

La Guerra contra las Drogas y el VIH/SIDA:

Cómo la
Criminalización
del Uso de
Drogas fomenta
la Pandemia Global

**INFORME DE LA COMISIÓN
GLOBAL DE POLÍTICAS
DE DROGAS**



Manifiestantes en la Embajada Rusa de Londres exigen la introducción de la terapia de sustitución de opiáceos y el incremento de los programas de acceso a jeringas.

Foto: Red Internacional de Personas que Usan Drogas
www.inpud.net

SECRETARIADO

Ilona Szabó de Carvalho
Miguel Darcy de Oliveira
Patricia Kundrat
Rebeca Lerer

APOYO

Igarapé Institute

Instituto Fernando
Henrique Cardoso

Open Society Foundations

Sir Richard Branson, fundador y
presidente de Virgin Group (Apoyo
provisto a través de Virgin Unite)

ASESORES

Dr. Alex Wodak, Australian Drug
Law Reform Foundation
www.adlrf.org.au

Ethan Nadelmann,
Drug Policy Alliance
www.drugpolicy.org

Dan Werb, International Centre for
Science in Drug Policy
www.icsdp.org

Dr. Evan Wood, International
Centre for Science in Drug Policy
www.icsdp.org (leading
researcher)

Martin Jelsma,
Transnational Institute
www.tni.org/drugs

Mike Trace, International
Drug Policy Consortium
www.idpc.net

PARA RECURSOS ADICIONALES, VER:

www.unodc.org
www.drugpolicy.org
www.icsdp.org
www.idpc.net
www.igarape.org.br
www.talkingdrugs.org
www.tni.org/drugs
www.ihra.net
www.countthecosts.org
www.intercambios.org.ar
www.cupihd.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.beckleyfoundation.org
www.comunidadessegura.org

INFORME DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS



Para conocer más acerca de la Comisión, visite:
www.globalcommissionondrugs.org

O escriba un correo electrónico a:
declaration@globalcommissionondrugs.org

MIEMBROS DE LA COMISIÓN

Aleksander Kwásniewski, ex Presidente de Polonia

Asma Jahangir, activista por los derechos humanos, ex Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias o Arbitrarias, Pakistán

Carlos Fuentes, Escritor e Intelectual, México – in memoriam

César Gaviria, ex Presidente de Colombia

Ernesto Zedillo, ex Presidente de México

Fernando Henrique Cardoso, ex Presidente de Brasil (presidente)

George Papandreou, ex Primer Ministro de Grecia

George p. Shultz, ex Secretario de Estado de los Estados Unidos de América (presidente honorario)

Javier Solana, ex Alto Representante de la Unión Europea para Política Exterior y Seguridad Común, España

John Whitehead, banquero y funcionario, presidente de la Fundación World Trade Center Memorial, Estados Unidos

Louise Arbour, ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, presidente del Grupo Internacional Crisis, Canadá

Maria Cattai, ex Secretaria General de la Cámara de Comercio Internacional, Suiza

Mario Vargas Llosa, escritor e intelectual, Perú

Marion Caspers-Merk, ex Secretaria de Estado en el Ministerio Federal de Salud de Alemania

Michel Kazatchkine, profesor de medicina, ex director ejecutivo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Francia

Paul Volcker, ex Presidente de la Reserva Federal de los Estados Unidos y del Consejo Asesor para la Recuperación Económica

Pavel Bém, ex Alcalde de Praga, miembro del Parlamento Checo

Ricardo Lagos, ex Presidente de Chile

Richard Branson, empresario, defensor de causas sociales, fundador del Grupo Virgin, cofundador de The Elders, Reino Unido

Ruth Dreifuss, ex Presidente de Suiza y Ministra de Asuntos Internos

Thorvald Stoltenberg, ex Ministro de Asuntos Exteriores y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Noruega

La guerra global contra las drogas está impulsando la pandemia del VIH/ SIDA entre las personas que usan drogas y sus parejas sexuales. En todo el mundo, las investigaciones científicas han demostrado consistentemente que las prácticas represivas ligadas a la aplicación de las leyes anti-drogas alejan a los usuarios de drogas de los servicios de salud pública y los obligan a permanecer en ambientes ocultos donde el riesgo de contraer VIH se eleva notablemente. El encarcelamiento masivo de personas por delitos no violentos relacionados con drogas también desempeña un papel importante en el aumento del riesgo de contraer VIH. Este factor es un punto crítico en lo que se refiere a la salud pública en muchos países, incluyendo los Estados Unidos; donde se estima que tanto como un 25 por ciento de estadounidenses infectados con el virus VIH puede pasar anualmente por el sistema penitenciario, y donde las altas tasas de encarcelamiento se encuentran entre las principales causas que explican el gran aumento de las tasas de VIH entre los afroamericanos.

Se ha probado que las prácticas rigurosas y agresivas que utilizan las instituciones responsables de la aplicación de las leyes orientadas a usuarios de drogas, también han creado barreras para el tratamiento del VIH. A pesar de la evidencia que demuestra que el tratamiento de la infección por VIH reduce considerablemente el riesgo de que las personas infectadas lo transmitan, las consecuencias para la salud pública de las interrupciones del tratamiento contra el VIH causadas por la implementación de estrategias represivas anti-drogas no han sido debidamente reconocidas como un importante obstáculo a los esfuerzos para controlar la pandemia global del VIH/SIDA.

La guerra contra las drogas también ha provocado una distorsión de las políticas públicas, por la cual se han minimizado o ignorado los tratamientos de las adicciones y las medidas de salud pública basadas en la evidencia. Si bien esto es un problema común a nivel internacional, un número específico de países, incluyendo Estados Unidos, Rusia y Tailandia, ignoran la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y se resisten a aplicar programas de prevención del VIH basados en estas evidencias, con consecuencias devastadoras. Por ejemplo en Rusia, uno de cada cien adultos está actualmente infectado con el VIH.

Por el contrario, los países que han adoptado tratamientos para las adicciones basados en la evidencia y medidas de salud pública han comprobado que la epidemia de VIH entre las personas que usan drogas -así como las tasas de uso de drogas inyectables- disminuyeron notablemente. Para lograr esta conquista existen claras pautas consensuadas y, sin embargo, las herramientas de prevención del VIH han sido subutilizadas, y al mismo tiempo se ha demorado el cambio de las perjudiciales políticas de guerra contra las drogas.

Esto puede deberse a la errónea suposición de que las incautaciones de drogas, los arrestos, las condenas penales y otros índices comúnmente reportados como "éxitos" de la aplicación de la ley de drogas han sido

eficaces en general en la reducción de la disponibilidad de drogas ilegales. Sin embargo, los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito demuestran que el suministro mundial de opiáceos ilícitos, tales como la heroína, ha aumentado en más de 380 por ciento en las últimas décadas, pasando de 1000 toneladas métricas en 1980 a más de 4800 toneladas métricas en el 2010. Este aumento coincidió con una disminución del 79% en el precio de la heroína en Europa entre 1990 y 2009.

Pruebas similares del fracaso de la guerra contra las drogas en controlar la oferta de sustancias ilícitas son evidentes cuando se examinan los datos del sistema de vigilancia de drogas de los Estados Unidos. Por ejemplo, a pesar de que hubo un aumento mayor al 600 por ciento en el presupuesto federal anti-drogas de los Estados Unidos desde inicios de la década de 1980, durante este período el precio de la heroína en los Estados Unidos disminuyó aproximadamente un 80 por ciento y la pureza de la heroína aumentó más de un 900 por ciento. Un patrón similar de reducción de los precios y aumento de la pureza de las drogas es observable en los datos del sistema de vigilancia de drogas de los Estados Unidos para otras drogas comúnmente utilizadas, incluyendo la cocaína y el cannabis.

