción" y Recuperación	16
Tratamiento obligatorio	18
Reducción de daños	20
PERSONAS QUE USAN DROGAS	21
Razones del uso de drogas	21
El uso de las drogas como un problema individual	24
Drogas y crimen	25
LOS MEDIOS Y LA OPINIÓN PÚBLICA	28
El estigma y el lenguaje	30
Pánico moral – la clumination de la política, los medios y la opinión pública	31
Cambiando la forma en la que hablamos sobre drogas y las personas que las usan	32
POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS	34
Prevención	34
La criminalización del uso y posesión para fines personales	36
Largas sentencias y la pena de muerte	36
CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	42

WHICH DO YOU PREFER ?



Remember **PROHIBITION?**
Don't let it happen again!

CONTRIBUTED AS A PUBLIC SERVICE BY CALVERT DISTILLERS CORP, N.Y.C. SERIES 4 S

Arriba: Cuál prefieres?; izquierda: mal licor, contrabando de licores, sobornos, crimen organizado, evasión fiscal; derecha: honestidad, consumo legal, licor fino, pago de impuestos, buena vecindad, libertades personales; abajo: ¿Recuerdas la PROHIBICIÓN? No dejes que pase de nuevo.

Cartel promocionado por un productor de whisky (Calvert Distillers Corp N.Y.C.), que se oponía a los intentos de reinstalar la prohibición al alcohol. © David J. & Janice L. Frent/Corbis via Getty Images

PREÁMBULO DE LA PRESIDENCIA

En los últimos seis años, la Comisión Global de Política de Drogas se ha convertido en una voz destacada en el debate sobre las fallas del régimen internacional de control de drogas y las leyes represivas que este ha inspirado, así como sobre las reformas necesarias para superar las trágicas consecuencias de la prohibición. Los 25 miembros de la Comisión cuentan con una gran experiencia como líderes políticos, científicos y empresariales, y demuestran una dedicación permanente a los derechos humanos y al desarrollo sostenible.

En sus seis informes anteriores, la Comisión Global ha destacado el costo humano de las políticas equivocadas, su incapacidad para reducir la producción y el consumo de drogas ilegales, y de minar las organizaciones delictivas. La Comisión también ha proporcionado una visión general de las medidas necesarias para abordar de forma efectiva las consecuencias de estas políticas fallidas. Estas consecuencias incluyen: la propagación de enfermedades infecciosas, muertes por sobredosis y el uso de sustancias adulteradas, violencia asociada con la represión y guerras entre pandillas, corrupción, escasez de tratamiento farmacológico adecuado y alivio del dolor, hacinamiento en las cárceles y ausencia de perspectiva de integración social para las personas con antecedentes por delitos de drogas, incluidos los consumidores y los actores no violentos involucrados en la producción o venta ilegal de drogas. Esta lista dista mucho de ser exhaustiva. También se ven afectadas las familias y amigos de quienes están en contacto directo con las drogas, los habitantes de las zonas invadidas por el mercado ilegal, e incluso la sociedad en general. Los gobiernos desperdician grandes cantidades de dinero público en represión en lugar de financiar medidas eficientes de prevención, tratamiento y reducción de daños. La sociedad se ve afectada negativamente por las políticas que dejan el control de drogas a las organizaciones criminales.

La situación descrita anteriormente varía de un país y una región a otra, dependiendo de si hay una crisis de salud y cuán grave es, el grado de hacinamiento en las cárceles, el nivel de violencia relacionada con las drogas y el peso del crimen organizado. Dentro de cada país, diferentes poblaciones sufren en diversos grados de la presencia de drogas y las deficiencias de las políticas de drogas. Por lo tanto, las reformas no deberían ser las mismas de un país a otro, de una región a otra. Las reformas de la política de drogas deben tener en cuenta los parámetros locales y las necesidades reales de las personas y las comunidades. Es esencial entonces que las reformas se basen en un análisis en profundidad de los problemas que deben resolverse; las reformas deben movilizar a todos los que están involucrados en el proceso y proporcionar una evaluación adecuada de su impacto.

Las respuestas tanto racionales como pragmáticas, que renuncian a la ideología y a las ilusiones sobre una sociedad libre de drogas, se implementan cada vez más en todo el mundo. Los gobiernos están ofreciendo servicios de reducción de daños, despenalizando el uso y la posesión para uso personal, proporcionando

alternativas al castigo para actores no violentos de bajo nivel involucrados en la producción y venta de drogas ilegales, y regulando legalmente el cannabis y las nuevas sustancias psicoactivas.

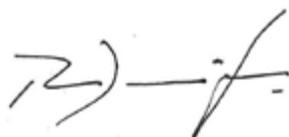
Sin embargo, no es fácil cambiar de dirección y navegar nuevas aguas. Durante demasiado tiempo, las drogas se han considerado como sustancias que deben evitarse a toda costa; las personas que usan drogas han sido rechazadas por la sociedad y percibidas como asociales, depravadas o desviadas. Los prejuicios y los temores que rodean a las sustancias se expresan en un lenguaje estigmatizador, la estigmatización conduce a la discriminación social y las leyes represivas, y la prohibición válida los temores y los prejuicios. Este círculo vicioso debe romperse. La Comisión Global, por lo tanto, ha elegido dedicar su séptimo informe al Problema Mundial de la PERCEPCIÓN de las drogas.

Los gobiernos son responsables de corregir las percepciones falsas de las drogas y las personas que las usan proporcionando información basada en la evidencia, que es fácil y ampliamente accesible. En sus discursos y por su propia actitud, los líderes políticos y religiosos deben mostrar su respeto por la dignidad y los derechos de cada habitante, especialmente aquel más vulnerable y que es víctima del estigma social.

Los profesionales que están en contacto directo con personas que usan drogas, ya sean médicos, trabajadores sociales o agentes del orden público, tienen la responsabilidad de evitar mezclar cuestiones de raza, crimen y drogas. Es necesario oponerse a las percepciones falsas para luchar contra las medidas arbitrarias o las barreras que impiden a las personas acceder a los servicios que necesitan. En cambio estos profesionales deberían compartir los éxitos de los enfoques de salud pública y derechos humanos en los que están involucrados.

Todos los miembros de la sociedad deben exigir que se les informe sobre los costos reales de las políticas de drogas y cómo afectan las vidas, las comunidades y la economía. Solo de esta manera puede cada ciudadano involucrarse, con una comprensión completa de los hechos, en un debate sobre las reformas.

Nos oponemos a los prejuicios, con hechos. Alentamos un cambio en las actitudes, el lenguaje y la forma en que se trata a las personas que usan drogas. Es urgente romper el círculo vicioso que ha causado tantos daños a las personas y la sociedad.



Ruth Dreifuss
Ex presidenta de Suiza

RESUMEN EJECUTIVO

Informes anteriores de la Comisión Global de Políticas de Drogas han mostrado cómo los daños potenciales de las drogas para las personas y las comunidades son exacerbados por las políticas represivas de control de drogas a nivel local, nacional e internacional. El presente informe, si bien reconoce plenamente el impacto negativo que el uso problemático de drogas tiene a menudo en la vida de las personas, se centra en cómo las actuales percepciones de las drogas y las personas que las usan, alimentan las políticas prohibicionistas.

De hecho, las reformas de las políticas de drogas a veces han sido difíciles de realizar, diseñar o implementar porque las políticas y respuestas a menudo se basan en percepciones y creencias apasionadas, y lo que deberían ser discusiones y debates factuales, como la eficiencia de la reducción de daños, son tratado como debates morales. El presente informe tiene como objetivo analizar las percepciones y los temores más comunes, contrastarlos con la evidencia disponible sobre las drogas y las personas que los usan, y sobre esa base, recomendar cambios que puedan promulgarse para apoyar las reformas hacia políticas de drogas más efectivas.

DROGAS, ADICCIÓN Y EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

Las drogas son presentadas a menudo como contaminantes no naturales, impuestas a una sociedad desde el exterior o por fuerzas desviadas, y muchas personas las temen. En realidad, tomar sustancia para alterar la conciencia parece ser un impulso universal, visto en casi todas las culturas del mundo y en la historia (aunque las sustancias utilizadas varían). Además, aunque ciertamente existen riesgos en todo uso de drogas, el estado legal de una sustancia raramente corresponde a los daños potenciales de ella. Además, los daños potenciales de una sustancia aumentan cuando se produce, obtiene y consume de manera ilegal.

También se cree ampliamente que la drogadicción es el resultado de que alguien simplemente toma una sustancia casualmente por placer, luego se “engancha” accidentalmente a las sustancias químicas dentro de la droga y lo “esclaviza”. Sin embargo, esto se basa en un malentendido de la adicción. El uso de drogas es relativamente común y aproximadamente un 250 millones de personas han usado drogas actualmente ilegales en 2016, mientras que alrededor del 11.6% de ellas se considera que padecen un consumo problemático de drogas o adicción. El patrón de uso más común de sustancias psicoactivas es episódico y no problemático.

Generalmente se cree que las adicciones son permanentes e irreversibles. Si se considera que la recuperación es posible, la abstinencia generalmente se percibe como el principal objetivo – y a veces el único – del tratamiento. Sin embargo, el objetivo principal del tratamiento debe ser permitir que una persona alcance, en la medida de lo posible, la salud física y mental. Desde esta perspectiva, la abstinencia no es necesariamente el mejor objetivo para el tratamiento de una persona en particular, y tal vez ni siquiera su objetivo. Incluso cuando lo es, muchas personas con un consumo problemático de drogas solo alcanzan la abstinencia luego de varios intentos.

Por lo tanto, se necesita una amplia gama de opciones para permitir que los médicos y sus pacientes decidan libremente sobre el tratamiento apropiado. Las opciones incluyen apoyo psicosocial, terapia de sustitución y tratamiento asistido con heroína. Existe una fuerte evidencia de la efectividad de estos tratamientos.

Además, muchos métodos científicamente probados previenen gran parte del daño causado por el consumo de drogas, principalmente aquellos causados por políticas represivas fallidas; sin apuntar a la abstinencia. Las intervenciones de reducción de daños incluyen los programas de jeringas y agujas, las instalaciones de inyección segura, la provisión de antagonistas de sobredosis de opioides y el análisis de sustancias.

PERCEPCIONES SOBRE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

Al considerar las razones por las cuales alguien podría tomar drogas, generalmente prevalecen las explicaciones psicológicas y morales, principalmente la suposición de que la persona es “débil” o “inmoral”. Por lo tanto, el público en general a menudo considera que el uso problemático de drogas es un problema individual y no uno con el que la sociedad debe lidiar. Otro estereotipo común de las personas que consumen drogas es el de personas que viven al borde de los márgenes de la sociedad, y por lo tanto no son miembros iguales o que tienen los mismos derechos que los demás.

Estas percepciones y estereotipos contrastan con lo que los expertos consideran las principales razones para consumir sustancias. Estas incluyen la experimentación juvenil, la búsqueda del placer, la socialización, la mejora del rendimiento y la auto-medicación para controlar el estado de ánimo, y el dolor físico.

Otra percepción generalizada es que las personas que usan drogas – y particularmente las personas con consumo problemático de drogas – participan en actividades delictivas. Pero la gran mayoría de aquellos que usan drogas no están cometiendo ningún delito que no sea la contravención de las leyes de drogas. Las personas con consumo problemático de drogas a menudo no pueden pagar las drogas que precisan sin recurrir a la delincuencia. Además, las personas que consumen drogas a menudo son desplazadas socialmente hacia sub-culturas marginadas donde abunda el crimen. Una vez que tienen antecedentes penales, les resulta mucho más difícil encontrar empleo, lo que hace que el mercado ilegal y la actividad criminal sean uno de sus únicos medios de supervivencia.

REPRESENTACIONES EN LOS MEDIOS Y ENTRE EL PÚBLICO EN GENERAL

Las percepciones discutidas en el informe están ampliamente influenciadas por los medios, que describen los efectos de las drogas como abrumadoramente negativas. Dos narrativas de drogas y personas que las usan han sido dominantes: una vincula drogas y crimen, la otra sugiere que las consecuencias devastadoras del uso de drogas en un individuo son inevitables.

La opinión pública y las representaciones de los medios se refuerzan mutuamente, y contribuyen y perpetúan el estigma asociado con las drogas y el consumo de drogas. Los términos comúnmente encontrados como “drogadicto,” “pichicatero” y “yonqui” son alienantes, y designan a las personas que usan drogas como “otros”, individuos que son moralmente defectuosos e inferiores.

Tal estigma y discriminación, combinados con la criminalización del consumo de drogas, están directamente relacionados con la violación de los derechos humanos de los usuarios de drogas en muchos países. Por lo tanto, para cambiar la forma en que se considera el consumo de drogas y cómo se trata a las personas que usan drogas, debemos cambiar nuestras percepciones, y el primer paso es cambiar la forma en que hablamos.

EL VÍNCULO ENTRE LAS PERCEPCIONES DE LAS DROGAS, QUIENES LAS USAN Y LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS

El vínculo entre la percepción de las drogas, las personas que las usan y la política de drogas constituye un círculo vicioso. Bajo un régimen prohibicionista, una persona que usa drogas está involucrada en un acto que es ilegal, lo que aumenta el estigma. Esto hace aún más fácil discriminar a las personas que usan drogas, y permite políticas que tratan a los usuarios como "sub-humanos", no ciudadanos y chivos expiatorios para problemas sociales más amplios.

En primer lugar, el miedo a las drogas se ha traducido en mensajes de prevención que promueven la abstinencia completa y afirman que todas las drogas son igualmente malas. Sin embargo, proporcionar información que es incompleta y, a menudo incluso incorrecta, disminuye cualquier posibilidad de confianza entre las autoridades y los jóvenes. Una mejor manera de avanzar sería ofrecer información honesta, alentar la moderación en la experimentación juvenil y proporcionar información sobre prácticas más seguras.

En segundo lugar, el consumo de drogas se percibe como un problema moral, se considera un delito contra la comunidad (public wrong) y, por lo tanto, se penaliza a pesar de que el consumo de drogas en sí no sea violento y solo postra posibles daños físicos a la persona que consume. Sin embargo, en muchos países, la pena de muerte se aplica a algunos delitos no violentos relacionados con drogas, colocándolos de facto en una base moral similar al asesinato y otros delitos más graves.

Un cambio de percepciones y políticas ya está en marcha en algunos países. El liderazgo y la información han jugado un papel fundamental al mostrar que el público puede apoyar políticas de drogas más pragmáticas y basadas en evidencia cuando se le ha dado información creíble. Ha sido posible convencer a las personas preocupadas por el orden público y la seguridad de que las políticas de drogas alternativas pueden ser más efectivas para reducir los daños relacionados con las drogas para los usuarios, su entorno inmediato y la sociedad en general.

PRINCIPIOS PARA REFORMAR LA POLÍTICA DE DROGAS

Con la adopción de la agenda de desarrollo sostenible como el marco político común para todos, los derechos humanos, la seguridad y el desarrollo se convierten en la base de todas las políticas. Por lo tanto, reiteramos los principios de la Comisión Global de Políticas de Drogas:

- 1** Las políticas de drogas deben estar basadas en evidencia científica sólida. La principal medida del éxito debería ser la reducción del daño a la salud, la seguridad y el bienestar de las personas y la sociedad.
- 2** Las políticas de drogas deben basarse en el respeto de los derechos humanos y la salud pública. La criminalización, estigmatización y la marginación de las personas que usan drogas y los involucrados en los niveles más bajos de las necesidades de cultivo, producción y distribución deben terminar, y las personas con consumo problemático de drogas deben ser tratados como pacientes, no criminales.

- 3** El desarrollo y aplicación de políticas de drogas deben ser una responsabilidad compartida a nivel mundial, y debe tomar en cuenta las diversas realidades políticas, sociales y culturales, y permitir experimentar con la regulación legal de drogas a nivel nacional. Las políticas deben respetar los derechos básicos de las personas afectadas por la producción, el tráfico y el consumo.
- 4** Las políticas de drogas deben llevarse a cabo de una manera integral, involucrando a las personas que usan drogas, las familias, las escuelas, los especialistas en salud pública, profesionales del desarrollo y líderes de la sociedad civil, en colaboración con las autoridades policiales y otros organismos gubernamentales pertinentes.

Nuestro objetivo principal, profundizado en este informe, es hacer un llamado a todos los miembros de la sociedad para que busquen y compartan información confiable y basada en evidencia sobre las drogas, las personas que las usan, las formas y razones por el uso, así como los motivos detrás de las percepciones actuales. Solo un esfuerzo colectivo para cambiar nuestras percepciones permitirá una reforma efectiva de la política de drogas. Las seis recomendaciones en este informe brindan vías para los responsables de las políticas, los líderes de opinión, la comunidad médica y el público en general sobre cómo trabajar para romper el tabú sobre las percepciones problemáticas de las drogas y las personas que las usan. El momento de cambiar nuestras percepciones y actitudes es ahora.

DROGAS

Las drogas son presentadas a menudo como contaminantes no naturales, impuestas a una sociedad desde el exterior o por fuerzas desviadas, y muchas personas las temen. En realidad, las sustancias psicoactivas se han utilizado a lo largo de la historia de la humanidad. De hecho, el uso de drogas no se limita a la raza humana, sino que se extiende a otras especies también: muchos animales persiguen deliberadamente la intoxicación, como los gatos que buscan el éxtasis de la hierba gatera, las aves migratorias que comen bayas o frutas fermentadas y los mandriles masticando tabaco.¹ Tomar sustancias para alterar la conciencia parece ser un impulso universal, visto en casi todas las culturas del mundo y en la historia. En antropología, las "técnicas y/o sustancias que alteran el estado de ánimo o la conciencia" son parte de la lista de los "universales humanos", junto con la música, el lenguaje, el juego y otros, formando el conjunto de herramientas culturales básicas.² Esto sigue siendo cierto hoy en día: hay pocas personas que nunca consumen sustancias psicoactivas, ya sea alcohol, tabaco, café, chocolate o khat. Por lo tanto, la mayoría de las personas y las sociedades tienen una comprensión del atractivo de las sustancias psicoactivas, al menos de las que son socialmente aceptadas en su cultura.

Existen riesgos relacionados con el consumo de drogas, independientemente de si las sustancias involucradas son legales o ilegales. Las drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, causan daño a individuos y sociedades, pero hay una amplia gama de formas en que las drogas causan daño, y los daños relativos son diferentes.⁴ Muchos ciudadanos creen que las drogas fueron hechos ilegales según un análisis racional del daño que causan. De hecho, las decisiones sobre qué prohibir y qué permitir, generalmente no han sido tomadas en paneles compuestos por solamente científicos o médicos.

¿QUÉ ES UNA DROGA?³

En el sentido más amplio, una droga es cualquier sustancia que tiene un efecto sobre la mente o el cuerpo. Sin embargo, para las sustancias que actúan sobre la mente (psicoactivas), incluidos los estimulantes, sedantes, alucinógenos, delirantes o dissociativos, el término droga ha adquirido un significado negativo. En el sentido farmacológico, la cafeína, la nicotina y el alcohol son drogas, al igual que la cocaína y la heroína.

En el uso popular, "droga" ha tomado un significado diferente. Durante el último siglo, "droga" ha llegado a significar una sustancia psicoactiva que es ilegal. En este sentido, el cannabis es una droga mientras que el alcohol no lo es (en la mayoría de los países); y sustancias como la morfina son "medicinas" cuando son usadas por doctores, y "drogas" cuando se usan recreativamente. Las sustancias psicoactivas son más aceptadas por la sociedad cuando se suministran como medicinas. Si una sustancia es una droga en ese sentido, depende de la intención detrás de su uso, el modo de administración y la clase social del usuario. Y aunque en muchos casos las sustancias activas siguen siendo las mismas, la percepción es muy distinta.

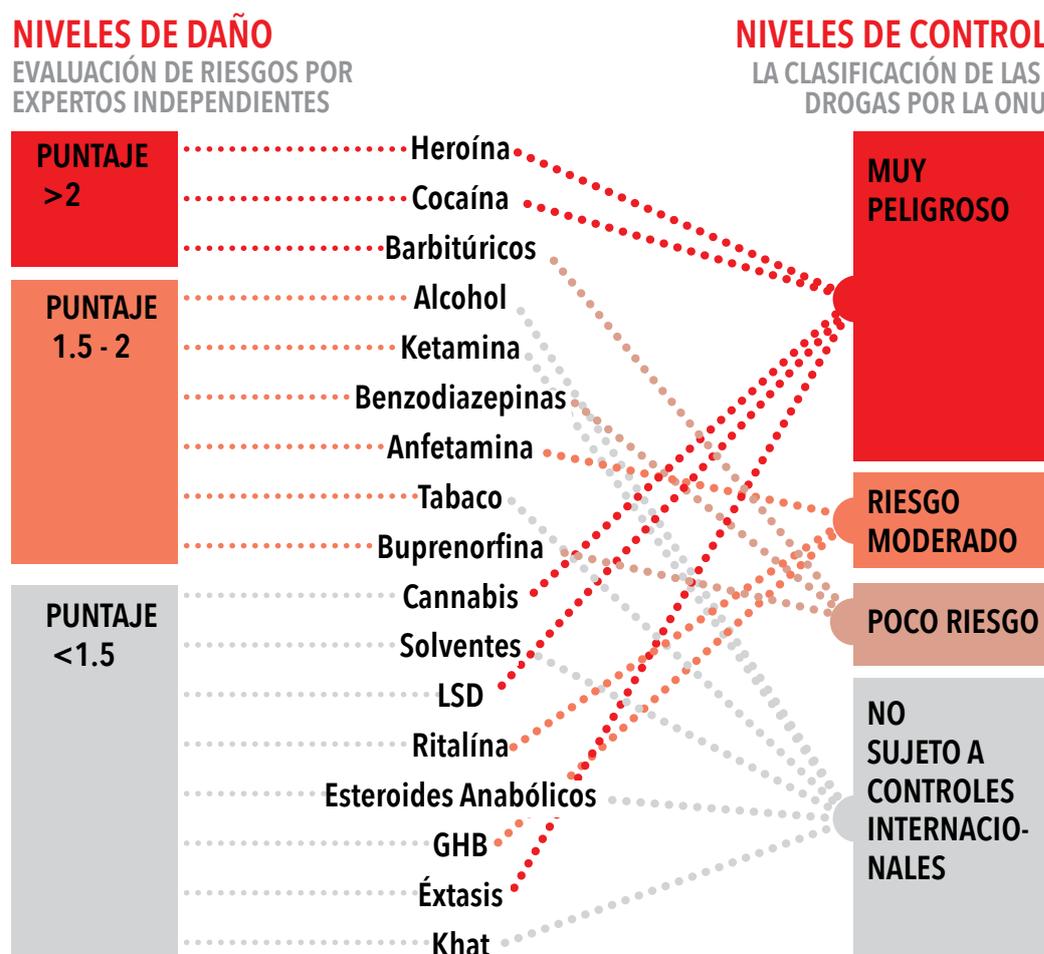


Heroína medicinal producida por Bayer antes de 1913.
Créditos: Foto de cortesía.



Heroína de pureza y potencia desconocida, como se vende en las calles hoy en día.
Credits: © Snowbelle / Shutterstock.com

FIGURA 1: CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS - NIVELES DE DAÑO CONTRA NIVELES DE CONTROL



Fuentes: Nutt, D. King, LA, Saulsbury, W., Blakemore, C (2007); ONUDD, Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes, Enmendada por el Protocolo de 1972, el 22 de abril de 2017, y las Listas de la Convención sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, el 18 de octubre de 2017.

Un histórico estudio publicado por The Lancet en 2007 clasificó las drogas de acuerdo con una variedad de criterios, incluido el daño físico (agudo, crónico, daño intravenoso) y daños psicológicos y sociales (incluidos los costos de intoxicación y atención médica).⁵ La heroína se clasificó como la sustancia que presentaba el mayor riesgo de daño para el individuo, pero cuando también se incluyeron los daños individuales y sociales, el alcohol – una sustancia legal—, se consideró la más dañina. De hecho, se ha encontrado poca o ninguna correlación entre la clasificación de sustancias de la ONU (como “muy peligrosa”, “riesgo moderado” y “bajo riesgo”) y sus daños, según lo evaluado por este estudio.⁶ La realidad es que el estado legal de una sustancia no se relaciona sistemáticamente con su daño potencial.

Además, el estudio The Lancet evaluó los daños actuales de diferentes sustancias dentro del sistema legal del Reino Unido. En el caso de drogas que son ilegales, una parte del

daño se debe precisamente a este estado, ya que cuando una sustancia está prohibida, aumentan los riesgos involucrados en su uso. La heroína, una droga potente con un riesgo comparativamente alto de uso problemático, ilustra bien este punto. Al comprar heroína “en la calle”, el usuario desconoce la potencia y la pureza de lo que compró, y por esa razón las sobredosis son comunes y, a menudo, fatales. Por el contrario, cuando un paciente en un programa de tratamiento asistido con heroína recibe su dosis de diamorfina de grado médico, tanto el médico como el paciente están seguros de la potencia y ajustan la dosis al nivel de tolerancia del paciente.⁷ En más de 20 años de tratamiento con heroína en Suiza, no ha habido una sobredosis mortal. Del mismo modo, muchos otros daños graves no son intrínsecos a la propia sustancia: cuando se utiliza equipo de inyección estéril, el riesgo de transmisión de virus transmitidos por la sangre como la hepatitis C y el VIH es casi cero. Las venas colapsadas y la esclerosis vascular común a los usuarios a largo plazo de “heroína callejera” son causadas principalmente por técnicas de inyección inadecuadas, la baja calidad de la propia heroína (por ejemplo, “alquitrán negro” crudamente procesado) y/o por lo que se ha agregado a lo largo de la cadena de suministro (por ejemplo, es común “cortar”

Edmond S. Fehoko, Nueva Zelanda

Actualmente estoy cursando un doctorado en Salud Pública en la Universidad Tecnológica de Auckland. Mis padres emigraron a Nueva Zelanda desde Ha’apai, Tonga y la conexión con mi herencia es importante tanto para mí como para mi trabajo académico: mi tesis de maestría exploró las experiencias y percepciones de 12 varones tonganos nacidos en Nueva Zelanda que participan en la faikava (círculo en el que se bebe kava).¹¹ Puedo recordar claramente cuándo participé en mi primer círculo de kava en mi iglesia local con mi padre, a los 14 años. Cuando consumo kava, me siento sociable, pero en paz, con el estrés disminuye gradualmente, dando como resultado un estado de tranquilidad.

Los círculos de Kava son un espacio social y cultural donde las comunidades del Pacífico, incluidos los tonganos, se reúnen para compartir ideas, conocimientos y experiencias mientras beben kava como medio de (re)conexión con las tierras del Pacífico. Kava es una bebida hecha a partir de las raíces de la planta de kava y es bien conocida y reconocida en el Pacífico por su valor mítico, narcótico, espiritual, medicinal y cultural. La kava es un anestésico ligero con cualidades anti-fúngicas. Se ha demostrado científicamente que la kava también tiene atributos antibióticos leves. Ha sido un remedio, que se ha usado para enfermedades como dolores de cabeza, lepra, insomnio, migraña, tuberculosis y problemas menstruales para las bebedoras de kava en Fiji. Por lo tanto, conocida por sus propiedades medicinales, la kava es considerada como la “planta psicoactiva más importada e importante en el Pacífico”.

Las reacciones a mi uso de kava han sido positivas y negativas. Las reacciones positivas existen cuando se ve como una alternativa al consumo de alcohol. La kava tiene un efecto de intoxicación diferente que el alcohol. Genera un sentimiento cálido, agradable y alegre, pero flojo, que hace a las personas sociables sin ineptitud ni interferencia con su razonamiento. El uso de kava también se ve con una luz positiva como una distracción de la posible afiliación a una pandilla juvenil. Y mi familia aprecia el papel que desempeña para garantizar mi fluidez y comprensión del idioma y la cultura de Tonga y para participar en un talanoa (diálogo) armonioso con otros en el círculo.

En el aspecto negativo, a veces, después de una larga noche de kava, mi mente puede estar un poco letárgica. El estigma negativo está relacionado con el tiempo pasado en un círculo de kava en lugar de con familiares o amigos que no usan kava, lo que en algunos casos puede significar que una figura paterna podría carecer en casa. Mi esposa y mi familia han comparado mi participación y participación en los círculos de kava con la forma en que las mujeres británicas se reunirán para tomar el té o un grupo de académicos se reunirán y tomarán café.

FIGURA 2: USOS TRADICIONALES DE DROGAS ALREDEDOR DEL MUNDO



Fuente: adaptado de Nutt, D (2012), *Drugs Without the Hot Air*

heroína con concreto, que no se disuelve bien y bloquea las venas). El daño al hígado o los riñones también es causado principalmente por aditivos en la “heroína callejera” y por infecciones transmitidas a través del intercambio de agujas y otras prácticas de inyección inseguras. Los efectos secundarios que se deben a la propia heroína son el estreñimiento y la disminución de la función sexual, así como la dependencia.⁸

Muchas drogas son un “gusto adquirido” ya que tienen efectos físicos que a menudo son inicialmente desagradables. Por ejemplo, la cerveza es desagradablemente amarga cuando se prueba por primera vez; los primeros cigarrillos producen tos y náuseas.⁹ Estas prácticas necesitan un contexto cultural en el cual las personas aprendan a disfrutarlas.¹⁰ Entonces, aunque el consumo de drogas es un impulso universal, históricamente la droga o drogas comúnmente tomadas en cualquier cultura eran a menudo locales y relacionadas con la disponibilidad de plantas nativas, como la hoja de coca en los Andes, la kava en el Pacífico y el opio en la India y otras partes de Asia. La consumación de las drogas que formaban parte de la propia cultura se consideraba a menudo como no problemática. El alcohol, por ejemplo, se usa comúnmente en muchos países y, por lo general, su uso no problemático está culturalmente permitido (con algunas excepciones, como la embriaguez pública). En contraste, los hábitos de drogas de otra cultura a menudo son mal vistos, al menos hasta que la nueva droga se socialice y se normalice. En Europa, este fue el caso del café y el tabaco cuando se introdujo por primera vez.

Entonces los daños potenciales de la propia sustancia aumentan cuando se produce, obtiene y consume ilegalmente y, como se discutió anteriormente, los límites entre las sustancias legales e ilegales no corresponden a su grado de daño, según los expertos. Las diferentes culturas también hacen que diferentes drogas sean ilegales. Por ejemplo, algunas culturas y religiones prohíben el consumo de alcohol y actualmente está prohibido en una serie de países asiáticos y africanos, desde Afganistán hasta Mauritania.¹² Esto está en contraste con las culturas occidentales, donde el alcohol es la principal sustancia psicoactiva socialmente aceptable. De hecho, el vino tinto es una parte integral de las ceremonias religiosas cristianas semanales. Los límites también se han desplazado dentro de la misma cultura en el tiempo: en Marruecos el cannabis era legal y estaba regulado durante los protectorados francés y español,¹³ así como el opio en India y Pakistán bajo el dominio colonial británico e inmediatamente después de la partición.¹⁴

"ADICCIÓN"

LA ADICTIVIDAD DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se cree que la drogadicción es el resultado de que alguien simplemente toma una droga casualmente por placer, luego se "engancha" accidentalmente a las sustancias químicas dentro de la droga, y después, lo "esclaviza". Las drogas se presentan como "poderosas, seductoras y fácilmente adictivas; que todos corren el riesgo de sufrir adicciones, que las drogas son suficientes para causar cualquier conducta desviada imaginable y son directamente responsables de la mayoría de los crímenes y la violencia".¹⁵ Sin embargo, esta percepción se basa en un malentendido de la adicción o como se llama con más frecuencia ahora "dependencia", "trastorno por uso de sustancias" o "uso problemático de drogas".

La realidad es que el uso de drogas es relativamente común en todo el mundo. Aproximadamente doscientos cincuenta mil personas (de 15 a 64 años de edad) usaron drogas ilegales en 2016, de las cuales alrededor del 11.6% se considera que padecen un consumo problemático de drogas.²⁰ Otra serie de observaciones refuta aún más la suposición de que la totalidad o la mayoría del consumo de drogas conduce a la adicción: datos recopilados por la Unión Europea tanto sobre el uso alguna vez en la vida como el año anterior. Si el consumo de drogas fuera inevitable y consistentemente problemático, estos dos conjuntos de números deberían ser similares. Sin embargo, el hecho es que las cifras de uso de por vida son mucho más altas que el uso en el último año, para todas las sustancias: el cannabis 87.7 millones frente a 23.5 millones; cocaína 17.5 millones frente a 3.5 millones; MDMA (éxtasis) 14.0 millones frente a 2.7 millones; anfetaminas 12.5 millones frente a 1.8 millones.²¹ Esto muestra que la gran mayoría de las personas que alguna vez han probado una droga no la han usado en el último año. El patrón más común del uso de sustancias psicoactivas es episódico y no problemático.

Es de suma importancia distinguir entre dos conceptos que desafortunadamente a menudo se mezclan: adicción y dependencia. La **dependencia** significa depender de una sustancia para funcionar y evitar los síntomas de abstinencia al dejar de consumirla bruscamente. Es un resultado natural de tomar ciertas sustancias (incluso opioides para aliviar el dolor, algunos medicamentos para la presión arterial o antidepresivos) regularmente. Por ejemplo, afectará a casi todos los pacientes del dolor que toman opioides diariamente durante meses. La **adicción**, en contraste, está definida por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, como una condición "caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias dañinas".¹⁶ Los pacientes con metadona estable y buprenorfina en terapia de sustitución de opioides, por ejemplo, tienen dependencia, no adicción.¹⁷

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud, conocido como ICD-10, aún utiliza "dependencia" para referirse al uso compulsivo de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas,¹⁸ en lugar de simplemente necesitar una sustancia para funcionar.

The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM) in the current manual (DSM-5) uses the term "Substance Use Disorder" qualified by "Severe."

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) en el manual actual (DSM-5) usa el término "Trastorno por uso de sustancias" calificado como "Severo".

Por el contrario, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía (OEDT) utiliza el término uso problemático de drogas (o consumo de drogas de alto riesgo) definido como **uso recurrente de drogas** que está causando daños reales (consecuencias negativas) a la persona (incluida la dependencia, pero también otros problemas de salud, psicológicos o sociales), o coloca a la persona en una alta probabilidad / riesgo de sufrir tales daños¹⁹ Esto último es útil ya que el consumo de drogas puede causar problemas incluso sin la dependencia física o la compulsividad.