Tal como fue el caso con la prohibición del alcohol en los Estados Unidos en la década de 1920, actualmente la prohibición global de drogas fomenta la violencia de los mercados de drogas en todo el mundo. Por ejemplo, se estima que, desde 2006 más de 50.000 personas han muerto con el comienzo de una escalada militar de las fuerzas del gobierno mejicano contra los carteles de drogas. Mientras que los partidarios de las estrategias represivas anti-drogas podrían asumir que este grado de derramamiento de sangre debería disminuir la capacidad del mercado de drogas para producir y distribuir drogas ilegales; sin embargo, estimaciones recientes sugieren que la producción de heroína mejicana aumentó más de 340 por ciento desde 2004.

Mientras la epidemia del VIH crece en regiones y países impulsada principalmente por el uso de drogas inyectables, y con pruebas recientes que demuestran que las infecciones relacionadas con el uso de drogas inyectables están aumentando en otras regiones, incluyendo el África subsahariana, debemos decir que el momento de asumir el liderazgo es ahora. Por desgracia, los organismos de salud pública nacionales y de las Naciones Unidas han sido ignorados. Mientras la guerra contra las drogas continúa fomentando la epidemia del VIH en muchas regiones, diversas instituciones de seguridad pública y agencias de la ONU siguen reivindicando activamente una agresiva agenda de políticas anti-drogas a expensas de la salud pública. Cualquier evaluación prudente de los impactos de la guerra contra las drogas concluiría que muchas organizaciones nacionales e internacionales responsables de reducir el problema de drogas, en verdad han contribuido a un deterioro de la salud y de la seguridad de la comunidad. Esto debe cambiar.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE ESTE INFORME *

Las siguientes iniciativas deben ser asumidas por dirigentes nacionales y por el Secretario General de las Naciones Unidas, así como por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, ONUSIDA y la Comisión de Estupefacientes:

1. Reconocer y abordar los vínculos causales entre la guerra a las drogas y la propagación del VIH/SIDA, la violencia del mercado de drogas y otros daños sociales y de salud (por ejemplo, la hepatitis C).
2. Responder al hecho de que las conductas de riesgo de infección por VIH resultantes tanto de las políticas represivas de control de drogas como de la falta de financiación de las estrategias basadas en la evidencia, es la principal causa de la propagación de la epidemia de VIH en muchas regiones del mundo.
3. Presionar a los gobiernos nacionales para que pongan fin a las prácticas de arresto y encarcelamiento de personas que usan drogas sin causar daños a terceros.
4. Reemplazar las medidas ineficaces centradas en la criminalización y el castigo de las personas que usan drogas con intervenciones basadas en evidencias que reafirman los derechos y que comprobadamente reducen de manera significativa, las consecuencias negativas del uso de drogas para individuos y comunidades.
5. Los países que subutilizan comprobadas medidas de salud pública deben aumentar inmediatamente la implementación de estrategias basadas en la evidencia que reducen la infección por VIH y protegen la salud de las personas que usan drogas, incluyendo la distribución de jeringas estériles y otros programas de inyección segura. No adoptar estas medidas es un delito.
6. Los sectores públicos y privados deberían invertir en una serie de opciones basadas en la evidencia y de fácil acceso para el tratamiento y cuidado de la dependencia a las drogas, incluidos la sustitución y el tratamiento asistido con heroína. Estas estrategias disminuyen la enfermedad y la muerte y también, al reducir la demanda global de drogas, limitan el tamaño y las consecuencias perjudiciales de los mercados de drogas.
7. Todas las autoridades -desde el nivel municipal al internacional- deben reconocer el claro fracaso de la guerra contra las drogas para reducir significativamente la oferta y, al hacerlo, deben alejarse de las medidas represivas convencionales consideradas de "éxito" (por ejemplo, arrestos, incautaciones, condenas), que no se traducen en consecuencias positivas para las comunidades.
8. Medir el éxito de las políticas de drogas a través de indicadores que tengan un significado real en las comunidades, tales como la reducción de las tasas de transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas (por ejemplo, la hepatitis C), menor cantidad de muertes por sobredosis, disminución de la violencia relacionada con el mercado de drogas, menor cantidad de personas en prisión y reducción de las tasas de uso de sustancias conflictivas.
9. Convocar a los organismos de salud pública dentro del sistema de las Naciones Unidas para encontrar la respuesta al uso de drogas y a los daños asociados y para promover respuestas basadas en la evidencia. Otros órganos, incluyendo la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, deben ser sometidos a revisión externa independiente para garantizar que las políticas que promueven no empeoren la seguridad y la salud de la comunidad.
10. Actuar con urgencia: la guerra contra las drogas ha fracasado, y millones de nuevas infecciones por el VIH y muertes por SIDA pueden evitarse si se toman medidas inmediatamente.

* Las recomendaciones del informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas del 2011 "Guerra contra las drogas" se resumen en la parte interna de la contratapa del presente informe.

La guerra contra las drogas y la pandemia del VIH/SIDA

La guerra global contra las drogas está impulsando la pandemia del SIDA entre personas que consumen drogas y sus parejas sexuales. Hoy en día, se estima que 33 millones de personas en todo el mundo viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y las personas que se inyectan drogas representan aproximadamente la tercera parte de las nuevas infecciones de VIH que se producen fuera del África subsahariana. Mientras que el número anual de nuevas infecciones ha disminuido desde finales de los noventa, la incidencia del VIH aumentó más del 25 por ciento en siete países en este lapso de tiempo, en gran medida como resultado de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables. Cinco de estos países están en Europa Oriental y Asia Central, donde la guerra contra las drogas se está combatiendo agresivamente y, como consecuencia, el número de personas que viven con el VIH en esta parte del mundo casi se ha triplicado desde el año 2000.¹

A nivel mundial, se estima que unas 16 millones de personas se inyectan drogas ilegales de las cuales 3 millones, o casi una en cinco, viven con el VIH.² Se estima que el promedio de prevalencia del VIH entre aquellos que se inyectan drogas en China, los Estados Unidos de América y la Federación Rusa -los tres países que poseen las mayores poblaciones de usuarios de drogas inyectables- es del 12 por ciento, del 16 por ciento y del 37 por ciento, respectivamente.² Aunque estas estadísticas señalan la presencia de una grave emergencia de salud pública, no exponen el papel causal que las medidas punitivas asociadas a la aplicación de la ley de drogas han desempeñado, al impulsar la epidemia del VIH dentro de esta población.³ Como se describe a continuación, tratar el uso de drogas como un delito fomenta la epidemia del VIH por medio de varios mecanismos.

CÓMO LA GUERRA A LAS DROGAS FOMENTA LA PANDEMIA DEL VIH:

- **El miedo al arresto impulsa a las personas que usan drogas a permanecer ocultas, lejanas de la prueba de detección del VIH y de los servicios de prevención, y dentro de ambientes de alto riesgo.**
- **Las restricciones en el suministro de jeringas estériles a los usuarios de droga tienen como consecuencia un mayor uso compartido de jeringas.**
- **Las prohibiciones o restricciones a la terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos basados en la evidencia dan lugar a adicciones sin tratamiento y comportamientos evitables de riesgo del VIH.**
- **Las condiciones y la falta de medidas de prevención del VIH en las prisiones conducen a brotes de VIH entre los usuarios de drogas en prisión.**
- **Las interrupciones de la terapia antirretroviral del HIV provocan un aumento de la carga viral del VIH, con la posterior transmisión del HIV y el aumento de la resistencia a los antirretrovirales.**
- **Los limitados fondos públicos se desperdician en esfuerzos perjudiciales e ineficaces de represión de las drogas, en lugar de ser invertidos en probadas estrategias de prevención del VIH.**

Parte superior derecha: Patrulla de la Marina de Estados Unidos en un campo de amapolas en Afganistán.

Foto: *United States Marine Corps (CC BY-NC 2.0)*

Parte superior más a la derecha: Un usuario de drogas inyectable es inyectado con heroína, conocida localmente como azúcar morena, por su compañero en una carretera de la ciudad de Siliguri en la India oriental.

Foto: *Reuters / Rupak De Chowdhuri*



El temor a la policía y el estigma promueven conductas de riesgo de VIH.

Las prácticas agresivas anti-drogas destinadas a reprimir el mercado de drogas alejan a los individuos adictos de los servicios de salud pública y los llevan a ambientes ocultos donde el riesgo del VIH se eleva notablemente.⁴ Mientras que la violencia policial y la tortura de los usuarios de drogas han sido ampliamente notificadas,⁵ el acoso policial, la confiscación de agujas limpias y el arresto por posesión de agujas también son comunes, y se ha demostrado repetidamente que todas estas prácticas aumentan el uso compartido de jeringas usadas y otras prácticas inyectables de riesgo.^{6,7}

Las instituciones responsables de aplicar la ley de drogas contribuyen a conductas de riesgo de contraer VIH; y esto puede y debe evitarse. Un estudio publicado en la revista médica británica *The Lancet* examinó la manera en que los enfrentamientos con la policía promueven las conductas de riesgo de VIH y estimó que hasta el 19 por ciento de las infecciones por VIH entre las personas adictas a las drogas en Odessa, Ucrania, podrían evitarse si se detuvieran los abusos de la policía contra los usuarios de drogas.⁸

En muchos lugares, se ha demostrado que las duras leyes sobre drogas aumentan los comportamientos de riesgo para contraer el VIH y alejan a los usuarios de los servicios de salud pública. Las siguientes palabras de una mujer joven en Moscú describen el miedo causado por la agresiva aplicación de la ley de drogas:

“Miedo. Miedo. Esta es la principal razón. Y no sólo miedo de ser atrapada, sino miedo de que te atrapen y no puedas conseguir una dosis. Entonces, además de ser presionada y robada [por la policía], se corre el riesgo de acabar enferma. Y es por eso que usas cualquier jeringa que esté disponible en ese momento y en ese lugar.”



Foto: Los reclusos se sientan en una sala de recreación, donde son alojados debido al hacinamiento en la Institución de California para Hombres, prisión estatal en Chino, California, 3 de junio de 2011. La Corte Suprema ha ordenado a California liberar a más de 30.000 presos durante los próximos dos años o tomar otras medidas para aliviar el hacinamiento en sus cárceles a fin de evitar "el sufrimiento innecesario y la muerte". Las 33 prisiones para adultos de California fueron diseñadas para albergar aproximadamente 80.000 presos y ahora tienen unos 145.000. Estados Unidos tiene más de 2 millones de personas en las prisiones locales y estatales. Desde hace mucho tiempo tiene la tasa de encarcelamiento más alta del mundo.

Reuters / Lucy Nicholson

El encarcelamiento masivo fomenta la transmisión del VIH

Aunque la mayor parte de las transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas se producen dentro de sus comunidades, el encarcelamiento masivo de infractores no violentos de ley de drogas es también un factor importante en la epidemia. Este es un problema de salud pública crítico en muchos países, incluyendo los Estados Unidos, donde la prevalencia del VIH y los casos de SIDA en las prisiones es muchas veces superior al de la población general^{9, 10}, estimándose que hasta la cuarta parte de todos los estadounidenses infectados por el VIH pasan anualmente por los centros penitenciarios.¹¹ Los datos estadísticos para los Estados Unidos concuerdan con las tendencias mundiales, ya que veinte países de renta baja y media informaron una prevalencia del VIH superior al 10 por ciento entre los reclusos.¹²

Las altas tasas de encarcelamiento entre usuarios de drogas con o en riesgo de infección por el VIH son motivo de profunda preocupación, dado que el encarcelamiento ha sido asociado con el uso compartido de jeringas, el sexo sin protección y los brotes de VIH en diferentes lugares del mundo. El encarcelamiento ha sido identificado como un factor de riesgo para contraer la infección por VIH en los países del oeste y del sur de Europa, Rusia, Canadá, Brasil, Irán y Tailandia.¹³ La investigación científica también ha demostrado que el uso compartido de jeringas es la principal razón para la propagación del VIH en los centros penitenciarios y las investigaciones de salud pública han demostrado, mediante técnicas genéticas virales, que los brotes de VIH han surgido como resultado del uso compartido de jeringas entre

los reclusos.¹³⁻¹⁵ Como se describe a continuación, el encarcelamiento también potencia el riesgo de infección y enfermedad por el VIH cuando se interrumpe el tratamiento antirretroviral para dicho virus.

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos, donde las minorías étnicas tienen muchas más probabilidades que los blancos de ser encarceladas por delitos relacionados con las drogas, han concluido que la tasa desproporcionada de encarcelamiento es una de las razones claves para explicar las evidentemente elevadas tasas de infección por el VIH entre los afroamericanos.^{16, 17} Esto representa una preocupación urgente de salud pública, ya que si bien los afroamericanos constituyen apenas el 12 por ciento de la población estadounidense, en los últimos años responden por más del 50 por ciento de las nuevas infecciones por VIH en la nación.¹⁸

El énfasis global en la aplicación de la ley de drogas también ha llevado al encarcelamiento masivo de los usuarios de drogas en "centros de detención por drogas" obligatorios, particularmente en los lugares en donde el VIH se está propagando rápidamente entre esta población.¹⁹ Aunque estos centros varían en su diseño y funcionamiento, se ha informado constantemente que estas instalaciones no ofrecen tratamiento para la adicción basado en la evidencia o asistencia para el caso del VIH. En estos lugares, se han constatado casos documentados de trabajos forzados, tortura y otras violaciones a los derechos humanos.²⁰ A pesar de recientes críticas de un conjunto de organizaciones de salud y de derechos humanos, así como de las Naciones Unidas y del gobierno estadounidense, los centros obligatorios de detención por drogas continúan existiendo especialmente en China y el sudeste asiático.^{21, 22}

La aplicación de la ley de drogas crea barreras para la terapia antirretroviral, promoviendo así la transmisión del VIH

Además de promover el uso compartido de jeringas y otros comportamientos de riesgo para el VIH, las medidas punitivas asociadas a la aplicación de la ley de drogas crean barreras para la realización de la prueba de detección y el tratamiento del VIH. Existen varias formas a través de las cuales la criminalización del uso de drogas puede dificultar o impedir el acceso a tratamientos esenciales para los usuarios de drogas infectados con el VIH. Estas barreras al tratamiento incluyen el estigma y la discriminación dentro del sistema de salud, la negación a recibir servicios, la violación de la confidencialidad, la imposición del requisito de estar libre de drogas como condición para el tratamiento y el uso de registros que conducen a la negación de derechos básicos tales como la custodia de menores y el empleo.²³ Como resultado de ello, las investigaciones han demostrado reiteradamente que los usuarios de drogas presentan tasas más bajas de uso de la terapia antirretroviral y mayores tasas de muerte por VIH/SIDA.²⁴

Las prácticas y políticas punitivas relacionadas con la aplicación de la ley de drogas tienen también implicaciones más amplias para la salud pública. Específicamente, es sabido que la terapia antirretroviral reduce la cantidad del virus de la inmunodeficiencia humana que circula en la sangre y en los fluidos sexuales, y recientes ensayos clínicos han demostrado que este efecto también reduce las tasas de transmisión del VIH. Como resultado, muchos organismos internacionales y programas nacionales de VIH han cambiado recientemente su enfoque al considerar que el “tratamiento como prevención” es una estrategia central para el VIH/SIDA.^{25, 26, 27, 28} Este cambio tiene implicaciones importantes para el diseño de la respuesta mundial al VIH/SIDA ya que enfatiza aún más el impacto de la salud pública al proporcionar acceso al tratamiento para el VIH a todos los segmentos de la población, inclusive a las personas que se inyectan drogas.