Carmen, Alemania

Cuando tenía 16 años, una amiga ayudó a su hermano mayor a hornear "galletas espaciales", es decir, galletas con hachís, y ella compartió algunas conmigo y algunos amigos. Fue una experiencia bastante intensa. Tomamos cannabis en productos horneados o chocolate caliente algunas veces y luego, cuando comencé a fumar cigarrillos, también comencé a fumar porros. Fumábamos antes de salir o, a veces, si un grupo grande estaba en la casa de un amigo. Pondríamos un poco de dinero juntos, cada uno dando más o menos 10 marcos alemanes y un amigo compraría el hachís en "volumen" para nuestro grupo, suficiente para un par de semanas o un mes, ya que muchos distribuidores no venderían menos de 5 o 10g. Entonces solíamos dividirlo. Fue mucho más tarde que me di cuenta de que lo que estábamos haciendo se llamaba "contrabando social (social dealing)" y que el amigo a quien le tocó comprar podría haber sido considerado como un narcotraficante de bajo nivel. Continué fumando porros mientras estaba en la universidad, principalmente los fines de semana. Con el paso de los años, a medida que salía cada vez menos, también fumaba cada vez menos cannabis.

Crecí en Baviera y es el estado federal que aplica las políticas de control de drogas más estrictas dentro de Alemania, entonces teníamos miedo de ser atrapados incluso con el equivalente de un porro y solo fumábamos en el automóvil a la vuelta de la esquina del club nocturno o en un el lugar de un amigo antes de salir. Afortunadamente, ninguno de nosotros tuvo problemas con la policía.

Ahora estoy casada y tengo tres hijos, trabajo tiempo parcial en un empleo relacionado con el campo en el que obtuve mi título, y el cannabis ya no tiene un lugar en mi vida, con la posible excepción de un viaje de fin de semana con amigos de la escuela secundaria cada dos años: allí todavía podríamos fumar un porro para demostrar que todavía somos "jóvenes".

Esto es cierto incluso para las drogas que son ampliamente consideradas como las drogas ilegales más "duras", como la heroína, el crack o la metanfetamina; pero solo una minoría de usuarios experimenta problemas.²² En el caso de la heroína, se ha descubierto que aproximadamente el 23% de los que la prueban desarrollarán un uso problemático y el 77% no; para la cocaína, la estimación es de alrededor del 17% y para el cannabis de alrededor del 9%. Un 15% de las personas que consumen alcohol y el 32% de quienes prueban el tabaco desarrollarán un uso problemático de estas sustancias, que están legalmente disponibles en la mayoría de los países.²³

Solo ocasionalmente la realidad del uso cotidiano de drogas no dañinas irrumpirá en la conciencia pública. Por ejemplo, los periodistas a menudo preguntan a los candidatos presidenciales en los EE.UU. sobre sus experiencias con las drogas, llevando a Bill Clinton a decir que "no inhaló".²⁴ Barack Obama ofreció una respuesta diferente, admitiendo públicamente que había usado tanto cannabis como cocaína, diciendo "Inhalé. Ese era el punto".²⁵ En realidad, historias como la del presidente Obama - de alguien que utilizó en ocasiones pero nunca desarrolló un uso problemático- son la experiencia más común que las personas tienen con las drogas en todo el mundo. Sin embargo, éstas no son las narrativas que predominan en las mentes de las personas.

"ADICCIÓN" Y RECUPERACIÓN

Así como existe el temor de que el consumo de drogas conduce a la "esclavitud química", a menudo se cree que la adicción es permanente e irreversible. O bien, si se considera posible la "recuperación", generalmente se cree que la abstinencia es el principal y único objetivo del tratamiento, cuando en realidad debería de ser el permitir que una persona

Nicolas Manbode, República de Mauricio

Empecé a usar cannabis a la edad de 16 años, y a los 18 comencé a inyectar heroína. Mientras pudiera esconderlo de mi familia, todo estaba bien y mi consumo solo era recreativo.

Empecé a trabajar a una edad muy temprana en el sector de la construcción con mi papá. La construcción es un mundo difícil. A veces obtienes un contrato y mucho trabajo, y otras veces no. Al final de uno de nuestros proyectos, no teníamos trabajo, así que me quedé en casa casi todos los días sin mucho que hacer y comencé a inyectarme con más frecuencia.

Me arrestaron por primera vez por posesión de heroína a los 21 años. En este punto, mi vida cambió por completo. No tenía trabajo, ni dinero, y mi consumo de drogas se convirtió en un problema. Cada vez había más casos de policías en mi contra, lo que hacía mi vida más difícil cada día.

A los 27 años, ya tenía suficiente de esta vida, de pasar la vida dentro y fuera de la prisión. Fue difícil y no pude soportarlo más. No era la vida que quería tener. Ser encarcelado es difícil, el consumo de drogas también fue muy difícil, quería dejarlo. Intenté varios centros de desintoxicación y centros de tratamiento basados en la abstinencia, pero ninguno de ellos funcionó para mí. Los tratamientos fueron por dos semanas. Cuando regresé a casa, nada había cambiado en mi vecindario y volví a usar heroína. Luego decidí probar el tratamiento con metadona, pero antes de poder comenzar, en 2010, fui sentenciado a dos años de prisión. En la prisión, me enteré de que estaba co-infectado, con VIH y hepatitis. Fue un shock. Cuando me liberaron de la prisión en 2011, comencé un programa de metadona y me quedé en él durante dos años. Este programa funcionó para mí. Durante esos dos años, fui apoyado. Tenía un objetivo y me apegué a él. La abstinencia sola no me había funcionado; necesitaba seguimiento médico también. Quería centrarme principalmente en mi salud y luego empecé a disminuir gradualmente las dosis de metadona. Me llevó 3 meses hasta que finalmente me detuve en 2013.

Las cosas mejoraron con mi familia. Vieron el esfuerzo que hice para dejarlo. Comencé a trabajar con contratistas dentro de mi familia. La confianza que una vez se perdió fue restablecida. Pero no duró mucho. Las cosas que había hecho me atraparon. En 2015, recibí el juicio de un caso policial que había estado pendiente desde 2008. Fui nuevamente sentenciado a dos años de prisión.

Afortunadamente, y con la ayuda e intervención de muchos, la sentencia se cambió a servicio comunitario. Cuando decidí dejar de consumir, comencé como voluntario en varias organizaciones y esto me ayudó mucho. Pero en el lado profesional fue difícil, mis clientes terminaron sus contratos. Pero no me hundí, perseveraré. Al mismo tiempo, una ONG local, el Collectif Urgence Toxida (CUT), estaba buscando un líder del equipo de extensión para su unidad de pares. Solicité y hoy todavía trabajo con ellos.

Si no hubiera pasado por todo eso, no sería quien soy hoy; forjó mi personalidad. Cuando pienso los tiempos en que me estaba inyectando, sé que no habría ido a la cárcel y estaría co-infectado si no hubiera sido por las drogas. Con el tiempo, he desarrollado una buena autoestima y tengo más confianza en lo que estoy haciendo. Quiero ayudar a otros a través de programas de reducción de daños, y creo que si no hubiera pasado por todo esto, nunca habría ayudado a otros. Y hoy, si la sociedad piensa bien o mal acerca de mí, no me afecta.

alcance, en la medida de lo posible, la salud física y mental. Existe la creencia de que las terapias de sustitución, por ejemplo, simplemente "reemplazan una droga por otra".²⁶ Contrariamente a la creencia popular, hay una fuerte evidencia de la efectividad de los tratamientos como terapia de sustitución de opioides, terapia cognitiva-conductual, manejo de contingencia, mejora de la motivación y prevención de recaídas basadas en mindfulness.²⁷

Desde una perspectiva médica, solo aquellos con consumo problemático de drogas o dependencia necesitan tratamiento, que, como se mencionó anteriormente, es una minoría. El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas es ante todo un contrato terapéutico entre un médico y un paciente, basado en la confianza y la confidencialidad. Entre ellos deben decidir libremente sobre el proceso de tratamiento, sobre las intervenciones y los servicios a seguir, y sobre el objetivo final,²⁸ ya sea la abstinencia o un objetivo diferente. Si bien la abstinencia puede ser un resultado deseado por algunos, muchas personas con consumo problemático de drogas requieren varios intentos antes de tener éxito, y algunos necesitan diversas formas de tratamiento y servicios para mantener su buena salud mientras acceden a la droga ilegal de la que dependen, o un sustituto. La ONU ha declarado claramente que la recaída durante el tratamiento "no es una debilidad de carácter o voluntad".²⁹ Se necesita una variedad de opciones - desde la rehabilitación basada en la abstinencia hasta el apoyo psicosocial, la terapia de sustitución y el tratamiento con heroína - para permitir que los médicos y sus pacientes decidan sobre el tratamiento apropiado.

TRATAMIENTO OBLIGATORIO

Los temores y los conceptos erróneos sobre la adicción han contribuido a la opinión de que las personas que consumen drogas deben ser obligadas a recibir un tratamiento en contra de su voluntad. En varios países, esto se traduce en un tratamiento ordenado



Mujer recibiendo dosis de metadona en Ucrania. Créditos; ©Brent Stirton via Getty Images

Oxana, Federación Rusa

He sido adicta a la heroína durante varios años, pero estaba aguantando. Soñé con tener un hijo. Logré no consumir drogas durante dos años antes de quedar embarazada. Me sentí feliz y acudí a los médicos para recibir atención prenatal. En el hospital, quedé atónita cuando me dijeron que no podría dar a luz, porque había usado drogas y era VIH positivo. Estaba afectada, más allá de las palabras. Mi sueño se vino abajo.

En mi país, puedes obtener un aborto gratis hasta 12 semanas. Después de eso, tienes que pagar y solo se hace en casos especiales. Entonces comencé a buscar dinero para un aborto. Quizás haya otra forma de hacerlo gratis, pero los doctores no me lo dijeron. Lloré todo el tiempo y dejé de comer. Yo quería suicidarme. Regresé a las drogas y me volví tan delgada que mi cuerpo era poco más que un esqueleto. Le escribí una carta a mi hermana, preparándome para morir.

Para poder realizarme un aborto en esta etapa tardía, tuve que obtener un certificado del departamento de narcología [la rama rusa de la medicina que se ocupa de la drogadicción] de que yo era una drogadicta. Pero en mi país no aceptan mujeres embarazadas en narcología: la terapia de sustitución con metadona que puede ayudar a las mujeres dependientes de las drogas durante el embarazo está prohibida en Rusia, y los programas oficiales de desintoxicación están prohibidos para las mujeres embarazadas, ya que los medicamentos son tóxicos para el feto. El personal de narcóticos solo accedió a alojarme después de que supiera que más adelante tendría un aborto. Luego, en la víspera de mi aborto, me enteré por mis amigas de que cuando eres VIH positivo es posible dar a luz bebés sanos. ¿Entonces eso significa que todo lo que acabo de pasar fue puramente por el capricho de los doctores?

¡Anuncié que iba a tener al bebé! El personal de la clínica me gritó, llamándome una adicta irresponsable, y no quisieron devolver mi dinero para el procedimiento. Debido a todo lo que había pasado, empecé a tener trabajo de parto prematuramente y, a las 28 semanas, tuve una niña bella y saludable, Julia. Fue una gran alegría, a pesar de que tuvo un precio tan alto.

Presenté una queja contra los doctores. Entonces la policía vino a mi casa para hostigarme. Tuvieron un aviso anónimo de que estaba descuidando a mi bebé. Entonces parece que los doctores tuvieron la última risa.

Sin embargo, nuestra felicidad duró poco más de dos años. Encontré un trabajo para ganar dinero para Julia. Cuidarla tomó mucha energía. Estaba cansado en el trabajo, y cuando llegué a casa, tuve que lidiar con mis familiares, que se ocuparon de mi hija mientras yo estaba fuera. Pronto, el padre de Julia murió y las cosas se pusieron mucho más difíciles. Problemas en el trabajo, problemas en el hogar, la muerte de mi pareja y cómo todos me evitaron: simplemente me rompí. Me llevó de vuelta a usar drogas. Luego la policía vino a mi casa otra vez, con una orden falsa de drogas. Revisaron la casa pero no encontraron nada. Entonces sacaron un poco de azúcar del armario, lo derramaron sobre la mesa, llamaron testigos y les dijeron que habían encontrado drogas. Luego, en la estación, metieron una jeringa entre mis cosas.

Me dieron una sentencia de tres años y tres meses en una colonia penitenciaria. El servicio de control de drogas publicó un artículo en su sitio web, que me retrató como un monstruo horrible y reveló mi dependencia a las drogas y mi estado de VIH. El artículo fue eliminado solo después de que escribí una queja a la oficina del fiscal, pero ya era demasiado tarde: casi todos mis amigos y parientes lo habían leído.

He estado reclusa por un año, dos más por recorrer. Trabajamos casi todos los días, sin días libres. Mi tratamiento contra el VIH es irregular ya que el suministro de medicamentos antirretrovirales es intermitente. Estoy preocupada por mi salud. No me atrevo a pensar en mi hija o comenzaré a llorar. Solo sueño con una cosa: volver a ver a Julia. Para nunca ser separadas de nuevo. Pero si eres un yonqui, nunca puedes garantizar que algo no destruya tus planes.

por el estado. El tratamiento obligatorio de drogas existe en partes del sudeste de Asia, la Federación Rusa, América del Norte, América Latina, Europa, Australia y África.³⁰ Los centros de tratamiento obligatorios son una violación de la relación de confianza y voluntariedad que siempre debe existir entre un paciente y un proveedor de atención a la salud. Además, los centros de tratamiento obligatorios violan los derechos humanos. Existe evidencia documentada (en Vietnam, China, Camboya y Laos) de personas detenidas por la policía y sin un debido proceso; sin acceso a abogados o audiencias formales por parte de los jueces, y sin un proceso por el cual puedan apelar contra su detención.³¹ Los informes sobre grupos para-policiales en Rusia que secuestran a personas que usan drogas desde su hogar para "rehabilitarlas" muestran una indiferencia similar por las personas, a las que etiquetan como "animales"; han sido encadenadas a camas, privadas de alimentos, obligadas a trabajos forzados y torturadas. Como se señala en un informe: "Un usuario de drogas no se consideraba un ser humano allí. Así es como te tratan: te golpean todo el tiempo, te humillan".³² El tratamiento forzado no solo es atroz, también ha demostrado ser ineficaz y aumentar la probabilidad de recaída.³³

REDUCCIÓN DE DAÑOS

Hay muchas maneras científicamente comprobadas para prevenir gran parte del daño causado por el consumo de drogas, sin apuntar a la abstinencia.³⁴ La gama de servicios y políticas que disminuyen las consecuencias adversas del uso de drogas y protegen la salud pública se conoce comúnmente como "reducción de daños". A diferencia de los enfoques que insisten en que las personas dejen de consumir drogas de inmediato, la reducción de daños reconoce que muchas personas no pueden o no quieren abstenerse de usar drogas ilegales, y que la abstinencia no debe ser una condición previa para obtener ayuda. La reducción de daños abarca políticas y mensajes que buscan reducir el daño sin requerir que una persona cese el comportamiento potencialmente dañino. El objetivo es reducir los daños del uso de sustancias psicoactivas para aquellos que no pueden o no quieren parar.³⁵ La reducción de daños también es una herramienta de prevención terciaria, que evita el deterioro de la salud física y psicológica y facilita la reintegración social. Las medidas esenciales de reducción de daños incluyen programas de intercambios agujas y jeringas, salas supervisadas de consumo, antagonistas opiáceos contra los sobredosis y análisis de sustancias (drug checking), entre otros. Ejemplos de intervenciones de reducción de daños fuera del ámbito del consumo de drogas ilegales incluyen parches de nicotina, cerveza ligera, condones, cinturones de seguridad y equipo de protección en los deportes.

Cuando se combina con el apoyo social y psicológico para el individuo que usa drogas, la reducción de daños también puede conducir a una disminución en el uso problemático de las mismas. En las ciudades de Sao Paulo y Vancouver, la idea de "reducción de daños" se ha ampliado en maneras interesantes, como proporcionar vivienda incondicional y apoyo social a personas con consumo problemático, para abordar no solo el uso problemático de drogas sino también los sufrimientos subyacente que contribuyen al problema.³⁶

PERSONAS QUE USAN DROGAS

RAZONES DEL USO DE DROGAS

A principios del siglo XX, surgió una teoría que trataba explicar lo que ahora se llama “trastorno por consumo de drogas”: los médicos y el público adoptaron cada vez más una explicación psicológica y moral de la adicción. Si alguien continuaba usando drogas a pesar de la prohibición legal y la desaprobación social, ésta era seguramente una manifestación de “una psicopatología subyacente, y un defecto fundamental de carácter”.³⁷ Esto proporcionó una razón para patologizar y descartar a individuos vulnerables: su sufrimiento fue auto infligido y no requiere un remedio social más amplio. Esta posición percibe a las personas que están en problemas, como personas que causan problemas. Como lo expresa un grupo de académicos, “la gente no abusaba tanto de las drogas porque estaban desempleadas, sin hogar, pobres, deprimidas o alienadas; estaban desempleados, sin hogar, pobres, deprimidos o alienados porque eran débiles, inmorales o lo suficientemente tontos, como para usar drogas ilícitas”.³⁸ Y si el individuo tiene toda la culpa, entonces no hay urgencia para abordar problemas más grandes de desigualdad, pobreza, desdoblamiento de la familia, etc. Esto también podría explicar parcialmente la aparente paradoja en la que la mayoría de los estadounidenses creen que la “guerra contra las drogas” ha fracasado, pero continúan apoyando mayores recursos para las mismas políticas.³⁹

Esta⁵⁴ visión moralista del uso de drogas y el trastorno por consumo de drogas continúa influyendo en la opinión pública, incluso hoy en día. Por ejemplo, la mayoría de los estadounidenses no cree que las difíciles condiciones sociales sean una de las principales causas del consumo de drogas.⁴¹ Cuando se les pidió que seleccionaran términos que describan a alguien que usa cocaína, los términos más frecuentemente seleccionados fueron “sin futuro”, “perezoso” y “egocéntrico”.⁴² En una encuesta de 2016 en Escocia, casi la mitad de los encuestados creía que la dependencia se debe a la falta de autodisciplina y fuerza de voluntad (42%).⁴³ Una revisión de los periódicos del Reino Unido descubrió que el consumo de heroína se describía principalmente como un problema personal y emocional, en contraste con la

De la higiene social a la eugenesia: cuando las buenas intenciones generan percepciones mortales

El movimiento de higiene social es un movimiento para prevenir las enfermedades infecciosas transmisibles al abordar las raíces sociales de estas enfermedades.⁴⁰ El concepto de higienismo nació en el siglo XIX y cobró impulso entre la primera y la segunda Guerra Mundial. La higiene comenzó como un movimiento de médicos y políticos que controlaba y dictaba normas sanitarias, educaba a las personas sobre los factores de riesgo existentes en su entorno y abordaba los problemas sociales a los que se enfrentan los pacientes para producir mejores resultados de salud. Este enfoque, que se basa en un estilo de vida higiénico, fue acompañado por el castigo de las poblaciones que no se suscriben, con el fin de corregir el comportamiento humano y permitir sociedades más higiénicas y saludables. Entre las dos guerras mundiales, un período marcado por una obsesión con las “sociedades decadentes”, algunos higienistas recurrieron a la eugenesia, un movimiento relacionado con la “mejora” de la especie humana mejorando las líneas hereditarias, dando como resultado casos extremos en la esterilización de individuos juzgados como inútiles para la sociedad.

A mediados del siglo XX, los movimientos de higiene social experimentaron un auge en popularidad, ya que fueron acompañados por avances importantes en la medicina curativa. Durante este período, se redactaron y adoptaron dos de las tres convenciones internacionales sobre el control de las drogas, que piden la preservación de la “salud y el bienestar de la humanidad” y se refieren a la adicción a las drogas ilícitas como un “mal”. Sin embargo, el modelo de la higiene se puso en tela de juicio con el advenimiento de la epidemia de VIH y los métodos utilizados para abordarla. Frente a la tarea imposible de cambiar el comportamiento humano a través de medidas restrictivas (por ejemplo, ordenando el uso de condones), la prevención en cambio enfatiza la información, el acceso a servicios apropiados, la desestigmatización y el empoderamiento de las poblaciones vulnerables.



Ofrecen una bebida de Kava en 1982 a la Reina Isabel II, al visitar Fiji. Créditos: ©1982 Tim Graham via Getty Images

cocaína, que se consideraba una opción de estilo de vida.⁴⁴ Y existe una especie de lógica circular en Nigeria, donde muchas personas afirman que las drogas conducirán a la gente a la locura, mientras que al mismo tiempo creen que las drogas solo las toman los locos.⁴⁵ Los líderes comunitarios allí se refieren a las personas que usan drogas como “inútiles”, “personas sin valor”, “irresponsables” y afirman que son una vergüenza para sus familias y su comunidad en general.⁴⁶ De manera similar, una encuesta realizada en Marruecos, Túnez, Egipto, Líbano, Pakistán y Afganistán encontró que los términos más usados para describir a las personas que se inyectan drogas son “deben ser castigados”, “malvados/malas personas”, “falta de respeto/irrespetuoso” y “culpable”.⁴⁷

Un estereotipo común relacionado es que las personas que usan drogas viven al margen de la sociedad y no son miembros dignos de ella. Las personas que usan drogas son por lo tanto deshumanizadas y etiquetadas como pertenecientes a una categoría social subordinada (“los otros”).⁴⁸ Pero cuando los investigadores realizaron entrevistas a personas en el “parque de agujas” de Zúrich, un espacio público abierto donde la gente se reunía en las décadas de 1980 y 1990 para comprar y usar drogas, sus hallazgos no se ajustaban a este estereotipo común.⁴⁹ Casi la mitad de los entrevistados (49.1%) asistían al trabajo o a la escuela regularmente, y vivían en “forma ordenada”, ya sea en su propio departamento o compartiendo con amigos. Solo 1 de cada 5 personas que frecuentaban el parque no tenían trabajo y vivían en un refugio o no tenían hogar. Resultados similares se han descubierto en un estudio del comportamiento económico en tres ciudades rusas en 2004-2005, que encontró que las personas que se inyectaban drogas tenían un nivel comparable de educación y empleo, y sus ingresos mensuales de trabajo también eran comparables con el promedio de Rusia.⁵⁰

Las razones que los expertos proponen en explicar porqué las personas buscan sustancias psicoactivas, generalmente están en oposición con las percepciones comunes. Los jóvenes en especial, pueden tomar drogas para experimentar y buscar

Eva, Estados Unidos de América

Cuando tenía poco más de veinte años, era una muy exitosa adicta a las drogas. Vivía en Nueva York, trabajaba como escritora independiente de revistas y producía artículos para publicaciones conocidas. Yo era bien conocida. Fui a fiestas elegantes con cuerdas de terciopelo y entrevisté a muchas personas que eran mundialmente famosas en los campos que cubrí. A menudo estaba borracha, con resaca, o bajo los efectos de la cocaína, pero tuve cuidado de no dejarlo afectar la calidad de mi trabajo.

Reconozco que crecí con una gran cantidad de privilegios. Fui a una universidad de la Ivy League, que es donde descubrí por primera vez la cocaína. Recuerdo haberle dicho a un amigo: "nunca debería intentarlo porque sé que me va a gustar". Me encantaba todo lo que me hacía sentir fuerte, agudo, e inteligente. La primera vez que probé cocaína fue con dos amigos, ambos muy ricos, ambos muy exitosos, no parecía gran cosa. Todos tenían acceso a eso; algunos de los chicos viajarían a Nueva York, comprarían algunos gramos y los traerían a eventos especiales; luego para los fines de semana regulares, y luego solo para los días de semana regulares.

Cuando me mudé a Nueva York para trabajar en publicaciones, un amigo mío me presentó a su vendedor de drogas. Entendí, de manera abstracta, que la cocaína era ilegal, pero no parecía tan importante. Tuve que enviar un mensaje de texto y pedir todos los "boletos" (= gramos de cocaína) que quería. Cuando mi vendedor habitual no estaba disponible, tenía que llamar a uno diferente. Recuerdo que una noche me subí al asiento delantero de un SUV en East Village. Empecé a darme la vuelta cuando una voz en la parte posterior dijo: "No te voltees". Tuve que sacar la mano y él dejó caer las bolsas de cocaína. Le di mi dinero al hombre en el asiento del conductor, y salí.

Hubo momentos en que no tuve suficiente dinero; aún así llamaba al distribuidor intentando obtener un descuento. Esto nunca funcionó; pero escuché acerca de mujeres que intercambiaban favores sexuales por drogas. No lo hice, y me alegro de no haberlo hecho.

Conseguí la sobriedad cuando tenía 24 años. Pensé que la cocaína era mi problema, pero me di cuenta de que cada vez que bebía, quería comprar drogas. No he bebido ni tomado drogas en diez años.

Creo firmemente en la regulación legal. No había forma de que pudiera haber evitado la cocaína: mi temperamento, mi acceso financiero, etc. Hubiera sido más fácil para mí estar a salvo y no tener que meterme en situaciones terroríficas en los automóviles si hubiera habido alguna forma legal para mí de acceder drogas. Había tantas veces que sabía que lo que estaba tomando estaba mezclado con otras cosas, pero estaba desesperada y lo hice de todos modos. Después de estar sobria, desarrollé una tonelada de problemas de salud; a veces me pregunto si eso está relacionado, en parte, con el uso de drogas adulteradas durante tanto tiempo.

Estoy agradecida de estar sobria, pero también estoy agradecida por haber experimentado ser una adicta a las drogas. Me da mucha más compasión y una mayor profundidad de comprensión de la aleatoriedad de quién se convierte en un adicto y quién no. Casi todos mis amigos también usaban cocaína, pero en cierto momento antes de que su uso causara problemas, se detenían. Yo no pude.

emociones fuertes, o para integrarse con un grupo de compañeros. Las personas usan drogas porque la intoxicación (cuando se espera) puede ser una experiencia placentera. La mayoría del consumo de drogas es social, y las drogas generalmente se consumen en grupos, donde los sentimientos de desinhibición y de locuacidad, que muchas drogas generan, promueven el vínculo social.⁵¹ La mayoría de las personas que usan drogas ilegales lo hacen por las mismas razones que la mayoría de quienes consumen alcohol: para relajarse, socializar, por placer; y no porque tengan una dependencia.⁵²

Las drogas también se toman para "sentirse mejor". Las personas que sufren de depresión, ansiedad social, trauma (particularmente trauma infantil debido a abuso sexual y/o físico, violación o abandono), trastornos relacionados con el estrés, dolor físico o trastornos mentales, pueden tomar medicamentos para disminuir estos sentimientos de angustia, y así, automedicarse y controlar sus estados de ánimo. Las personas también usan sustancias que alteran la mente para ayudarlos a olvidar o sobrellevar las terribles circunstancias en que viven.⁵³ Alguien con una dependencia física de una sustancia lo tomará para evitar los síntomas de abstinencia.

Por último, en las sociedades competitivas de hoy en día, en las que la presión para desempeñarse profesional, atlética o académicamente puede ser intensa, algunos recurrirán a ciertas drogas, como los estimulantes ilegales o recetados, para mejorar su rendimiento.

Estas explicaciones sociales sobre el uso de drogas no son de conocimiento común, y los juicios de valor todavía impregnan el discurso sobre las drogas ilegales, ya sea en el derecho internacional, por líderes políticos o religiosos, o en los tribunales. Por ejemplo, la adicción a las drogas ilegales se denomina "un mal grave" en la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961,⁵⁴ un término que no se utiliza en los tratados sobre genocidio, esclavitud, apartheid, tortura o proliferación nuclear.⁵⁵ En la India, el Tribunal Supremo ha declarado que "un delito relacionado con estupefacientes o sustancias psicotrópicas es más atroz que el asesinato porque este afecta solo a un individuo mientras que el primero afecta y deja su impacto perjudicial en la sociedad, además de destruir la economía de la nación".⁵⁶

Es interesante que en Portugal la política de drogas cambió cuando los líderes políticos y la sociedad civil desafiaron la idea de que el consumo de drogas era un mal y siempre debía ser condenado. Las novedosas leyes que establecieron en 2001, reconocieron explícitamente que la gran mayoría del consumo de sustancias tenía los mismos motivos que la gran mayoría del consumo de alcohol: para potenciar la vida del usuario, y no debido a una patología o un problema subyacente. Por esa razón la ley estipula que la gran mayoría de las personas que consumen drogas solo necesitan consejos de salud para saber cómo usar sus sustancias de la manera más segura posible.⁵⁷

EL USO DE LAS DROGAS COMO UN PROBLEMA INDIVIDUAL

Incluso si se reconocen algunos de los factores que contribuyen al consumo de drogas mencionados anteriormente, como los traumas infantiles, el uso problemático de drogas continúa considerándose un problema individual y no uno de lo que la sociedad debe hacerse cargo. Sin embargo, los factores sociales juegan un papel mucho más extenso de lo que se conoce o acepta ampliamente. Esto ha sido ilustrado por un famoso experimento conocido como "Rat Park" (Parque Rata), pero también se ha observado en humanos.

La teoría de que las drogas inevitablemente "enganchan" y esclavizan a sus usuarios, recibió un respaldo científico inicial mediante experimentos a principios del siglo XX, donde ratas fueron colocadas en jaulas aisladas y ofrecidas dos botellas: una de agua

pura y otra de agua mezclada con opiáceos o cocaína. Las ratas usaban fuertemente el agua drogada, que generalmente culminaba en una sobredosis. Pero en la década de 1970, unos investigadores notaron una falla en los procedimientos experimentales: la rata se colocó aislada, sin actividades alternativas, aparte del uso de drogas. Construyeron un entorno llamado "Rat Park", donde las ratas vivían colectivamente y tenían actividades que disfrutaban, como correr en ruedas y jugar con bolas de colores. Nuevamente tuvieron acceso a agua pura y agua mezclada con opiáceos. En este entorno social, sin embargo, el uso de opiáceos fue muy bajo y nunca causó una sobredosis.⁵⁸

También hay una clara ilustración humana de este principio en los estudios de soldados estadounidenses durante y después de la Guerra de Vietnam. El uso de heroína y opio fue alto entre los soldados estadounidenses en Vietnam, con aproximadamente el 43% reportando el uso, con mayor frecuencia en su forma fumable; y casi la mitad de los que lo usaron, lo hicieron lo suficiente como para generar dependencia, es decir, sufrieron síntomas de abstinencia física. Se podría haber esperado, entonces, que el uso de heroína sería un problema generalizado en los veteranos que regresaron a los Estados Unidos después de la guerra. Sin embargo, aunque el 10% había usado un opiáceo desde su regreso de Vietnam, solo el 1% exhibió un uso problemático de heroína un año después de regresar. La gran mayoría de aquellos que habían consumido heroína regularmente en Vietnam, no continuaron haciéndolo cuando salieron de ese entorno estresante y volvieron a sus hogares y vidas anteriores.⁵⁹

DROGAS Y CRIMEN

Existe una percepción generalizada de que las personas que usan drogas, y especialmente las personas con trastornos por consumo de drogas, participan en actividades delictivas. Existe, por supuesto, una circularidad incorporada para vincular crimen y uso de drogas. Cuando ciertas drogas son ilegales y su uso y/o posesión para uso personal es un delito, las personas que usan estas drogas cometerán, por definición, delitos.

Existen otros vínculos entre las drogas y la delincuencia, sin embargo, son más un resultado de un marco de prohibición que del uso de drogas en sí.

El gobierno de los EE.UU. llevó a cabo un estudio a principios del siglo XX, antes de que los opiáceos y las drogas basadas en cocaína se volvieran ilegales, de personas con



Personas compartiendo un cigarro de marihuana mientras ven una película. ©Darrin Harris Frisby / Drug Policy Alliance.

consumo problemático de drogas. Las tres cuartas partes de los autodescritos “adictos” tenían empleos constantes y respetables.⁶⁰ Sin embargo, en los meses y años posteriores a la represión, estas cifras cambiaron y muchos recurrieron a otros medios de subsistencia: el delito contra la propiedad aumentó significativamente entre los hombres, y el trabajo sexual aumentó significativamente entre las mujeres.⁶¹

Esto se debió a una gama de mecanismos. Cuando el suministro de drogas se transfiere de médicos y farmacias con licencia a organizaciones criminales, el precio aumenta porque las organizaciones criminales cobran una “prima de riesgo por ilegalidad”.⁶² Las personas con consumo problemático de drogas a menudo no pueden pagar estos precios inflados sin recurrir a la delincuencia. Además, las personas que consumen drogas a veces se ven obligadas a abandonar la corriente principal y recurrir sub-culturas marginadas donde abunda el crimen. Una vez que tienen antecedentes penales, les resulta mucho más difícil encontrar empleo, por lo que el mercado ilegal y la actividad delictiva pueden ser su único medio de supervivencia.

Las políticas de drogas represivas afectan a las comunidades pobres y a las ya marginadas de forma más dura. Esto es evidente cuando se revisan las tasas de encarcelamiento en los Estados Unidos. Los afroamericanos y las poblaciones latinas representan 40% y 38% respectivamente de los encarcelados por delitos relacionados con las drogas, mientras que representan solo 13% y 17% de la población de EE.UU., y la prevalencia

Teresa, Portugal

Mi nombre es Teresa, tengo 22 años y vivo en Lisboa, Portugal. Acabo de completar mis estudios en trabajo social. Amo a los animales y soy fanática de la música psy-trance.

Puede ser difícil de creer, pero no bebo alcohol (nunca) y no fumo marihuana. Sin embargo, soy fumadora de tabaco y ocasionalmente (3-5 veces al año) tomo drogas ilegales. Mis favoritas son el speed (anfetaminas), el éxtasis (MDMA) y 2C-B, pero también he probado el LSD, los hongos mágicos, la cocaína, la mefedrona y otros.

Solía tomar muchas más drogas que ahora, pero con el tiempo aprendí a elegir los momentos adecuados. Me gustaban mucho los psicodélicos, pero hoy en día prefiero los estimulantes. Siempre investigo mucho sobre las sustancias que consumo y sobre la mejor manera de hacerlo, con respecto a las dosis, las vías de administración y las interacciones entre ellos.

Todos mis amigos saben sobre esto; no escondo el uso de drogas de ellos porque no me avergüenzo de ello y lo considero una parte importante de mi vida. Diría que mi familia tiene algunas sospechas sobre mi consumo de drogas, pero nunca hablamos sobre eso. Aunque estoy seguro de que no afecta negativamente mi vida, sé que mi familia estaría decepcionada si lo admitiera.