Foto: La medicina para los pacientes está alineada para su distribución en la sala de VIH/SIDA del Hospital YouAn de Beijing, 1 de diciembre de 2011. Según dijeron los medios de comunicación estatales, citando a funcionarios de salud, el número de nuevos casos de VIH/ SIDA en China se ha disparado, con tasas de infección crecientes entre los estudiantes universitarios y los hombres mayores. El Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades publicó cifras mostrando 48.000 nuevos casos en China en 2011, dijo la agencia oficial de noticias Xinhua. El Gobierno de China fue inicialmente lento en reconocer el problema del VIH/SIDA en la década de 1990.
Reuters / David Gray

No obstante, numerosos estudios han demostrado que las medidas coercitivas relacionadas a la aplicación de la ley de drogas y el encarcelamiento frecuente de las personas que usan drogas generan dificultades de acceso a las pruebas de detección y al tratamiento de VIH, y contribuyen a la interrupción del tratamiento contra el VIH una vez que ha comenzado.²⁹ Por ejemplo, un estudio canadiense reciente demostró que cuanto mayor es el número de veces que un individuo infectado por el VIH es encarcelado, menor será la probabilidad de que esa persona adhiera a la terapia antirretroviral.³⁰ Asimismo, un estudio de Baltimore con pacientes infectados por el VIH descubrió que incluso breves períodos de encarcelamiento eran asociados a un riesgo doble de compartir jeringas y a un riesgo mayor a siete veces de fracaso virológico.³¹ El hecho de que las medidas represivas asociadas a la aplicación de la ley de drogas a menudo interrumpen los esfuerzos de tratamiento del VIH, promoviendo la resistencia a los medicamentos de VIH y aumentando el riesgo de transmisión del VIH, aún tiene que ser abordado adecuadamente por las estrategias de prevención nacionales e internacionales del VIH.^{27, 28} De hecho, el “tratamiento como prevención” y las nuevas estrategias de prevención, tales como la ampliación del uso de la profilaxis pre-exposición con medicamentos antirretrovirales, son raramente considerados o discutidos por las autoridades como respuesta al VIH entre las personas que se inyectan drogas.



En los lugares donde los enfoques de salud pública son ignorados, la epidemia de VIH está fuera de control

Además de provocar un aumento de los comportamientos de riesgo para el VIH y de las barreras para el tratamiento del VIH, la guerra contra las drogas también produce una distorsión de las políticas públicas, por lo cual se han ignorado o minimizado las intervenciones de salud pública y los tratamientos de las adicciones basados en la evidencia. En 2008, el Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reconoció esta realidad, reflexionando sobre la década previa de control de drogas:

“La salud pública, que es claramente el primordial principio de control de drogas, también necesita una gran cantidad de recursos. Sin embargo, los fondos fueron en muchos casos destinados a la seguridad pública y a la aplicación de la ley de drogas que la sustenta. La consecuencia fue que la salud pública fue desplazada a un segundo plano, más honrada en la retórica y de la boca para afuera, y menos en la práctica real”.

El énfasis en la aplicación de la ley anti-drogas ha creado barreras legales para las medidas preventivas del VIH basadas en la evidencia, tales como el suministro de jeringas limpias, y para los métodos de tratamiento de las adicciones basados en la evidencia, como la terapia de mantenimiento con metadona. Estos enfoques de salud pública han demostrado que reducen el riesgo del VIH y se encuentran ampliamente respaldados por importantes organismos médicos internacionales y de salud pública.^{32, 33} La metadona, por ejemplo, está en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, y varios estudios científicos sobre la efectividad del suministro de jeringas estériles para reducir el riesgo del VIH han llevado a las Naciones Unidas a recomendar enfáticamente la provisión de jeringas estériles.³⁴

Sin embargo, las evaluaciones de salud pública han demostrado tasas extremadamente bajas de cobertura de intervenciones de eficacia comprobada, incluyendo en aquellos lugares donde se necesitan más urgentemente.²⁴ Por ejemplo, contrariamente a la opinión de muchas organizaciones científicas y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, varios países, incluyendo los Estados Unidos y Rusia, se han resistido a implementar programas de prevención basados en la evidencia del VIH. En los Estados Unidos, el Congreso recientemente ha reinstaurado la prohibición federal de financiación de programas de intercambio de jeringas, tanto internamente como en el extranjero, sólo dos años después de levantar lo que había sido una prohibición de 21 años. El acceso a jeringas estériles es limitado en otros países con altas tasas de VIH entre usuarios de drogas inyectables.

Notablemente, a pesar de la vasta cantidad de investigaciones clínicas demostrando los beneficios de la terapia de mantenimiento con metadona en reducir los daños individuales y comunitarios del consumo de heroína así como el riesgo por VIH^{35, 36}, el uso de la metadona permanece limitado en muchos países y en Rusia es ilegal. Asimismo, en las repúblicas de Asia Central y otros países del antiguo bloque soviético, los programas de metadona tienden a ser “perpetuos programas piloto” creados en algunos casos en respuesta a la presión de los donantes pero nunca aproximándose a la escala necesaria para satisfacer la demanda existente.

Un reciente informe de las Naciones Unidas que describe la situación de prevención del VIH en Polonia y critica las leyes anti-drogas de esa nación, señaló que “en el contexto del VIH, ha habido una brecha en la financiación y el trabajo de prevención del VIH, que a su vez afecta la disponibilidad de servicios de prevención, incluidas las medidas de reducción de daños.”³⁷ Los contextos en donde se han reducido las medidas de prevención del VIH como resultado de preocupaciones económicas han sido particularmente vulnerables a los aumentos del riesgo del VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Por ejemplo, un aumento superior a 10 veces en nuevos diagnósticos de infección por VIH entre los usuarios de drogas fue recientemente informado desde Grecia durante los primeros siete meses de 2011.³⁸ Aunque la Federación Rusa invirtió recientemente cerca de 800 millones de dólares anuales en iniciativas relacionadas con el VIH, menos del uno por ciento de esta cantidad fue dirigida a la prevención para las personas que usan drogas, entre las cuales se concentra la epidemia rusa.³⁹ Como resultado de la falta de tratamientos para las adicciones y de medidas de prevención del VIH basadas en la evidencia, uno de cada cien adultos rusos está infectado con el VIH (Figura 1).

A pesar de las evidencias que comprueban la existencia de un problema amplio y en expansión por uso inyectable de heroína en muchas áreas costeras del África subsahariana, especialmente en la costa oriental Africana², el pequeño programa de metadona en Mauricio y el iniciado en febrero de 2010 en Tanzania son prácticamente los únicos programas públicos de terapia de mantenimiento con opiáceos al sur del Sahara. Asimismo, la metadona permanece efectivamente inaccesible en muchas partes de Asia meridional y oriental, incluso donde es sabido que el uso inyectable de opiáceos ocurre en una escala significativa.

Tailandia es también un importante estudio de caso, ya que el país es a menudo reconocido por su éxito en reducir el VIH entre trabajadores sexuales y sus clientes, al distribuir y promover el uso de preservativos, junto con otras medidas basadas en la evidencia. Entre las trabajadoras sexuales comerciales de Tailandia, la prevalencia estimada del VIH ha disminuido desde un pico de más del 40 por ciento en 1995 a menos del 5 por ciento en los últimos años. Al mismo tiempo, sin embargo, Tailandia ha mantenido su antiguo enfoque de guerra contra las drogas

FIGURA 1.

Número estimado de personas infectadas con VIH en la Federación Rusa.