Afortunadamente, soy lo suficientemente joven como para nunca haber tenido que lidiar con la criminalización de mi uso: en Portugal, en 2001, todas las drogas fueron despenalizadas para uso personal. Sería bueno tener un lugar permanente donde poder analizar mis sustancias para saber la pureza / el contenido antes de tomarlas, para saber con certeza qué es lo que pongo en mi cuerpo. El análisis de sustancias está permitido por la ley portuguesa, y lo tenemos en algunos festivales de música, pero no hay un lugar permanente que esté abierto todo el año. Esto significa que no importa cuánto intente aprender sobre las drogas que tomo, siempre puede salir mal porque las compro en la calle, realmente no sé lo que estoy tomando.

de uso entre ellos es similar a la de los estadounidenses blancos.⁶³ Si bien es probable que los EE.UU. tenga la mejor investigación sobre este tema, se pueden encontrar otros ejemplos con una dirección especial hacia las minorías, con disparidades raciales similares en arrestos y sentencias de drogas, observadas en el Reino Unido,⁶⁴ Canadá,⁶⁵ y Australia.⁶⁶ Esto perpetúa una mentalidad discriminatoria que fue documentada hace 100 años en Sudáfrica, bajo el gobierno colonial británico de la colonia Natal, con una comisión estatal que afirma que “el fumar cáñamo [...] hace que el inmigrante indio no sea apto para [...] ese trabajo para el que fue traído especialmente a esta Colonia”, y que por lo tanto deberían renunciar a su uso.⁶⁷

Hay más evidencia de que gran parte de la criminalidad asociada con el uso de drogas en la actualidad es, de hecho, un resultado directo de la prohibición, ya que se ha demostrado que cuando se avanza hacia algún tipo de uso legal y con licencia, también disminuyen otras formas de delincuencia. Un programa de prescripción de heroína se introdujo en Suiza en 1994. Antes de ingresar al programa, la mayoría de los participantes se involucraron en el tráfico de drogas y otras formas de actividades ilegales. En los seis meses previos al ingreso al programa, el 70% había cometido un delito. El programa resultó no solo en una gran reducción en el uso de drogas ilegales, sino también en delitos relacionados con las drogas. La participación delictiva de los participantes disminuyó sustancialmente con respecto a los delitos más graves, como el robo, el atraco, el asalto y el tráfico de drogas, concretamente entre el 50% y el 90%.⁶⁸

Aún así, es importante señalar que incluso bajo prohibición, la gran mayoría de las personas con consumo problemático de drogas no están cometiendo ningún delito que no sea contravenir las leyes de drogas. De hecho, las personas que utilizan drogas corren un mayor riesgo de ser víctimas de un delito que la población en general, por ejemplo, tienen ocho veces más probabilidades de ser víctimas de robo.⁶⁹

LOS MEDIOS Y LA OPINIÓN PÚBLICA

El **estigma** se deriva de una palabra griega que significa una marca o mancha, y se refiere a creencias y/o actitudes. El estigma puede describirse como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo a los ojos de los demás, como cuando ciertos atributos se aprovechan en culturas o entornos particulares y se define como desacreditados o indignos. El estigma puede disminuir cuando las personas creen que un individuo no es responsable ("No es su culpa") o su comportamiento está fuera de su control ("No pueden evitarlo"). Cuando se actúa con base en el estigma, el resultado es la discriminación.

La **discriminación** se refiere a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, normalmente (pero no solo) debido a una característica personal inherente o la membresía percibida, respecto un grupo en particular. Es una violación de los derechos humanos.

La **criminalización** significa convertir una actividad en un delito penal o una persona en un delincuente al hacer ilegal la actividad que realizan.

La relación entre el estigma, la discriminación y la criminalización es compleja, ya que la esfera social y política a la que pertenecen el estigma y la discriminación, interactúa con el derecho penal y el poder judicial.⁷⁷

Los medios tienen una gran influencia sobre cómo el público percibe las drogas. En Estados Unidos, se ha demostrado en estudios detallados que las percepciones del público "están en gran parte determinadas por el contenido y la magnitud de la cobertura de los medios sobre el tema".⁷⁰ Desafortunadamente, "historias de drogas en periódicos y revistas, películas, programas de televisión y programas de entrevistas frecuentemente retratan a las "drogas" como instantáneamente adictivas, imposibles de resistir y que seguramente conllevan violencia, locura o ruina económica y social".⁷¹ Incluso los programas de TV que aparentemente quieren ayudar a los "adictos" tienden a perpetuar creencias comunes como la necesidad de "amor duro" traducido en una intervención familiar de confrontación, o que un individuo necesita "tocar fondo" para aceptar el tratamiento.⁷² Los efectos de las drogas, cuando se informan ya sea para un individuo o para la sociedad, son retratados como abrumadoramente negativos.⁷³

Dos discursos sobre las drogas y las personas que las usan han sido dominantes

en los medios: uno vincula drogas y crimen; la otra describe como inevitables las devastadoras consecuencias del consumo de drogas en un individuo y su entorno inmediato.

Destacando la primera narrativa, un estudio encontró que en el Reino Unido en 2010, el desencadenante más frecuente de un titular de periódico sobre drogas eran las historias de justicia penal, como casos judiciales o arrestos,⁷⁴ reforzando así entre los lectores el vínculo mental entre las personas que usan drogas y criminalidad. Otro tropo de "drogas y crimen" es el del criminal loco por las drogas, presentado de manera sensacionalista y, muchas veces sin fundamento. Por ejemplo, en mayo de 2012, un hombre sin hogar en Miami fue atacado por otro hombre que le mordió la cara, causándole graves daños. Se informó ampliamente que el atacante, que fue matado a tiros por la policía, había consumido una droga sintética conocida como "sales de baño". Tras el incidente, los medios informaron ampliamente que las sales de baño son "la droga que convierte a los usuarios en caníbales".⁷⁵ En la autopsia se supo que el atacante no había usado "sales de baño", pero muy pocos medios de comunicación se retractaron sus historias de miedo.⁷⁶

La otra narrativa dominante en los medios - que el consumo de drogas consiste en un descenso inevitable que va del disfrute temprano, a la esclavitud y a un "infierno

Winy, madre de Guillermo, Chile

Mi hijo Guillermo nació en 2001 con un trastorno genético no diagnosticado. A los 5 meses de edad, comenzó a tener convulsiones. Al principio pensamos que era un síndrome de muerte súbita del lactante, porque la principal manifestación de un ataque era que Guillermo dejaba de respirar mientras dormía. Fue solo cuando tuvo dos años que los médicos se dieron cuenta de que tenía convulsiones epilépticas. Intentamos todo: una variedad de medicamentos, dietas especiales, incluso cirugía cerebral (callosotomía). Nada ayudó. Su epilepsia refractaria era tan grave que llegó al punto en que tenía una descarga eléctrica en el cerebro cada 5 segundos.

En 2013 comencé a leer artículos sobre el aceite de cannabis e intenté, sin éxito, obtenerlo de los Estados Unidos. Fue solo un año después, cuando escuché sobre una fundación en Chile que ayuda en casos como el suyo, y conseguimos el aceite por primera vez. Cuando comencé a dárselo, Guillermo no tuvo convulsiones durante 7 días. Luego regresaron, pero mucho menos frecuentes. Antes tendría aproximadamente 10 ataques tónico-clónicos generalizados al día; durante el primer tratamiento con aceite de cannabis, tendría solo 1 o 2.

En Chile, bajo la ley 20,000 se permite el cultivo y uso de cannabis solo para uso personal o médico. En 2015, la ley fue adaptada y ahora también se permite la importación, venta e investigación científica de extractos de cannabis. Las farmacias venden dos productos, pero una botella que duraría alrededor de 7-10 días para Guillermo cuesta 200,000 pesos chilenos [300 dólares estadounidenses], mientras que el salario mínimo mensual es de 270,000 pesos [aproximadamente 420 dólares estadounidenses].

Para poder proporcionar a Guillermo el cannabis medicinal, cultivo cannabis en casa y luego extraigo la resina, que funciona mejor para él que el aceite. En 2015, encontré lo que llamo la "cepa mágica", la más efectiva para mi hijo. Guillermo no tuvo convulsiones durante 4 meses y luego solo tuvo una cada 10 días en promedio. Funcionó durante casi 1 ½ años. Hoy, sigo cultivando cannabis y busco la próxima cepa mágica. Nunca dudo de lo que estoy haciendo. Haría cualquier cosa por mi hijo que no fuera un crimen. Y con eso me refiero a robar o matar a alguien. ¿Cómo puede ser un crimen cultivar algo en mi jardín? Aunque, en teoría, lo que hago es legal en Chile, todavía tengo miedo de que la policía saquee mi casa, diga que estoy cultivando para vender y me quite las plantas que necesito para mi hijo.

Al principio, mi familia se sorprendió de que yo quisiera cultivar cannabis porque tiene mala reputación. Solo mi madre estaba a mi lado. Pero cuando vieron la mejora en la salud de Guillermo, se dieron la vuelta. Lo mismo con el doctor. Inicialmente dijo que estaba loca por querer probar esto, pero seguí adelante y lo mantuve actualizado. Entonces, un día, leyó un artículo en una revista médica sobre el cannabis y la epilepsia, y cambió de opinión. Incluso escribió un artículo él mismo, usando a Guillermo y a otro paciente como casos de estudio, y envió a otros pacientes a verme para que pudiera explicarles cómo usar el cannabis medicinal. Encuentro que las cosas están sucediendo en el orden inverso: normalmente debería haber una investigación científica y luego se les da un tratamiento a los pacientes. Aquí, los pacientes están experimentando y encontrando la mejor manera de tratar sus condiciones.

de las drogas" individual⁷⁸ – puede remontarse al primer famoso libro sobre el tema: *Confessions of a English Opium-Eater* (confesiones de un consumidor de opio en Inglaterra) de Thomas de Quincey, publicado en 1821.

Durante los últimos 20 años, se han hecho varios llamados, incluso en los principales medios de comunicación, a tomar una mirada diferente sobre el uso de sustancias y las políticas de drogas,⁷⁹ pero estos han sido escasos y se han perdido dentro de las narrativas dominantes. A pesar de esto, ahora podemos experimentar un cambio en los informes de los medios, con acontecimientos alentadores como la cobertura de la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU (UNGASS por sus siglas en inglés) sobre drogas celebrada en abril de 2016. Por primera vez, los medios se centraron más ampliamente en el fracaso de la "Guerra contra las Drogas", la incapacidad de la comunidad internacional para ganar esta "guerra", y la necesidad de nuevos enfoques.

EL ESTIGMA Y EL LENGUAJE

El lenguaje utilizado cuando se habla o se refiere a personas que usan drogas tiene un tremendo impacto en cómo las ven los individuos, ellos mismos y la sociedad en general.⁸⁰ La opinión pública y las representaciones de los medios se refuerzan unas a

FIGURA 3: CÍRCULO VICIOSO DE LA PERCEPCIÓN SOBRE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



otras a la vez que contribuyen y perpetúan el estigma asociado con el uso de drogas y las drogas en sí. Ninguna condición médica es más estigmatizada que la "adicción".⁸¹ Como se muestra arriba, la percepción pública es que el uso de drogas, incluido el uso problemático de drogas, es una elección y que las personas eligen no controlarlo, es decir, no detenerse y, por eso mismo, la sociedad en general no permite la presencia de ningún factor atenuante.

Los términos comúnmente encontrados como "drogadicto," "pichicatero" y "yonqui son alienantes, y definen a las personas que consumen drogas, únicamente por el consumo de una sustancia en particular y las designan como "otros" individuos, físicamente inferiores o moralmente defectuosos. El uso del lenguaje negativo también se extiende a las personas en recuperación, a las que se hace referencia como "limpias", lo que implica que antes eran impuras o estaban sucias. Asimismo, por ejemplo, el término "abuso de drogas" puede conjurar asociaciones con comportamientos abominables, como el abuso infantil.

Este uso equivocado del lenguaje y la terminología es estigmatizante para las personas que usan drogas. Y el estigma resulta en discriminación, que puede ser abierta o sistémica. En Nigeria, las personas que usan drogas han informado que ser rechazadas por sus familiares y amigos, y se encuentran en una situación de profundo aislamiento social, donde su red se reduce únicamente a otras personas que consumen drogas. Esto hace que la comunicación con los miembros de la comunidad convencional sea prácticamente imposible.⁸² Experiencias similares han sido documentadas en Tanzania. Cuando se les preguntó a las personas que usan drogas sobre sus experiencias, muchos informaron sobre el estigma y la discriminación resultante. “Te conviertes en un paria”, señaló uno, “estás completamente en incumplimiento de las normas de la sociedad”. Otro dijo: “Perdí mi valor como ser humano”. Una mujer resumió: “ser un ‘yonqui’ hace que pierdas toda dignidad”.⁸³

Estigmatizar y discriminar a las personas que usan drogas no se limita al público en general; puede tener un impacto directo en la atención clínica.⁸⁴ En los EE.UU., los investigadores llevaron a cabo un estudio aleatorio⁸⁵ donde los médicos de salud mental recibieron estudios de casos idénticos sobre individuos en programas de tratamiento de drogas ordenados por la corte. El individuo era referido como “un abusador de drogas” o “alguien con un trastorno por uso de drogas”. Los profesionales de salud mental capacitados que leían sobre un “abusador” tenían más probabilidades de creer que el individuo en cuestión era personalmente culpable de su situación y que deben tomarse medidas punitivas.

Por lo tanto, la estigmatización tiene un doble efecto perverso: cuanto más estigmatice y rechace la sociedad a las personas que consumen drogas, menos oportunidades de tratamiento se ofrecerán; y simultáneamente, el estigma impulsa a las personas que necesitan ayuda lejos de los servicios que están disponibles. De hecho, según la UNODC, solo una de cada seis personas con consumo problemático de drogas recibe tratamiento.⁸⁶

El estigma, la discriminación y la criminalización del consumo de drogas están directamente relacionados con la violación de los derechos humanos de las personas que usan drogas, como se documenta en un informe de 2015 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El informe ofrece varios ejemplos de violaciones claras de los derechos humanos, como la retención de metadona u otros tratamientos para extraer confesiones de personas condenadas, que usan drogas.⁸⁷ Del mismo modo, el derecho a la vida de las personas ha sido violado por ejecuciones extrajudiciales y el uso de la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas.⁸⁸ Las mujeres son especialmente discriminadas, están encarceladas más por delitos relacionados con las drogas que por cualquier otro delito.⁸⁹ Las mujeres que usan drogas, a quienes la sociedad considera que no son aptas para ser madres, también enfrentan la pérdida de la custodia de sus hijos, sin ninguna evidencia de descuido más que su condición de personas que usan drogas, y éstas, también pueden ser sometidas a esterilización forzada, aborto o sanciones penales por el uso de drogas durante el embarazo.⁹⁰

PÁNICO MORAL – LA CLUMINATION DE LA POLÍTICA, LOS MEDIOS Y LA OPINIÓN PÚBLICA

Las percepciones negativas y los temores del público en general, reforzados por las representaciones negativas de los medios, han convertido a las drogas y las personas que los utilizan en un “blanco fácil” para los políticos y otros funcionarios electos que desean ganarse el apoyo de sus votantes. El ejemplo más fuerte de esto es lo que los sociólogos han llamado “pánicos morales” que designa el comportamiento de un grupo – como una minoría o una subcultura – que se exagera o se describe falsamente como peligroso (principalmente presentando casos extremos, como típicos). Un ejemplo bien documentado es la interacción con la información en muchos medios de comunicación

en los Estados Unidos en la década de 1980 de una "plaga" de consumo de cocaína crack - sin ninguna estadística para respaldar sus afirmaciones⁹¹ - y los políticos que estaban alimentando este pánico. Se promovieron varios conceptos erróneos clave: que el crack era especialmente adictivo; que su uso estaba incrementado; y que las mujeres embarazadas que consumen crack producirían una generación de "bebés de crack", que serían severamente discapacitados emocional, mental y físicamente, y que llegarían a ser "super-predadores".⁹² En mayo de 1989, el New York Times publicó un artículo de opinión apocalíptico, declarando que "el crack representa una amenaza mucho mayor que otras drogas. Se extiende para destruir la calidad de vida y la vida misma en todos los niveles de la sociedad estadounidense".⁹³ La política también jugó un papel. Durante el pánico de crack, cuando las campañas electorales se centraron en las drogas y el crack en particular, el público las consideró importantes cuestiones sociales, pero en los años en que no hubo elecciones, las drogas no fueron calificadas como un tema tan importante.⁹⁴ Las promesas de las campañas de ser "duros con las drogas" se tradujeron en severas sentencias mínimas obligatorias que se desencadenaban con cantidades de crack cien veces más pequeñas que las de la cocaína en polvo.

La mayoría de los medios omitieron información y hechos que refutarían sus noticias, para permitir que dominara la narrativa de "plaga del crack".⁹⁵ Sin embargo, no había una base real para un pánico de esta magnitud. Cuando se realizaron encuestas científicas, se observó que el uso general de la cocaína no había subido sino que había disminuido, y la gran mayoría de los usuarios informaron inhalar cocaína en lugar de fumarla, lo que significa que usaban cocaína en polvo, no crack.⁹⁶ Se reveló que el informe más famoso de "bebés de crack" difundido por las principales noticias de televisión había filmado bebés en la atención hospitalaria cuyas madres ni siquiera habían usado crack. No se encontraron "bebés de crack". En lugar de las discapacidades esperadas, ahora se piensa que el consumo de cocaína durante el embarazo tiene un efecto similar al del tabaco y un efecto menos severo que el consumo de alcohol.⁹⁷ Los niños cuyas madres usaron crack durante el embarazo no crecieron convirtiéndose en una generación de "super-predadores".⁹⁸

Aquellos cuyo uso del crack se volvió problemático fueron estigmatizados por esta cobertura histórica. Los cambios en las sentencias mínimas obligatorias prometidas por los políticos durante sus campañas provocaron que muchos usuarios de crack y traficantes menores cumplieran largas condenas de prisión, lo que en muchos casos solo profundizó sus problemas.⁹⁹

CAMBIANDO LA FORMA EN LA QUE HABLAMOS SOBRE DROGAS Y LAS PERSONAS QUE LAS USAN

Para cambiar las percepciones, es necesario cambiar la forma en que hablamos. Como explica un grupo de médicos estadounidenses: "En este caso donde están en juego las vidas de una población históricamente marginada, es necesario sacrificar la eficiencia a favor de la precisión y el potencial de minimizar las posibilidades de un mayor estigma y sesgo negativo".¹⁰⁰ El llamado a un lenguaje que reduce el estigma ha sido emitido por un gran número de asociaciones médicas,¹⁰¹ editores de revistas científicas,¹⁰² y funcionarios gubernamentales.¹⁰³ Por el momento, como se discutió anteriormente, los medios a menudo juegan un papel negativo, pero esto puede cambiar como lo ha hecho para otros grupos, por ejemplo, personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) en las sociedades occidentales.