Fuente: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

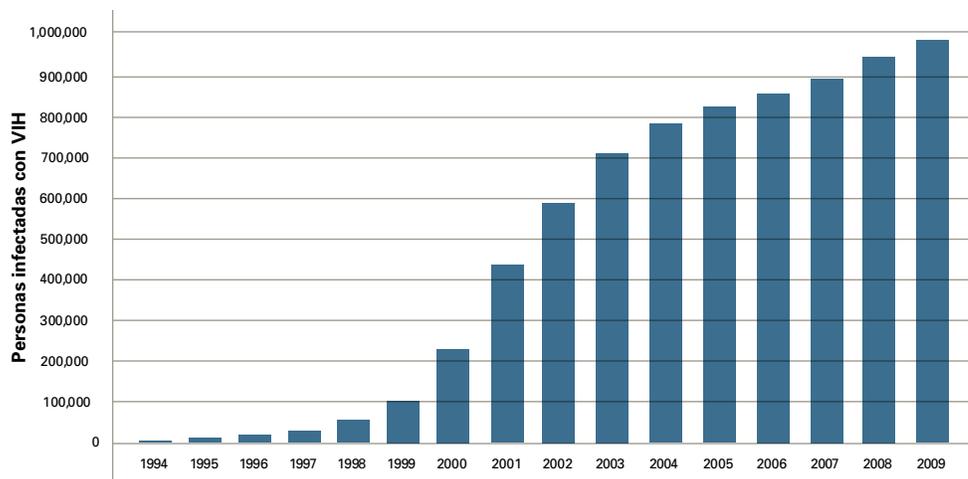
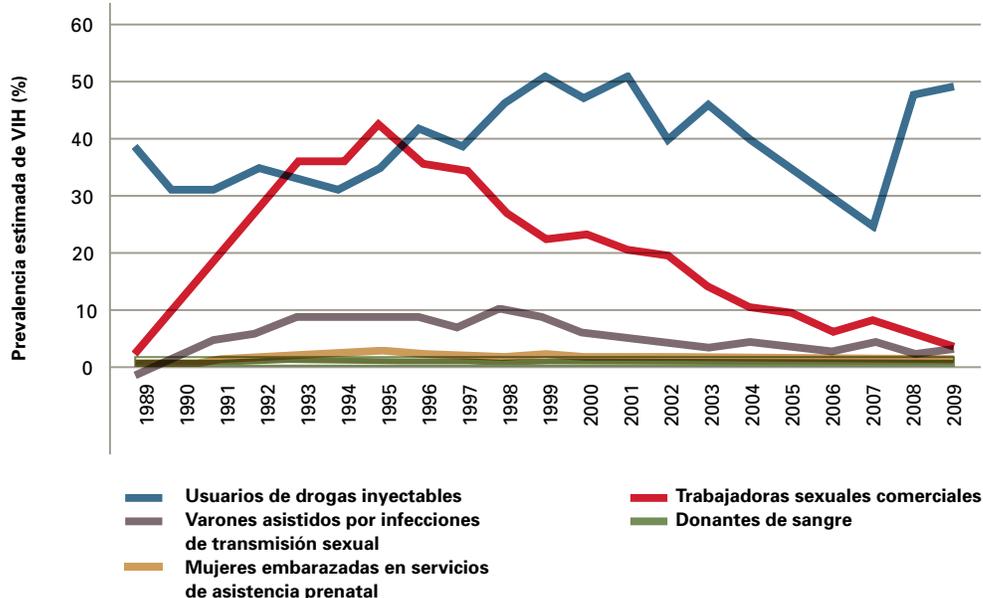


FIGURA 2.

Prevalencia estimada de VIH entre diferentes grupos en riesgo en Tailandia

Fuente: Departamento de Epidemiología de Tailandia, Vigilancia Centinela Total de VIH, Ministerio de Salud Pública (2011)



ilícitas, considerando a los usuarios de drogas como “amenazas a la seguridad”. La ofensiva de 2003 contra presuntos narcotraficantes resultó en el atroz asesinato extrajudicial de más de 2.500 personas.⁴⁰ La campaña ofensiva y una represión continua dificultaron que las personas que usan drogas procuren acercarse a los servicios de salud, incluyendo para el tratamiento del VIH. No es de extrañar, por lo tanto, que mientras que la prevalencia del VIH entre trabajadores sexuales disminuyó drásticamente, las tasas de VIH entre los usuarios de drogas tailandeses permanecieron persistentemente elevadas, con una prevalencia estimada del VIH acercándose al 50 por ciento en los últimos años (Figura 2).

Incluso cuando se comparan diferentes regiones dentro de los países, tasas más altas de VIH son claramente evidentes en áreas adonde la aplicación de la ley de drogas es más intensa. Por ejemplo, un estudio de las 96 mayores áreas metropolitanas de los Estados Unidos encontró que las medidas de “represión legal” de la ofensiva anti-drogas estuvieron asociadas con una mayor prevalencia del VIH entre aquellos que se inyectan, y concluyó: “Esto puede ser porque el miedo al arresto y/o al castigo lleva a los usuarios de drogas inyectables a evitar el uso de programas de intercambio de jeringas, o a inyectarse apresuradamente, o a inyectarse en pasajes de inyección o en lugares de inyección comunitaria para escapar ser detectados.”⁴¹

En los lugares donde la adicción es tratada como un tema de salud, la lucha contra el VIH se está ganando

La experiencia en Rusia, Tailandia, Estados Unidos y otros países donde la guerra contra las drogas ha sido librada agresivamente puede ser contrastada con la de los países que han adoptado medidas de salud pública y tratamientos de la adicción basados en la evidencia para atender la epidemia del VIH. En estos últimos países, incluido un número de países de Europa occidental y Australia, prácticamente se han eliminado los diagnósticos de infecciones recientes de VIH entre las personas que usan drogas, tal como se ha eliminado la transmisión vertical del VIH en los países donde hay amplio acceso a la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo.

De hecho, ya en 1997 una encuesta mundial encontró en 52 ciudades sin programas de intercambio de jeringas, que la prevalencia del VIH aumentó aproximadamente un 6 por ciento al año, mientras que la prevalencia disminuyó en aproximadamente un 6 por ciento al año en las 29 ciudades con programas de intercambio de jeringas.⁴²

Desde entonces, resultados similares se han registrado sistemáticamente en todo el mundo.³² Por ejemplo, en Tallinn, Estonia, un país con una de las tasas más altas de VIH per cápita en Europa, una disminución en el número de infecciones por el VIH entre nuevos usuarios que se inyectan del 34 al 16 por ciento, coincidió con un aumento en el número de jeringas intercambiadas, de 230.000 en 2005 a 770.000 en 2009.⁴³ De forma similar, en Portugal en 2001, el gobierno despenalizó el uso y la posesión de una modesta cantidad de drogas ilegales para uso personal, a fin de centrarse en la adicción a las drogas como un problema de salud pública. Como resultado, entre 2000 y 2008, el número de nuevos casos de VIH se redujo de 907 a 267, mientras que el número de casos de SIDA disminuyó de 506 a 108 entre personas que se inyectan drogas.⁴⁴

Foto: El contenido de un Kit para el intercambio de jeringas.

En Suiza, el Gobierno respondió a la creciente epidemia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables en la década de 1980, mediante la aplicación de políticas innovadoras que ofrecían agujas limpias, centros supervisados de inyección, terapia con metadona fácilmente accesible, prescripción de heroína y tratamiento antirretroviral.⁴⁵ Esta estrategia ha conducido a una marcada reducción en el número de nuevas infecciones de VIH vinculadas a la inyección de drogas, de un 68 por ciento en 1985, a cerca del 15 por ciento en 1997 y alrededor del 5 por ciento en 2009.⁴⁵ Igualmente, en Columbia Británica, Canadá, la respuesta a la explosiva epidemia de VIH que surgió entre los usuarios de drogas inyectables a mediados de la década de 1990 incluyó la oferta de terapia antirretroviral, sustitución de opiáceos (incluida la prescripción de heroína), distribución de jeringas y centros de inyección médicamente supervisados, resultando en la disminución de la incidencia del VIH y de las muertes por SIDA entre usuarios de drogas inyectables (Figura 3).