El día de hoy, se pueden ver indicadores de este cambio: el Associated Press Stylebook de 2017, una herramienta importante para los periodistas, proporciona un mejor lenguaje

para abordar la “adicción” y el consumo de drogas. La publicación aconseja evitar el uso de palabras como “adicto”, “abusador” o “alcohólico” y llama a reemplazarlas por “personas con dependencia” o “personas que usan drogas”.¹⁰⁴ Cambios en el lenguaje utilizado por los medios de comunicación aún son incipientes, pero brindan la esperanza de que los informes sean más equilibrados.

FIGURA 4: HACIA UN MEJOR LENGUAJE

<input checked="" type="checkbox"/> USE	<input type="checkbox"/> NO USE
Persona que usa drogas	Usuario de drogas
Persona con uso no problemático de drogas	Usuario recreativo, casual o experimental
Persona con dependencia a las drogas, persona con uso problemático de drogas, persona con desorden por consumo de sustancias, persona que usa drogas (cuando el uso no es problemático)	Adicto/a; abusador de drogas/sustancias; yonqui; drogadicto; marihuano/a; cocainómano/a; drogo; etc.
Desorden de uso de sustancias; uso problemático	Hábito de drogas
Tiene un desorden con X	Es adicto/a a X
Abstemio; persona que dejó de usar drogas	Limpio/a
Usa drogas actualmente / en la actualidad; positivo/a en uso de sustancias	Contaminado/a (como en chequeos de "contaminación" de drogas)
Responder a, programar, abordar, manejar	Pelear, luchar, combatir las drogas (y otros términos violentos)
Salas de consumo supervisado	Narcosalas; salas de inyección; picaderos
Persona en recuperación; persona en recuperación a largo plazo	Ex adicto/a; adicto/a reformado/a
Persona que se inyecta drogas	Usuario de drogas inyectables
Terapia de sustitución de opioides	Terapia de reemplazo de opioides

POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS

En Filipinas, el gobierno está ejecutando una campaña bajo la que ha declarado explícitamente que el consumo de drogas es un problema monumental en el país, refiriéndose a 3.7 millones de personas con un uso problemático (a pesar de las estadísticas de la Junta de Drogas Peligrosas de 2015, que sugieren que el número fue mucho menor: de 1.7 millones personas que usaron drogas en el último año, un tercio de esos las utilizaron una sola vez; por lo que es probable que la cantidad de personas con consumo problemático de drogas sea mucho menor). Al hablar de personas que usan "shabu", una droga parecida a la metanfetamina, el presidente Duterte ha declarado que la rehabilitación es imposible, y se refiere a personas que usan shabu como "los muertos vivientes". Se han producido acciones horribles, con más de 7,025 asesinatos de personas que usan drogas y "traficantes de drogas" perpetradas por la policía y grupos parapoliciales entre julio de 2016 y enero de 2017.¹¹²⁵ Las encuestas de la opinión pública sugirieron una satisfacción general con esta violenta represión de las drogas.¹¹³⁶

La percepción y las actitudes públicas permiten políticas que tratan a las personas que usan drogas como subhumanas, no ciudadanos, y chivos expiatorios para problemas sociales más amplios que necesitan ser "castigados".¹⁰⁵ Éstos participan en un acto que es ilegal, lo que a su vez, aumenta el estigma, haciendo más fácil todavía el deshumanizar a las personas que usan drogas.

Esto se revela en leyes y políticas que abordan el "problema de las drogas" y constituyen la "Guerra contra las Drogas". Estas políticas represivas y su fracaso según cada medida – incluso en sus propios términos – se han discutido en otros lugares, incluso en informes anteriores por la Comisión Global de Políticas de Drogas.¹⁰⁶ Solo se mencionarán brevemente aquí para mostrar cómo se relacionan y resultan de temores y percepciones negativas.

PREVENCIÓN

El temor a las drogas se ha traducido en mensajes de que todas las drogas son malas y "arruinarán tu vida". Por lo tanto, el principal mensaje de prevención desde hace muchos años ha sido la abstinencia total. Esto se vio más frecuentemente en las campañas "Just Say No" ("Solo di no") de la década de 1980 en los EE.UU., y que se han replicado en Asia, África y Europa.¹⁰⁷ No solo hay poca evidencia de la efectividad de dicho mensaje, de hecho puede ser contraproducente, con algunos estudios que sugieren que los niños expuestos a este mensaje son más propensos a consumir drogas.¹⁰⁸ Incluso si el mensaje simplista -utilizado en prevención primaria- puede desalentar el uso en algunos, plantea otros riesgos: perder la oportunidad de proporcionar información sobre los daños reales de las drogas y, para aquellos que las experimenten de todos modos, conocer la forma más segura de hacerlo. Además, tales mensajes socavan la posibilidad de confianza entre las autoridades y los jóvenes.¹⁰⁹ La prevención secundaria, relacionada con la detección temprana y la reducción del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas una vez que han comenzado, también se ve obstaculizada por el mensaje "Solo di no". Los jóvenes que tienen una amplia experiencia de primera mano en su entorno inmediato sobre el consumo de drogas que no ha ocasionado daños graves, pueden en consecuencia ignorar toda la información oficial. Cuando la gente desconfía de los mensajes oficiales sobre el tema, buscar información precisa se vuelve mucho más difícil.

Existe evidencia de que el mayor impacto benéfico en la tasa del uso de drogas no proviene de mensajes públicos sino de programas que se enfocan en la intervención temprana dentro del entorno social cercano (incluyendo la escuela o la familia) y abordan cuestiones distintas al uso de drogas, que pueden ser sociales y conductuales en el desarrollo.¹¹⁰ Si hay que haber campañas de sensibilización pública sobre el uso

Anónimo, Ghana

Mis vecinos y amigos cariñosamente me llaman Togoman. Tengo 53 años y era agricultor de yuca.* Comencé a usar marihuana a la edad de 19 años y aún lo hago. No me considero un usuario problemático. La hierba es buena, me ayuda a relajarme y a continuar con mi trabajo. Soy un hombre tranquilo, no bebo alcohol y no peleo en mi comunidad. Solía fumar la hierba después de un duro día de trabajo para ayudarme a relajar mi adolorido cuerpo y una vez que fumo mi hierba, como y duermo.

Siempre solía plantar la hierba [cannabis] entre mis cultivos de mandioca para uso personal y también solía proporcionarla a algunos de mis compañeros agricultores. Hace seis años, un amigo con el que a menudo fumaba informó a la policía sobre mi consumo de drogas. Fui arrestado y acusado por posesión. Fui condenado y sentenciado a 10 años de prisión. Ya he cumplido 6 años; 2 años en prisión preventiva en la prisión de Akuse y 4 años en la prisión de seguridad media de Nsawam.

La venta de marihuana dentro de la prisión es incluso más alta que lo que sucede en la sociedad abierta. Entonces, mientras estoy en prisión, todavía puedo comprar a algunos de otros presos que venden la droga, cuando tengo dinero. Pero debe tener cuidado de no ser atrapado, de lo contrario recibirá un castigo adicional mientras cumplo mi sentencia.

Desde mi arresto y encarcelamiento, la vida ha sido muy difícil para mí y mi familia. Realmente estoy sufriendo en prisión, es muy difícil para mí. La prisión no es una broma, es como una nube oscura para mí y mi familia. Ha destrozado por completo los sueños de mis hijos. Han abandonado la escuela. Mi primer hijo, Korshie, estaba en la escuela secundaria y su hermana menor estaba en la escuela mediana. Ambos tuvieron que abandonar la escuela porque no había nadie para pagar su educación. Nuestro propietario despidió a mi familia de nuestra residencia porque mi esposa desempleada no podía pagar la renta anual. Mi hijo, Korshie, terminó en la calle, como un vendedor ambulante. Mi hija quedó embarazada y eso terminó con sus ambiciones. Eso, con toda honestidad, aplastó a mi familia.

Rezo para que se haga algo sobre la ley con respecto a la marihuana. Nunca he tenido un problema al usar marihuana, ni he escuchado que alguien haya muerto fumando la hierba. Todos los días escuchamos que las personas mueren por beber akpeteshie** y, sin embargo, se les permite venderla a las personas. Entonces, ¿por qué no pueden permitirnos fumar nuestra hierba? Creo que las autoridades deben echar un segundo vistazo a la ley y considerar hacer legal para las personas que la usen. Creo que deberían permitir que las personas que deseen producir la marihuana lo hagan con una estrecha vigilancia. No soy un criminal, soy un ciudadano amante de la paz de Ghana. Nunca he robado, matado ni hecho nada malo.

* Cassava, también conocida como yuca, mandioca, es un alimento básico importante en África occidental y otras partes de los trópicos.

** Akpeteshie es un destilado producido en Ghana.

de drogas y jóvenes, una posible forma de avanzar es brindar información honesta, alentar la moderación en la experimentación juvenil y priorizar la seguridad a través del conocimiento. Una inspiración para esto son las clases de sexo seguro, que han demostrado ser significativamente más efectivas que la educación de “solo abstinencia hasta el matrimonio”, simplemente para reducir los posibles daños.¹¹¹

LA CRIMINALIZACIÓN DEL USO Y POSESIÓN PARA FINES PERSONALES

En la mayor parte del mundo, el uso de drogas o la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal son delitos penales.¹¹⁴² En general, según el estado de derecho que estipula que las leyes deben ser justas y proteger los derechos fundamentales, un acto se declara un delito cuando es perjudicial para uno o más individuos, y/o para una comunidad, sociedad o estado (public wrong). Sin embargo, el uso de drogas se considera un delito a pesar de que el uso de drogas en sí mismo plantea un daño físico potencial solo a la persona que participa en él. El uso de drogas está penalizado, ya que se lo considera un problema moral que incluso pone en peligro el “tejido social”,¹¹⁵³ en lugar de uno de salud individual o pública.¹¹⁶⁴

LARGAS SENTENCIAS Y LA PENA DE MUERTE

En muchos países, la pena de muerte se aplica a algunos delitos no violentos, relacionados con drogas. Este castigo severo refuerza la idea de que usar sustancias es “malo”, inmoral, y debe castigarse con penas equivalentes a las de los crímenes más graves y violentos.

En Malasia, la pena de muerte es obligatoria y automática para los delitos de tráfico de drogas. Los otros delitos que implican esto, son el asesinato y el disparo de un arma de fuego con la intención de causar la muerte o lesiones, ambos delitos donde la muerte o lesión a otra persona es la intención. Sin embargo, en Malasia la ola de la opinión pública parece estar volviéndose contra la aplicación de la pena de muerte obligatoria para delitos de drogas no violentos, y contra la pena de muerte en general. Un estudio de 2012 informó que la prensa apoyaba la abolición de la pena de muerte para los “mulas de drogas”.¹¹⁷ Si bien la mayoría de los encuestados aprobó la pena de muerte obligatoria por asesinato, solo el 25% la aprobó para el tráfico de heroína.

En muchos países, el uso obligatorio de la pena de muerte -que priva a los jueces de considerar factores atenuantes- para posesión de drogas se desencadena a partir de umbrales muy bajos. En Singapur, la pena de muerte obligatoria se aplica por la posesión de 500 gramos de cannabis, 15 gramos de heroína o 30 gramos de cocaína.¹¹⁸

AS, Malasia

Mi nombre es AS y tengo 38 años. Soy de Pahang. He estado usando drogas durante casi 20 años. Inyecto, fumo y busco todo tipo de drogas, pero la heroína y el ice son mis principales drogas de elección. He sido condenado a centros de detención de drogas ocho veces y 19 veces a prisión. Mi vida es difícil y me preocupa que la policía me detenga y me sentencien con la pena de muerte.

Debido a mi consumo diario de sustancias, soy un pequeño traficante de drogas. Esto paga mi consumo diario, un poco de comida, el alquiler de mi habitación y algunas cosas adicionales que me permiten disfrutar de la vida a veces. No gano mucho dinero con las transacciones y si tuviera que elegir, no sería un traficante de drogas. En Malasia, si te arrestan con 15g o más de heroína o morfina, o 200g o más de cannabis, te arriesgas a la pena de muerte. Esto no debería suceder, nadie debería morir por posesión de drogas. No soy como un asesino o un traidor a la nación.

Mi familia me aceptó como usador de drogas y logré tomar drogas en la casa con el permiso de mi madre. Pero esto fue hace mucho tiempo y decidí no volver a mi casa ya que no estoy tan bien como esperaban. Me entregaron en matrimonio cuando tenía 20 años: era un matrimonio arreglado. Mi matrimonio duró 10 años y tengo hijas gemelas. Tuve que dejar ir a mi esposa e hijas debido a la presión de mis suegros durante mi tiempo en la cárcel. Ahora raramente me encuentro con mis hijas, debido a mi problema con las drogas.

Lo mismo aplica para la sociedad. La gente siempre me mira como si fuera inútil, como una especie de basura. No confían en las personas que usan drogas. No me ven como un ser humano. Por el momento, hago mi mejor esfuerzo para sobrevivir en mi vida cotidiana haciendo todo tipo de trabajos ofrecidos por IKHLAS [una organización local basada en la comunidad], como la descarga de camiones o trabajos de limpieza. Pero esto no es suficiente para hacer frente a mis cuentas y tengo que recurrir a traficar para llegar a fin de mes.

La sociedad siempre tendrá una mala percepción de nosotros: los usuarios de drogas. Somos una carga para ellos. Pero, ¿alguna vez la sociedad pensó qué pasaría si los problemas de drogas afectaran a sus propios familiares? La sociedad necesita estar informada sobre los problemas de drogas. Deben saber que no necesitan ahorcar a los traficantes de drogas, ni a los que son capturados en la calle con pequeñas cantidades de heroína o cannabis para uso personal. No estoy vendiendo porque quiero, sino porque no hay otra opción.



CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN

En algunas áreas, el cambio ya está en marcha. Destacamos aquí dos formas en las que esto ha sucedido: liderazgo e información.

Los líderes políticos en algunos casos han revisado la evidencia y luego han tomado medidas para cambiar las políticas de drogas. Vaclav Havel, presidente de Checoslovaquia, promovió la despenalización del uso y posesión de drogas en 1990. En Portugal, una coalición de líderes políticos decidió hace más de 15 años establecer un panel científico para hacer recomendaciones basadas en evidencias, para enfrentar los problemas de drogas del país, y aceptó cumplir con las recomendaciones, cualesquiera que sean.¹¹⁹ Esto hizo posible la despenalización de las drogas que ha producido resultados positivos amplios, y proporciona un modelo útil para otros líderes. De hecho, los presidentes Jorge Batlle y José Mujica en Uruguay, y el primer ministro Justin Trudeau en Canadá, han liderado recientemente en sus países, la regulación legal del cannabis. Están liderando el mundo al adoptar un enfoque diferente de la política de drogas.

El buen liderazgo y las reformas pueden cambiar la opinión pública y revertir el círculo vicioso de la discriminación y la represión. En Portugal, desde la despenalización, ha habido una disminución significativa de las opiniones estigmatizadoras de las personas que usan drogas.¹²⁰ En los Países Bajos, una de las principales motivaciones de los cambios legislativos de 1976 en la legislación sobre drogas que permitieron la despenalización de facto del cannabis, fue evitar la estigmatización y la marginación de las personas que consumen drogas.¹²¹ Hoy en día, los Países Bajos tienen el nivel más bajo de consumo problemático de drogas en la Unión Europea, y la prevalencia general del consumo de drogas en la población general es inferior al promedio de la Unión Europea y muy inferior a la de los Estados Unidos.¹²²

También hay evidencia que sugiere que el público apoya políticas de drogas más pragmáticas y basadas en la evidencia, cuando se les ha dado información creíble y veraz sobre esas políticas, como fue el caso en Suiza. En 1997, más del 70% de los votantes suizos apoyaron la nueva política nacional de drogas basada en "cuatro pilares": la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la aplicación de la ley.¹²³ Dos años después, el 54.3% votó a favor de permitir que continúen los programas de tratamiento con heroína.¹²⁴ Una década más tarde, en 2008, se aprobó nuevamente un referéndum sobre la política suiza de drogas de los "cuatro pilares", con el 68% de los votos.¹²⁵

Cuando se preguntó a los votantes sobre su razonamiento, las respuestas más frecuentes tenían que ver con motivaciones pragmáticas como la eficacia demostrada del tratamiento y los resultados de salud positivos. Esto contrasta con los años anteriores, en los que las creencias y convicciones básicas se citaban con mayor frecuencia entre las motivaciones de los votantes.¹²⁶ La experiencia de Suiza ha sido ejemplar en la forma en que acumuló datos duros para justificar el impacto de la reducción de daños en la salud pública,¹²⁷ presentando evidencia de que el crimen se había reducido y que las personas que usan drogas se reintegraron en el sector laboral. Esto muestra que es posible persuadir a las personas preocupadas por el orden público y la seguridad, de que las políticas de drogas alternativas, pueden ser más efectivas para reducir los daños relacionados con las drogas.¹²⁸

RECOMENDACIONES

I Los políticos deben tratar de cambiar las percepciones actuales sobre las drogas y las personas que las usan proporcionando información confiable y coherente.