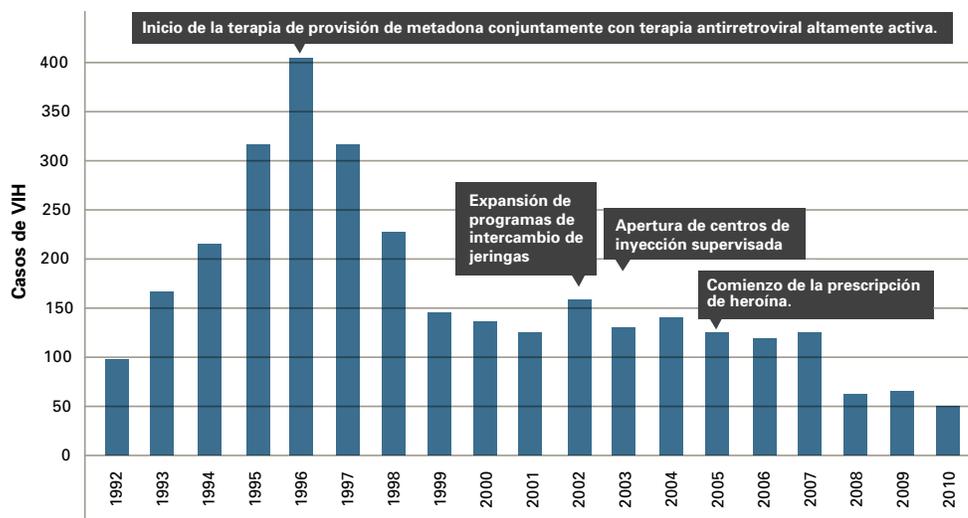
Mientras que se han conseguido modestos avances con respecto al tratamiento de la dependencia a los opiáceos, la metanfetamina y otros estimulantes dominan el uso de drogas ilícitas en muchas partes del mundo y las opciones de tratamiento científicamente comprobados para ellos son más limitadas.¹⁹ La Comisión ve una necesidad urgente de incrementar la investigación sobre terapias de mantenimiento y otros enfoques terapéuticos sobre el uso de estimulantes, incluyéndolos como un componente de programas de prevención del VIH.



FIGURA 3.

Declinación de nuevos casos de VIH atribuible al uso de inyectable en Columbia Británica, coincidente con intervenciones de salud pública.

Fuente: Centro para el control de Enfermedades de Columbia Británica y Centro para la Excelencia en VIH/SIDA de Columbia Británica



El VIH/SIDA se ha extendido debido a que la guerra contra las drogas no ha reducido la oferta de las mismas

La evidencia que comprueba que la guerra contra las drogas ha fomentado la epidemia del VIH es irrefutable, y aún así las políticas han sido marcadamente lentas en modificarse. Esto puede ser en gran medida el resultado de la suposición errónea de que las incautaciones de drogas, los arrestos, las condenas y otros índices de aplicación de la ley de drogas comúnmente reportados como “éxito” han sido eficaces en la reducción de la oferta de drogas. De hecho, destacando la importancia de las estrategias de reducción de la oferta, la Estrategia Nacional de Control de Drogas de Estados Unidos del 2012 concluye: “La reducción de la oferta frecuentemente está estrechamente ligada a la reducción del uso de drogas y sus consecuencias.”⁴⁶ Sin embargo, las suposiciones acerca de los beneficios de la aplicación de la ley anti-drogas, implícitos cada vez que se presentan ante el público los frutos de la última “redada de drogas”, no han sido evaluados críticamente.

Concretamente, si el modelo de aplicación intensiva de la ley anti-drogas que se viene practicando en la guerra global contra las drogas estuviese logrando los objetivos enunciados y reduciendo significativamente la oferta de drogas, se esperaría que el aumento de los gastos antidrogas coincidiera con el encarecimiento del precio de las drogas, la disminución de la potencia de las mismas y, en general, un número menor de drogas disponibles. Sin embargo, evidencias de todas partes del mundo indican que este no ha sido el caso.

Datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, por ejemplo, demuestran que el suministro mundial de opiáceos ilícitos, tales como la heroína y el opio, ha aumentado de modo espectacular en

los últimos 30 años. Durante este período, la oferta global de opiáceos ilícitos aumentó más de 380 por ciento, de 1000 toneladas métricas en 1980 a más de 4800 toneladas métricas en el 2010 (Figura 4).⁴⁷ Este aumento, ocurrido principalmente en Afganistán, contribuyó a que el precio de la heroína disminuyera más de un 75 por ciento en Europa entre 1990 y 2009 (Figura 5).

Pruebas similares del fracaso de la guerra contra las drogas son proporcionadas por los datos del sistema de vigilancia de drogas de los Estados Unidos. Por ejemplo, desde 1981 hasta 2011, el presupuesto de la Oficina Nacional de Política para el Control de Drogas de Estados Unidos aumentó más de un 600 por ciento (ajustado a la inflación). Sin embargo, a pesar del aumento anual de las inversiones multimillonarias en dólares destinadas al control de drogas, los datos del gobierno de Estados Unidos sugieren una disminución aproximada del 80 por ciento del precio de la heroína – ajustada a la inflación y a la pureza – y un aumento mayor al 900 por ciento de la pureza de la heroína entre 1981 y 2002, indicando claramente que los gastos en las intervenciones destinadas a reducir la oferta de heroína en los Estados Unidos fueron infructuosos (Figura 6)*.

Mientras que los vínculos entre la guerra contra las drogas y el VIH/ SIDA justifican centrarse en la heroína, patrones similares surgen cuando se analizan el gasto anti-drogas y los índices de disponibilidad de otras drogas.

* La cobertura del presupuesto de la Oficina Nacional de Política para el Control de Drogas de Estados Unidos fue alterada entre 2003 y 2010, limitando el análisis comparativo entre lo presupuestado durante este y otros períodos (véase figura 6)

FIGURA 4.

Producción global estimada de opiáceos

Fuente: Informe Mundial de Drogas de Naciones Unidas 2011, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

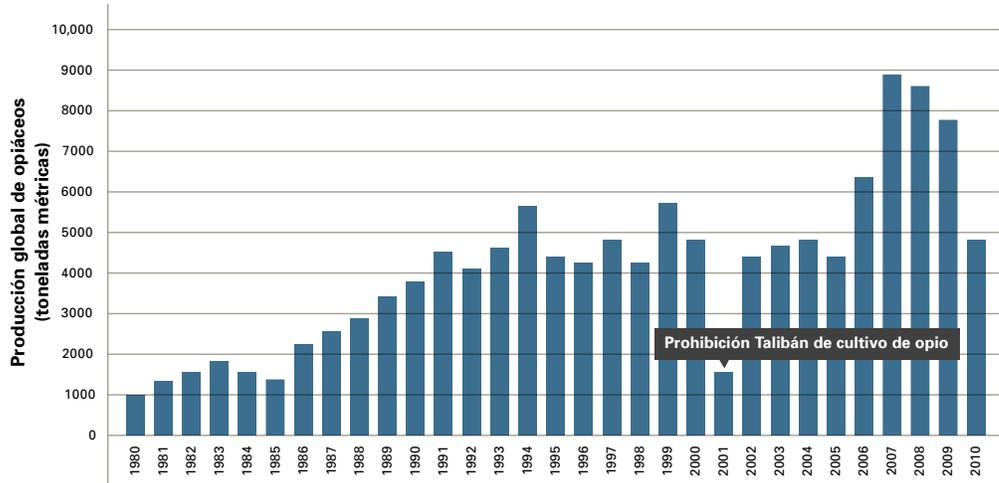


FIGURA 5.