El buen liderazgo se esfuerza por influir en la opinión pública para su mejora. Los líderes políticos son fundamentales para dar forma a lo que el público cree, y tienen la responsabilidad moral de proporcionar información precisa y basada en la evidencia. Los líderes deben ser audaces cuando discuten las percepciones sobre las drogas que no están basadas en hechos y que pueden ser discriminatorias para las personas que usan sustancias, y se deben mantener firmes frente a la opinión pública. Cuando los líderes políticos eligen avivar los temores sobre las drogas y el consumo de drogas para retener o intensificar la prohibición, indirectamente están causando graves dificultades a algunos de sus ciudadanos más vulnerables. Cuando los líderes políticos, en cambio, eligen desafiar algunas de las percepciones actuales sobre las drogas y las personas que las usan, pueden hacer una gran diferencia. En las últimas dos décadas, las acciones de algunos líderes políticos en Europa y América Latina ya han conducido a cambios en las actitudes hacia el control de drogas que a su vez han conducido a la reducción de riesgos, despenalización y regulación convirtiéndose en política pública, y a mejoras en la salud pública, en sus respectivos países.

II Los líderes de opinión deben cumplir con su responsabilidad de dar forma a las opiniones y percepciones públicas sobre las drogas, y promover el uso de un lenguaje no estigmatizador y no discriminatorio.

Los medios de comunicación, líderes religiosos, intelectuales, celebridades y otras personas influyentes tienen el potencial de ser aliados poderosos para corregir la desinformación sobre el uso de drogas y reducir el estigma hacia las personas que las usan. En particular, debe abordarse y corregirse el uso de lenguaje degradante e inapropiado, como "drogadictos", "zombis", "marihuano", entre otros. Deben evitar la propagación de creencias desinformadas que potencialmente pueden dar lugar a situaciones desastrosas para las personas que usan drogas, sus comunidades y las partes más vulnerables de la sociedad.

III Participe en el debate, sostenga el activismo y la defensa, y haga responsables a los gobiernos, los parlamentos, la judicatura, los alcaldes, los medios de comunicación, los profesionales de la salud y los profesionales sociales.

Los ciudadanos comunes tienen la capacidad de transformar este debate. El activismo debe ser sostenido, para desarrollar la capacidad de la sociedad civil para responsabilizar a los gobiernos, los medios y otras partes interesadas. Se debe promover la creación de redes nacionales y regionales de personas que usan drogas para que puedan defender sus derechos de manera efectiva en todas las comunidades. Otros actores de la sociedad civil en las áreas de derechos humanos, enfermedades infecciosas, justicia penal y enfermedades no transmisibles deben unirse para revertir las percepciones negativas en la sociedad y reducir el estigma, así como denunciar las políticas actuales de drogas y promover reformas legales basadas en evidencia. Algunos grupos de la sociedad civil ya han desarrollado una visión global para abordar los impactos negativos de la prohibición, y han abierto el debate en los sectores de salud, justicia penal, seguridad y de orden público, justicia social y derechos humanos. Grupos de ciudadanos han tenido éxito al influir en la promoción mundial de la reforma de la política de drogas y en la coordinación y el fortalecimiento de las capacidades a nivel mundial, nacional y local. Esta defensa debe ser sostenida.

IV Detener los actos de acoso basados en las percepciones negativas de las personas que usan drogas.

Las fuerzas del orden público deben detener los actos de acoso contra las personas que usan drogas, como intimidación, registros injustificados, confiscación injustificada de propiedad y perfilando ciertas comunidades por su etnia o raza. En su lugar, deberían centrarse en la función social de la aplicación de la ley dirigiendo a las personas hacia servicios sociales y de salud si lo necesitan, y simplemente emitir advertencias para aquellos que no apedacen de uso problemático de drogas pero que han alterado el orden público al usar sustancias en la esfera pública. El sistema judicial debe considerar la drogodependencia o el uso problemático de sustancias como un factor atenuante en la sentencia de casos de delitos menores, en lugar de considerarlos como un factor agravante. Encarcelar a las personas que necesitan apoyo médico y social solo agrava los males sociales y no los previene. La aplicación de la ley juega un papel central en la percepción de la población en general sobre las personas que usan drogas. En colaboración con otras partes interesadas en la política de drogas, las agencias de orden público pueden abordar el carácter basado en la percepción de la criminalización y garantizar la aplicación de la ley.

V Priorizar la salud y la seguridad, requiere que la comunidad médica y los profesionales de la salud promuevan servicios de prevención, tratamiento y reducción de riesgos basados en evidencia, y aborden urgentemente el estigma basado en la percepción en los entornos de atención médica.

Los médicos, las enfermeras y otros trabajadores de la salud que están en contacto con personas que usan drogas tienen un papel importante que desempeñar para cambiar las percepciones sobre las drogas. A menudo son el primer punto de contacto con las personas que usan drogas y pueden ser influyentes en remitir las evidencias al público. Como se encuentran en una posición de confianza, deben desempeñar una importante función de promoción para mejorar la prestación de servicios a las personas con consumo problemático de sustancias. En particular, los profesionales de la salud con experiencia deben defender la utilidad de los tratamientos que han demostrado su eficacia, al hablar en apoyo del tratamiento de sustitución de opioides, por ejemplo, que sigue siendo estigmatizado por grandes sectores de la sociedad.

VI Aprovechar la oportunidad presentada por el futuro Segmento Ministerial de la Comisión de Estupefacientes de la ONU en 2019 para revisar el uso del lenguaje en los documentos internacionales y en las negociaciones.

Los Estados Miembros deben revisar su uso del lenguaje y sus prejuicios mientras negocian acuerdos políticos internacionales sobre control de drogas. El Secretario General de la ONU debe garantizar que el sistema de las Naciones Unidas proporcione un lenguaje coherente y centrado en las personas cuando en relación a las drogas, de conformidad con la agenda de desarrollo sostenible. Las entidades de la ONU deben continuar proporcionando publicaciones y paneles basados en evidencia para informar a los diplomáticos, legisladores y ciudadanos de todo el mundo sobre los hechos y tratar de cambiar las percepciones existentes. Hasta la fecha, las declaraciones políticas y los planes de acción de la ONU sobre políticas de drogas han perpetuado el lenguaje degradante y dañino, llamando a personas como "usuarios de drogas" y a "combatir" las drogas. Tampoco han incluido servicios que proporcionan prevención terciaria basada en la evidencia y mitigación de riesgos, como la "reducción de riesgos". Mientras tanto, otros mecanismos internacionales han avanzado más en proporcionar un mejor lenguaje y descripciones de las drogas y las personas que las usan. Esos textos en su mayoría no fueron negociados por los Estados Miembros, sino producidos por entidades de las Naciones Unidas tales como organismos especializados, Fondos y Programas.

REFERENCIAS

- 1 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 2 Brown, D. E. (1991) *Human Universals*. New York: McGraw-Hill Education.
- 3 Adoptado de Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 4 Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D., (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752), pp. 1558–1565.
- 5 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369 (9566), pp. 1047–1053.
- 6 Comparación de las listas de la ONU sobre drogas, hecha por la Comisión Global de Políticas de Drogas a partir del reporte de 2011 titulado “Guerra a las drogas”, tal como se ilustra en la **Figura 1** de este reporte.
- 7 Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J., van den Brink, W. (2007) Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *Journal Urban Health*, 84 (4), pp. 552–562.
- 8 National Addiction Centre (2003) *Dangerousness of Drugs: A Guide to the Risks and Harms Associated with Substance Misuse*. Disponible en: http://www.nta.nhs.uk/uploads/dangerousnessofdrugs-dh_4086293.pdf (fecha de consulta 23-11-2017)
- 9 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson
- 10 Para el cannabis, se ha propuesto un modelo de tres etapas para aprender a usar una droga por placer: el usuario primero tiene que aprender la técnica, es decir, fumar cannabis de una manera que produzca los efectos esperados; en segundo lugar, tiene que aprender a reconocer los efectos, que van desde un cambio en la velocidad en la que se siente que gira la cabeza, hasta el aumento del apetito; y saber conectarlos con el medicamento utilizado. Por último, tiene que aprender a redefinir los efectos y disfrutar de esas sensaciones. En la mayoría de los casos, este proceso de aprendizaje se realiza con la compañía de un usuario experimentado, es decir, que tiene un fuerte componente social en el contexto de una subcultura. Para más información, ver Becker, H.S. (1953) Becoming a Marijuana User. *American Journal of Sociology*, 59 (3), pp. 235–242.
- 11 Para conocer más acerca del Kava, por favor vea: Fehoko, E. (2014) Pukepuka fonua: *An exploratory study on the faikava as an identity marker for New Zealand-born Tongan males in Auckland, New Zealand* (Unpublished Master’s Thesis). Auckland: Auckland University of Technology; Aporosa, S. (2011) Is kava alcohol? The myths and the facts. *Pacific Health Dialog*, 17 (1), pp. 157–164; Aporosa, S. (2012) *Yaqona (kava) and education in Fiji: Investigating “cultural complexities” from a post-development perspective* (Unpublished PhD Thesis). Palmerston North, NZ: Massey University; Fehoko, E. (2015) Social space and cultural identity: The faikava as a supplementary site for maintaining Tongan identity in New Zealand. *New Zealand Sociology*, 30 (1), pp. 131–139; Finau, S., Stanhope, J., Prior, I. (1982) Kava, alcohol and tobacco consumption among Tongans with urbanisation. *Social Sciences and Medicine*, 16, pp. 35–41; Lebot, V., Merlin, M., Lindstrom, L. (1997) *Kava: The Pacific elixir: The definitive guide to its ethnobotany, history and chemistry*. Rochester, VT: Healing Arts Press; Lemert, M. (1967) Secular use of kava in Tonga. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28 (2), pp. 328–341; Sarris, J., et al (2013) Kava in the treatment of generalised anxiety disorder: A double-blind, randomised, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33 (5), pp. 643–648; Singh, Y.N. (ed.) (2004) *Kava: From ethnology to pharmacology*. London: CRC Press; Singh, Y.N., Blumenthal, M. (1997) Kava: An overview. *Herbalgram*, 39 (1), pp. 34–56.
- 12 Nag, O. (2017) 14 Countries Where Drinking Alcohol Is Illegal. *World Atlas*. <http://www.worldatlas.com/articles/14-countries-where-drinking-alcohol-is-illegal.html> (fecha de consulta: 23 November 2017).
- 13 Blickman, T. (2017) *Morocco and Cannabis: Reduction, containment or acceptance*. Amsterdam: Transnational Institute. Disponible en: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_49_eng_web.pdf (fecha de consulta 22 de noviembre de 2017)
- 14 Windle, J. (2012) Insights for Contemporary Drug Policy: A Historical Account of Opium Control in India and Pakistan. *Asian Journal of Criminology*, 7 (1), pp. 55–74.
- 15 Speaker, S. L. (2004) Demons for the Twentieth Century – The Rhetoric of Drug Reform, 1920–1940. Pp. 203–224 in Tracy, S.W., Ackler, C.J. (ed.) (2004) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800–2000*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- 16 National Institute on Drug Abuse (2016) *The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics*. <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics> (fecha de consulta 28-8-2017).
- 17 O’Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.-K. (2006) What’s in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), pp.764–765.
- 18 World Health Organization, (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- 19 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014) *High-risk drug use key epidemiological indicator*. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (Fecha de consulta 28 de Agosto de 2017).
- 20 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017) *World Drug Report 2017*, UNODC.
- 21 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017) *European Drug Report 2017: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 22 Hart, C. (2013) *High Price: A Neuroscientist’s Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. Reprint edition, ed. Harper; y también: Nutt, D. (2012) *Drugs Without the Hot Air*. Cambridge: UIT Cambridge Ltd.
- 23 De aquellos que prueban la heroína, alrededor del 23 por ciento desarrolla dependencia. Para el cannabis, es el 9 por ciento, y para la cocaína es aproximadamente un 17 por ciento. Del total de personas que ha probado drogas legales, alrededor del 15 por

- ciento desarrolla dependencia al alcohol, y para el tabaco es aproximadamente un 32 por ciento. Para más información, ver Anthony, J., Warner, L., Kessler, R. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3), pp. 244-268.
- 24 Waxman, O.B. (2017) Bill Clinton Said He "Didn't Inhale" 25 Years Ago — But the History of U.S. Presidents and Drugs Is Much Older. *Time*. Disponible en: <http://time.com/4711887/bill-clinton-didnt-inhale-marijuana-anniversary/> (fecha de consulta 22 de noviembre de 2017)
- 25 Seelye, K.Q. (2006) Barack Obama, asked about drug history, admits he inhaled. *The New York Times*. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2006/10/24/world/americas/24iht-dems.3272493.html> (fecha de consulta 23 de noviembre 2017).
- 26 Este es un reclamo tan extendido en los Estados Unidos y Gran Bretaña que el NIH (Instituto Nacional sobre el Abuso de la Droga) siente la necesidad de refutarlo en su sitio web. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/use-medications-methadone-buprenorphine> (fecha de consulta 28 de noviembre de 2017).
- 27 Amato, L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., P. Mattick, R. (2005) "An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research." *J. Subst. Abuse Treat*, 28 (321) pp. 321-329; McHugh, R.K. et al. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 33 (3), pp. 511-525; Hagedorn, H.J., Noorbaloochi, S., Simon, A.B., Bangerter, A., Stitzer, M.L., Stetler, C.B., Kivlahan, D. (2013) Rewarding early abstinence in Veterans Health Administration addiction clinics. *J. Subst. Abuse Treat.*, 45 (1), pp. 109-117; Petry, N.M., Carroll, K.M. (2013) Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychol. Addict. Behav.*, 27 (4), pp. 1036-1043; Dutra, L. ., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 165 (2), pp. 179-187; Lussier, J.P. (2006) A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 101 (2), pp.192-203; Seigers, D.K., Carey, K.B. (2010). Screening and brief interventions for alcohol use in college health centers: a review. *J. Am. Coll. Health*, 59 (3), pp. 151-158; Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 71 (5), pp. 843-861; Slomski, A. (2014) Mindfulness-Based Intervention and Substance Abuse Relapse. *J. Am. Med. Ass'n*, 311 (24), p. 2472; Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010) Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 78 (3), pp. 362-374; Bowen, S. et al. (2009) Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst. Abus.*, 30 (4), pp. 295-305; Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009) Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst. Abus.*, 30 (4), pp. 266-294.
- 28 Fischer, et al. (2007) *Drug user involvement in treatment decisions*. Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/drug-user-involvement-treatment-decisions> (fecha de consulta 22 de noviembre de 2017).
- 29 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004) *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (fecha de consulta 28 de noviembre de 2017).
- 30 Venosa, A. (2016) Mandatory Treatment For Drug Addiction Is Ineffective, Violates United Nations Human Rights Treaty. *Medical Daily*. Disponible en: <http://www.medicaldaily.com/drug-addiction-united-nations-human-rights-390207> (fecha de consulta 22 de noviembre de 2017).
- 31 Human Rights Watch (2012) Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao PDR. Disponible en: <https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr> (fecha de consulta 23 de noviembre 2017).
- 32 Id Dima, víctima de un grupo vigilante, en Saucier, D.W., Kingsbury, R.K., Silva, P. (2011) *Russia: When Vigilantes Step In. Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*. New York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf> (fecha de consulta 17 de agosto de 2017). Para reportes similares sobre Myanmar, vea: Jensema, E., Kham, N. P. E. (2016) Found in the dark. TNI drug policy briefing 47. Disponible en: <https://www.tni.org/en/publication/found-in-the-dark> (fecha de consulta 10 de agosto de 2017)
- 33 Amon, J.J., Pearshouse, R, Cohen, J.E., Schleifer, R. (2014) Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government, UN and donor responses. *International Journal of Drug Policy*, 25 (1), pp. 13-20.
- 34 Por ejemplo, los briefs de WHO/UNODC/UNAIDS *Evidence for Action* (18). Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html; Institute of Medicine, Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries (2006) *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press (14); Gowing, L. et al. (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2); Degenhardt, L. et al. (2010) HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are required *The Lancet*, 376 (9737), pp. 285–301; Altice, F.L. et al (2010) Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*, 376 (9738), pp. 367–387; MacArthur, G. et al (2012) Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 345 (137).
- 35 Lenton, S., Single, E. (1998) The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), pp. 213–220.
- 36 Tinasti, K., Audoin, B., Jomier, B., Delfraissy, J.F., Lévy, Y., Barré-Sinoussi, F. (2016) Cities Central to HIV Response for People Who Use Drugs. *Lancet HIV*, 3 (5), pp. 197-199.
- 37 Tracy, S. W., Acker, C.J. (2004) Introduction. In Tracy, et al., *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. University of Massachusetts Press.
- 38 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.
- 39 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs, *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 40 Curtis, V.A. (2007) A natural history of hygiene *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 18(1), pp. 11–14.
- 41 Blendon, R.J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 42 Ibid.
- 43 Belcher, A., McGregor, D. (2016) *Public Attitudes Towards People with Drug Dependence and People in Recovery*. Scottish Government Progressive Partnership. Disponible en: <http://www.gov.scot/Publications/2016/06/3496/1>.