Promedio de precios estimados de heroína en Europa

Nota: Los precios de la heroína están ajustados a la inflación. Todos los precios están expresados en dólares estadounidenses 2011.
Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

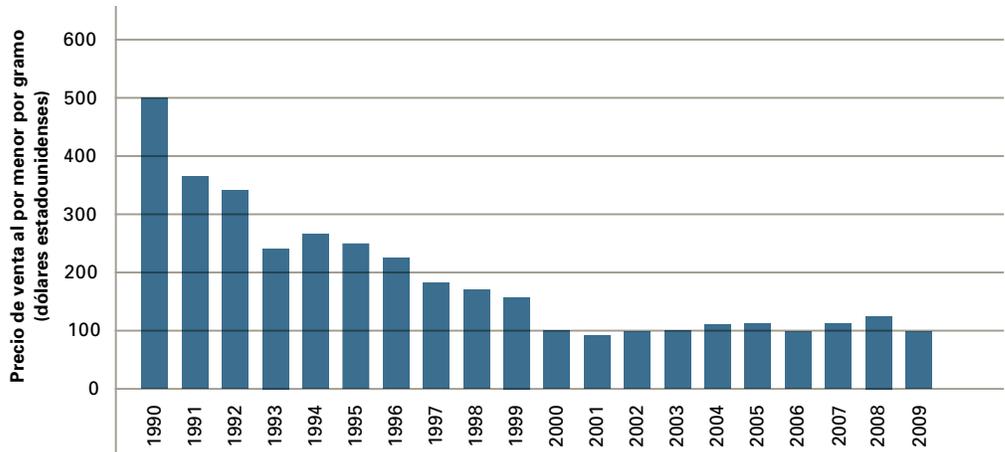
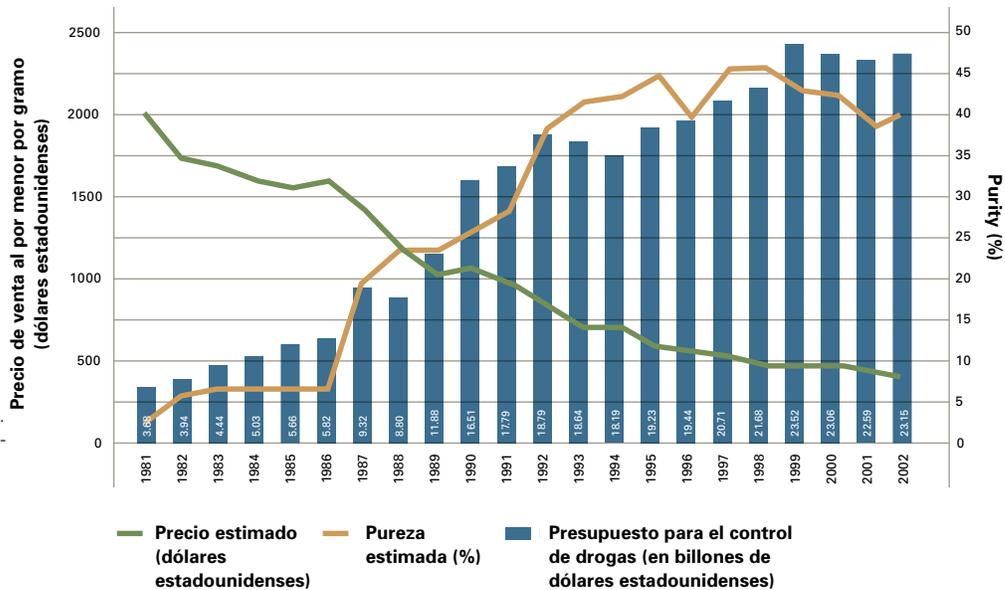


FIGURA 6.

Cambio en el precio estimado y la pureza de la heroína, en el contexto del aumento del presupuesto anual para el control de drogas en Estados Unidos.

Los datos se truncan en 2002 porque el presupuesto federal de control de drogas de EEUU no fue consistentemente reportado posteriormente. Los precios de la heroína están ajustados según la inflación y la pureza, y el gasto según la inflación. Todos los precios están expresados en dólares estadounidenses 2011.
Fuente: Oficina Nacional de Política para el Control de Drogas de EEUU, DEA, Sistema de Vigilancia STRIDE, el Programa Doméstico de Monitoreo de Heroína de la DEA.



Por ejemplo, por medio de una variedad de iniciativas, Estados Unidos ha destinado una cantidad considerable de recursos para desbaratar el comercio de cocaína. En este sentido, el Plan Colombia fue una inversión de millones de dólares para la erradicación aérea y manual de cultivos de coca en Colombia, el entrenamiento y apoyo militar y otros medios. Sin embargo, a pesar del aumento constante en el presupuesto de los Estados Unidos destinado a la reducción de la oferta internacional y a las actividades antinarcoóticos, la pureza de la cocaína ha permanecido persistentemente elevada, en tanto que el precio de la cocaína en los Estados Unidos, relacionado a la inflación y la pureza, ha disminuido en más del 60 por ciento durante este período (Figura 7). Estas tendencias de largo plazo sugieren que el suministro global de cocaína ha sofocado los esfuerzos de represión y pone de relieve cómo los recientes informes del gobierno estadounidense sobre la disminución de la oferta de cocaína a los Estados Unidos deben ser interpretados con un alto grado de escepticismo.⁴⁸

Cuando se considera el cannabis, la droga que ha sido por décadas el foco central de guerra del gobierno de Estados Unidos contra las drogas, los resultados han sido los mismos. Específicamente, el precio del cannabis, ajustado a la inflación y la potencia, ha disminuido en un 33 por ciento, mientras que su potencia ha aumentado en un 145 por ciento

desde 1990. De hecho, el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas ha concluido que en los últimos 30 años de prohibición del cannabis, la droga ha permanecido “casi universalmente disponible para los estudiantes estadounidenses del último año del secundario,” con entre 80 por ciento y 90 por ciento de ellos sistemáticamente informando que la droga es “muy fácil” o “relativamente fácil” de conseguir.⁴⁹

Las recientes estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito concluyen que la producción de estimulantes de tipo anfetamínico ha aumentado de manera drástica en la última década, de modo tal que esta clase de droga ilegal ahora se utiliza más frecuentemente que cualquier otra droga, con excepción del cannabis. No obstante, las estrategias agresivas relacionadas a la aplicación de la ley de drogas dirigidas a los usuarios de nuevas drogas sintéticas tienen los mismos efectos negativos en la salud pública.

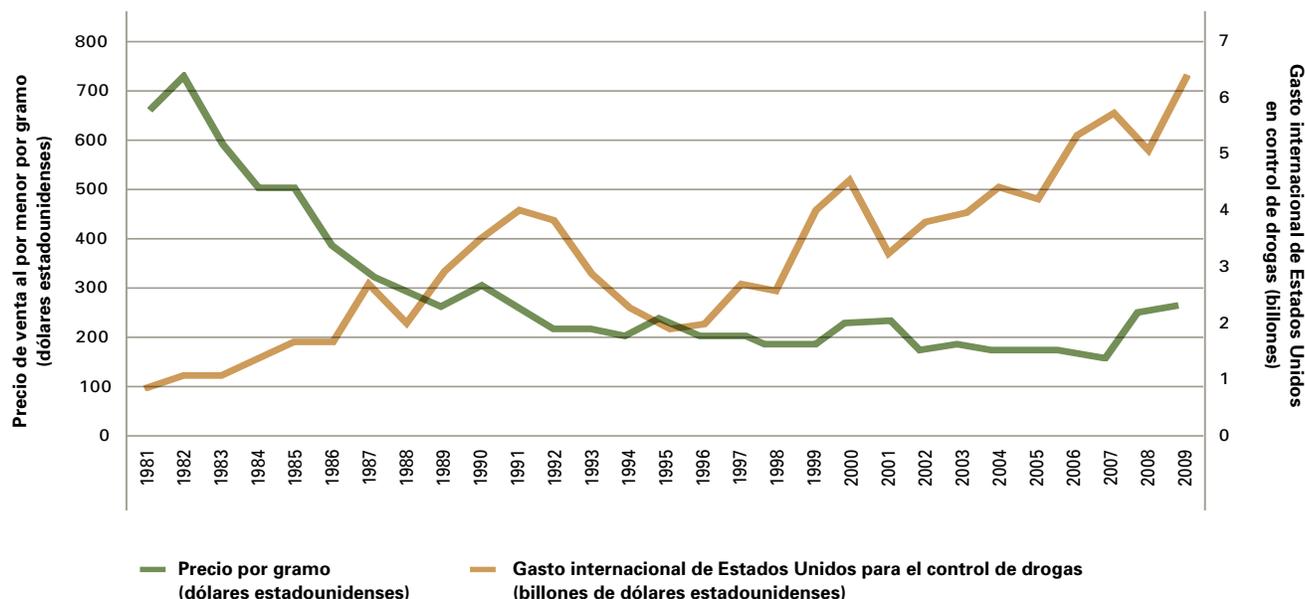
Tomados en conjunto, estos indicadores sugieren claramente que la oferta global de drogas (como lo demuestran diversos indicadores de aumento de producción, disminución de los precios y aumento de potencia) ha estado en gran medida libre de obstáculos, a pesar de las inversiones multimillonarias en dólares destinadas a desbaratarla, por medio de costosos esfuerzos de control, arrestos e interdicciones.