- 44 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>
- 45 Klein, A. (2001) Have a Piss, Drink Ogogoro, Smoke Igbo, but don't take Gbana - Hard and Soft Drugs in Nigeria: A Critical Comparison of Official Policies and the View on the Street. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (2), pp. 111-119.
- 46 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Disponible en: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf
- 47 Abaza, O. (2017) *Multicentre Operational Research on Drug Use and Harm Reduction among People living with HIV/AIDS in the Middle East and North Africa Region*. Beirut: Menahra. Disponible en: http://filesserver.idpc.net/library/Operational_Research_MENAHRA.pdf
- 48 Lunze, K., Lunze, F.I., Raj, A., Samet, J.H. (2015) *Stigma and Human Rights Abuses against People Who Inject Drugs in Russia—A Qualitative Investigation to Inform Policy and Public Health Strategies*. *PLoS ONE*, 8 (10).
- 49 Grob, P.J. (1994) The needle park in Zurich: the story and the lessons to be learned. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1 (2), pp. 48-60.
- 50 Wall, M., et al. (2011) Sex, drugs and economic behaviour in Russia: a study of socio-economic characteristics of high risk populations. *International Journal of Drug Policy*, 22 (2), pp. 133-139.
- 51 Nutt, D. (2012) *Drugs - without the hot air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Ltd.
- 52 Veá ejemplos de la discusión en Kleiman, M.A.R., Caulkins, J.P., Hawken, A. (2011) *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press.
- 53 Khoury, L., Tang, Y.L., Bradley, B., Cubells, J.F., Ressler, K.J. (2010) Substance use, childhood traumatic experience, and Post-traumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress. Anxiety*, 27 (12), pp. 1077-1088.
- 54 United Nations (1961) *The Single Convention on Narcotic Drugs*. UNODC. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf (fecha de consulta 12 de junio de 2016).
- 55 Lines, R. (2010) 'Deliver us from Evil?' – The Single Convention on Narcotic Drugs, 50 Years On. *International Journal on Human Rights and Drug Policy*, 1 (3), p. 7.
- 56 Pasayat. J.A (2003) Union of India vs Kuldeep Singh on 8 December, 2003. 2 SCC 590
- 57 Domořłowski, A. (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Warsaw: Open Society Foundations.
- 58 Alexander, B.K., Coombs, R.B., Hadaway, P.F., (1978) The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), pp. 175–179; Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., Coombs, R.B., (1981) Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15 (4), pp. 571–576.
- 59 Robins, L.N., Helzer, J.E. (1975) Drug use among Vietnam veterans; Three years later. *Medical World News*, 16, pp. 44-49; Robins et al., (1980) Vietnam veterans three years after Vietnam, pp. 213-230. In Brill, Winick (ed.). *The Yearbook of Substance Use and Abuse*, 11. Human Science Press.
- 60 US Treasury Department (1919) *Traffic in Narcotic Drugs. Report of Special Committee of Investigation appointed March 25, 1918*, by the Secretary of the Treasury. Washington D.C..
- 61 Williams, H. S. (1938) *Drug addicts are human beings: the story of our billion-dollar drug racket: how we created it and how we can wipe it out*. Washington D.C.: Shaw Publishing Co.
- 62 Para ejemplos, vea: Reuter, P., Kleiman, M.A.R. (1986) Risks and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement. *Crime and Justice*, 7, pp. 289–340; Miron, J.A., Zwiebel, J. (1995) The Economic Case Against Drug Prohibition. *The Journal of Economic Perspectives*, 9, pp. 175–192.
- 63 Las personas afroamericanas representan el 40% de las cárceles estatales y federales en Estados Unidos, mientras que los Hispánicos conforman el 38% de la población en prisiones federales. Drug Policy Alliance (2016) *The Drug War, Mass Incarceration and Race*. Disponible en: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Drug%20War%20Mass%20Incarceration%20and%20Race_28Feb.%202016%29_0.pdf (fecha de consulta 31 de agosto 2017).
- 64 Eastwood, N., Shiner, M., Bear, D. (2013) *The Numbers In Black And White: Ethnic Disparities In The Policing And Prosecution Of Drug Offences In England And Wales*. London: Release. Disponible en: <http://www.release.org.uk/publications/num-bers-black-and-white-ethnic-disparities-policing-and-prosecution-drug-offences> (fecha de consulta 13 de abril de 2017).
- 65 Campbell, T. (2011) *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV and HCV Programs for Prisoners* (Second Edition). Toronto: Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network. Disponible en: <http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26374.pdf> (fecha de consulta 13 de abril de 2017).
- 66 Australian Institute of Criminology (2012) *Australian crime: Facts and figures 2011*. Disponible en: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/facts/2011/facts_and_figures_2011.pdf (fecha de consulta 13 de abril de 2017).
- 67 Natal (Colony), Indian Immigrants Commission. (1887). *Report of the Indian Immigrants Commission, 1885-1887*. (Wragg Commission). Pietermaritzburg, South Africa. Disponible en: http://scnc.ukzn.ac.za/doc/INDENTURE/Reports/Report_indian_immigrants_commission_1885_7_Wragg_Commission.pdf
- 68 Killias, M., Aebi, M. F. (2000) The Impact of Heroin Prescription on Heroin Markets in Switzerland Crime Prevention Studies. *Crime Prevention Studies*, 11, pp. 83-99.
- 69 McElrath, K., Chitwood, D.D., Comerford, M. (1997) Crime Victimization among Injection Drug Users. *Journal of Drug Issues*, 27, pp. 771–783.
- 70 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association JAMA*, 279 (11), pp. 827-832.
- 71 Speaker, S. L. (2004) *Demons for the Twentieth Century - The Rhetoric of Drug Reform, 1920-1940*, pp. 203-224 in Tracy, S. W., Acker. C.J. (eds.) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. Amherst.
- 72 Kosovski, J.R., Smith, D.C. (2011) Everybody Hurts: Addiction, Drama, and the Family in the Reality Television Show Intervention. *Substance Use & Misuse*, 46 (7), pp. 852-858.
- 73 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>

- 74 Ibid.
- 75 Thompson, M. (2012) Drug that's turning users into cannibals: Mind-altering "bath salts" blamed for three zombie style attacks. *Mirror Online*.
- 76 Elfrink, T. (2014) Bath Salts Didn't Cause the Miami Cannibal Attack, Scientists Say. *Miami New Times*.
- 77 UNAIDS (2015) *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf
- 78 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 79 Por ejemplo, The Economist (2001) The case for legalization. *The Economist*. Disponible en: <http://www.economist.com/node/709603> (fecha de consulta 24 de noviembre de 2017).
- 80 También vease: van Boekel, L.C. et al (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.*, 131, pp. 23-53; Brener, L. (2010) The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45 (7-8), pp. 1007-1018.
- 81 Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability. pp. 247-253. In Üstün, T. B., Chatterji, S., Rehm, J., Saxena, S., Bickenbach, J. E. (ed.). *Disability and culture: Universalism and diversity*, 247-291. Seattle, WA: Hofgrebe & Huber; also Phillips, L.A., Shaw, A., "Substance use more stigmatized than smoking and obesity." *Journal of Substance Use*, 18 (4), 247-253. (2001).
- 82 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Disponible en: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf
- 83 Zamudio-Haas, S. et al (2016) Generating trust: Programmatic strategies to reach women who inject drugs with harm reduction services in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Drug Policy*, 30, pp. 43-51.
- 84 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.
- 85 Kelly, J., Westerhoff, C. (2010) Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 12 (3), pp. 202-207; See also Henderson, S. et al. (2010) Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *Journal Health Care Poor Underserved*, 19 (4), pp. 1336-1349; McCreaddie, M. et al. (2010) Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinic. Nursing*, 19, pp. 2730-2740.
- 86 UNODC (2014) *World Drug Report 2014*. Geneva: United Nations.
- 87 OHCHR (2015) *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/30/65*, paragraph 37.
- 88 Ibid., paragraph 41.
- 89 Ibid., paragraph 52.
- 90 Ibid., paragraph 53.
- 91 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.
- 92 Para ejemplos, vease: Haberman, C. (2014) When Youth Violence Spurred 'Superpredator' Fear. *The New York Times*. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2014/04/07/us/politics/killing-on-bus-recalls-superpredator-threat-of-90s.html> (fecha de consulta 22 de agosto de 2017).
- 93 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press; *The New York Times* (1989) Crack; A Disaster of Historic Dimension, Still Growing, *The New York Times*. Disponible en: <http://www.nytimes.com/1989/05/28/opinion/crack-a-disaster-of-historic-dimension-still-growing.html?pagewanted=all>.
- 94 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.
- 95 Ibid.
- 96 Ibid.
- 97 Slotkin, T.A. (1998) "Fetal Nicotine or Cocaine Exposure: Which One is Worse?" *Journal of Pharmacol. Experimental Therapeutics*, 285 (3), pp. 931-945.
- 98 Para ejemplos, vease: Baum, D. (1997) *Smoke and Mirrors: The War on Drugs and the Politics of Failure*. Boston: Back Bay Books.
- 99 Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., Weitzman, M. (2015) Powder Cocaine and Crack Use in the United States: An Examination of Risk for Arrest and Socioeconomic Disparities in Use. *Drug Alcohol Depend.*, 149, pp. 108-116.
- 100 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.
- 101 American Medical Association (2015) *Patients with Addiction Need Treatment - Not Stigma* Disponible en: <https://www.asam.org/resources/publications/magazine/read/article/2015/12/15/patients-with-a-substance-use-disorder-need-treatment---not-stigma>; American Society of Addiction Medicine (2013) *Terminology related to the spectrum of unhealthy substance use*. Disponible en: <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2014/08/01/terminology-related-to-the-spectrum-of-unhealthy-substance-use>.
- 102 International Society of Addiction Journal (2015) *Statements and Guidelines Addiction Terminology*. Disponible en: <http://www.isaje.net/addiction-terminology.html> (fecha de consulta 28 de agosto de 2017).
- 103 Botticelli, M., Director of the Office of National Drug Control Policy (2017). *Memorandum to Heads of Executive Departments and Agencies on Changing the Language of Addiction*, dated 9 January 2017. Disponible en: <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Memo%20-%20Changing%20Federal%20Terminology%20Regarding%20Substance%20Use%20and%20Substance%20Use%20Disorders.pdf>.
- 104 Associated Press (2017). *The Associated Press Stylebook 2017: and Briefing on Media Law*.
- 105 INPUD (2011) *Statement and Position Paper on Language, Identity, Inclusivity and Discrimination*. Disponible en: <https://inpud.wordpress.com/position-papers/inpud-position-statement-on-language-identity-inclusivity-and-discrimination/>
- 106 Ver, por ejemplo: *War on Drugs (2011); Taking Control: Pathways to drug policies that work (2014) and Advancing Drug Policy*

Reform: a new approach to decriminalization (2016). Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

107 Mientras que las campañas de Estados Unidos bajo la administración de Nancy Reagan posiblemente sea el ejemplo más conocido, otros estados han asimilado y copiado este modelo. Singapur, por ejemplo, lanza una campaña que dura un mes titulada “solo di que no”, en junio de cada año. Ver: Central Narcotics Bureau. *Core Programmes*. Singapore Government. <https://www.cnb.gov.sg/cnbpde/programmes/default.aspx> (fecha de consulta 10 -8- 2017).

108 Varios académicos respaldan este enunciado, incluyendo a: Stockwell, T., Fishbein, D., Toumbourou, J. W., Tarter, R., Eldreth, D. (2005) *Preventing psychoactive substance use and related harms among children and adolescents: a review of theory and global best practices to address psychosocial and neurobiological factors*. Geneva: WHO; Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; Hawks, D., Scott, K., McBride, M. (2002) *Prevention of psychoactive substance use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneva: WHO; Fishbein, M. et al. (2002) Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of anti-drug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health*, 92 (2), pp. 238-235.

109 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Disponible en: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

110 Babor, T., et al. (2010) *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.

111 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Disponible en: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf

112 Por ejemplo, vease: Global Commission on Drug Policy (2016) *Advancing Drug Policy Reform: A New Approach to Decriminalization*.

113 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Disponible en: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

114 Blendon, R., J., Young, J., John, T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827 -832.

115 Amnesty International, (2017) “If you are poor, you are killed.” Extrajudicial Executions in the Philippines’ “War on Drugs.” Disponible en: https://www.amnestyusa.org/files/philippines_ejk_report_v19_final_0.pdf

116 Por ejemplo, vea: Baldwin, C., Marshall, A. (2017) More blood but no victory as Philippine drug war marks its first year. <https://www.reuters.com/article/us-philippines-duterte-drugs-idUSKBN19G05D> (fecha de consulta 10 July 2017).

117 Hood, R. (2013) *The Death Penalty in Malaysia - public opinion on the mandatory death penalty for drug trafficking, murder and firearms offences*. The Death Penalty Project. En noviembre y diciembre de 2012, se les preguntó a 1535 malasianos su opinión sobre estas leyes: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212428/13_05_31_DPP_Malaysia_report_FINAL_single_pages.pdf

118 Singapore. *Misuse of Drugs Act*, No. 5 of 1973, Rev. 2008. Disponible en: <http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p;page=0;query=DocId%3Ac13adadb-7d1b-45f8-a3bb-92175f83f4f5%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0>

119 Domostawski, A. (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of*

Decriminalizing Drug Use.

120 Cuestionarios aplicados a alrededor de 1000 adolescentes/jóvenes adultos, que pueden encontrarse en: SICAD study (2008) *Perceptions and social representation on drugs and drug addiction, inquiry to the youth present in Rock in Rio - Lisboa*. Disponible en: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/173/sinopse_rock_in_rio16_pt.pdf

121 Grund, J.P., Breeksema, J. (2013) *Coffee Shops and Compromise: Separated Illicit Drug Markets in the Netherlands*. New York: Open Society Foundations.

122 Ibid.

123 VOX 62. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 28.09.1997*. Disponible en: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-62-nachanalyse-der-eidgenoesischen-abstimmung-vom-28091997>

124 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Disponible en: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoesischen-abstimmung-vom-13061999>

125 Savary, J-F., Hallam, C., Bewley-Taylor, D. (2009) *The Swiss Four Pillars Policy. An Evolution From Local Experimentation to Federal Law*. Beckley Foundation.

126 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Disponible en: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoesischen-abstimmung-vom-13061999>

127 Rihs-Middel, M., Hämmig, R. (2005) Heroin-assisted treatment in Switzerland: An interactive learning process combining research, politics and everyday practice. pp. 11-22. In Rihs-Middel, M., Hämmig, R., Jacobshagen, N. (ed.). *Heroin-assisted treatment: Work in progress*. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.

128 Csete, J., Grob, P.J. (2012) Switzerland, *HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development*. *International Journal of Drug Policy*, 23, pp. 82-86

RECURSOS ADICIONALES:

www.beckleyfoundation.org
www.countthecosts.org
www.druglawreform.info
www.drugpolicy.org
www.genevaplatform.ch
www.globalcommissionondrugs.org
www.hivlawcommission.org
www.hri.global
www.hrw.org
www.igarape.org.br
www.intercambios.org.ar
www.icsdp.org
www.idhdp.com
www.idpc.net
www.inpud.net
www.incb.org
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx
www.release.org.uk
www.talkingdrugs.org
www.tdpf.org.uk
www.unaids.org/en/topic/key-populations
www.unodc.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.wacommissionondrugs.org
www.who.int/topics/substance_abuse/en/

RECONOCIMIENTO

COORDINACIÓN TÉCNICA

Barbara Goedde
Khalid Tinasti

PANEL DE EXPERTOS DE REVISIÓN

Happy Assan
Barbara Broers
Judy Chang
Suzanne Gage
Johann Hari
Nang Pann Ei Kham
Donald MacPherson
Isidore Obot
Isabel Pereira
Lisa Sanchez
Anya Sarang
Akihiko Sato
Isabelle Schulte-Tenckhoff
Tripti Tandon

APOYO

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

SECRETARIADO

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko

CONTACTO:

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

INFORMES DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- La Guerra contra las Drogas (2011)
- La Guerra contra las Drogas y VIH/SIDA:
Cómo la Criminalización de las Drogas Fomenta una Pandemia Global (2012)
- El Impacto Negativo de la Guerra contra las Drogas sobre la Salud Pública:
La Epidemia Oculta de la Hepatitis C (2013)
- Asumiendo Control:
Caminos hacia Políticas de Drogas Eficaces (2014)
- El Impacto Negativo de la Guerra contra las Drogas sobre la Salud Pública:
La Crisis Global de Dolor Evitable (2015)
- Avanzando la Reforma de la Política de Drogas:
Un nuevo enfoque de Descriminalización (2016)

INFORMES DE POSICIÓN DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

- La Crisis de Opioides en Norteamérica (octubre 2017)



LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

El propósito de la Comisión Global de Políticas de Drogas es llevar al plano internacional la discusión científicamente fundada acerca de las maneras humanitarias y efectivas de reducir los daños causados por las drogas y las políticas de control de drogas a las personas y la sociedad.

OBJETIVOS

- Revisar los supuestos básicos, la efectividad y las consecuencias del abordaje de la 'guerra' contra las drogas
- Evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales al problema de las drogas
- Desarrollar recomendaciones factibles y basadas en evidencias para una reforma constructiva legal y de políticas