FIGURA 7.

Declinación contundente en los precios internos de la cocaína, a pesar del aumento del gasto exterior de los Estados Unidos destinado a la supresión de las drogas.

Nota: Los precios de la cocaína están ajustados a la pureza y la inflación y el gasto está ajustado a la inflación. Todos los precios están expresados en dólares estadounidenses 2011.

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



La guerra contra las drogas propaga la violencia, además del VIH

Actualmente, una vasta cantidad de pruebas demuestra claramente que, al igual que el caso de la prohibición del alcohol en los Estados Unidos en el siglo XX, la prohibición de las drogas ha contribuido a aumentar los niveles de mortalidad relacionada con las mismas y también de violencia en relación con el mercado de drogas. Una investigación realizada en Suiza, por ejemplo, ha demostrado que los niveles de mortalidad entre los usuarios de heroína suizos disminuyeron como consecuencia del tratamiento de sustitución de opiáceos, pero aumentaron en los períodos subsiguientes a la intensificación de la aplicación de la ley anti-drogas en las calles.⁵⁰ Del mismo modo, de acuerdo con una reciente revisión sistemática de investigaciones publicadas que estudiaban la asociación entre la aplicación de la ley de drogas y la violencia relacionada con las mismas, prácticamente todos los estudios sobre el tema concluyeron que el aumento en los niveles de represión anti-drogas se encontraban asociados al aumento en la violencia del mercado.⁵¹ El estudio concluyó que los arrestos por drogas

y otras estrategias relacionadas a la aplicación de la ley de drogas que remueven a los individuos de este lucrativo mercado, contribuyen a la violencia al tener el “efecto perverso de crear nuevas oportunidades financieras,” resultando en peleas por una parte del mercado.

Mientras que la violencia del mercado de drogas puede verse como una consecuencia natural de la prohibición de las drogas en casi todos los países, ciertas regiones productoras de drogas han sido particularmente afectadas. En México, por ejemplo, después de una ofensiva iniciada por el gobierno contra los carteles de drogas en el 2006, la violencia asociada a las drogas causada por los militares mejicanos, la policía y las diferentes facciones de carteles se ha arraigado a una escala masiva. Si bien resulta difícil, sino imposible, conocer los números exactos de muertes atribuibles a la violencia del mercado de drogas, las estimaciones más ampliamente utilizadas sugieren que el número total es mayor a 50.000 desde 2006 (Figura 8)⁵² Otras estimaciones alternativas sugieren que otras 10.000 personas se encuentran desaparecidas y más de 1,5 millones han sido desplazados por los enfrentamientos relacionados con el control de drogas.

Los partidarios de las estrategias agresivas anti-drogas pueden asumir que este nivel de derramamiento de sangre actualmente provocará el desbaratamiento de la capacidad de los carteles para producir y distribuir drogas; pero éste claramente no ha sido el caso, ya que estimaciones recientes sugieren que la producción de heroína mejicana ha aumentado en más de 340 por ciento desde 2004 (Figura 9).

Los mercados de “crack” también merecen una mención específica, a la luz de los problemas relacionados con la salud pública y las conexiones conocidas entre los esfuerzos de represión del crack y la violencia del mercado de drogas.⁵³ Específicamente, a mediados de la década de 1990, el vínculo entre el uso de crack y la infección por VIH fue descrito en un estudio realizado en las áreas centrales de diversas ciudades de Estados Unidos, que determinó que los fumadores de crack tenían dos veces más probabilidades que los no fumadores de estar infectados con VIH.⁵⁴ Estos resultados ya han sido confirmados por otras investigaciones, incluyendo un reciente estudio canadiense que muestra que las tasas crecientes de uso de crack predicen elevadas tasas de infección por VIH.⁵⁵ Dado que la intensa represión del crack ha provocado mayor violencia en el mercado de drogas y aún no ha podido limitar la disponibilidad de la misma, debe ser una prioridad tratar el uso de crack como un problema de salud pública, más que como una cuestión de la justicia penal.⁵³



Foto: Periodistas en una conferencia de prensa en Phoenix, Arizona, junto a una exhibición de pistolas y paquetes de marihuana y cocaína incautados al cártel de Sinaloa durante la “Operación Pipeline Express”.

Foto: Reuters / Joshua Lott.

FIGURA 8.

Estimaciones de homicidios relacionados con drogas en Méjico antes y después de la ofensiva del gobierno contra los carteles de drogas

Fuente: Estimaciones del gobierno e informes periodísticos conforme lo reportado por el Transborder Institute, "Violencia por Drogas en Méjico" y la Consultora WM, "Méjico Muerte Total, 2011."

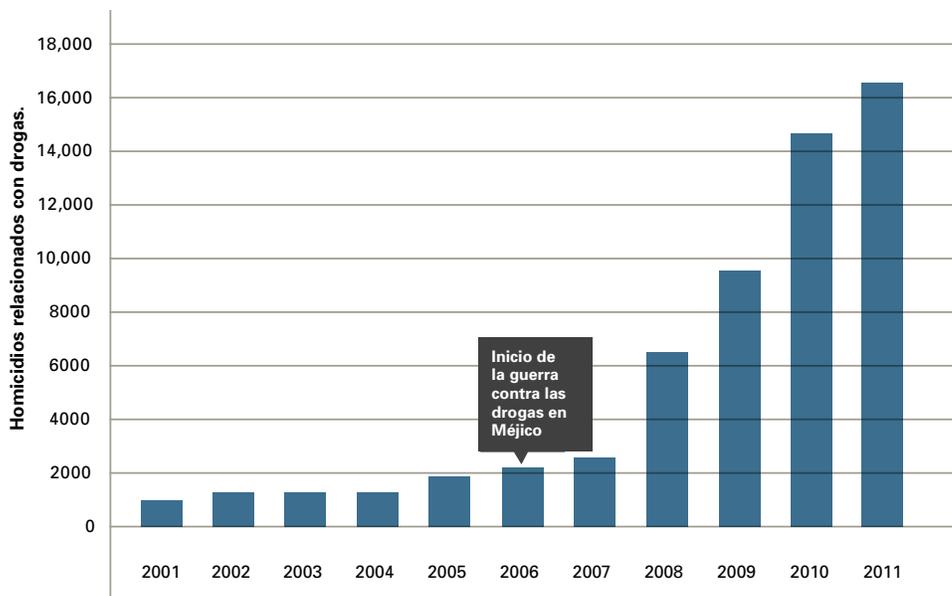


FIGURA 9.

Producción de heroína en Méjico

Fuente: Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Centro Nacional de Inteligencia en Drogas. Evaluación Nacional de la Amenaza de las Drogas 2010

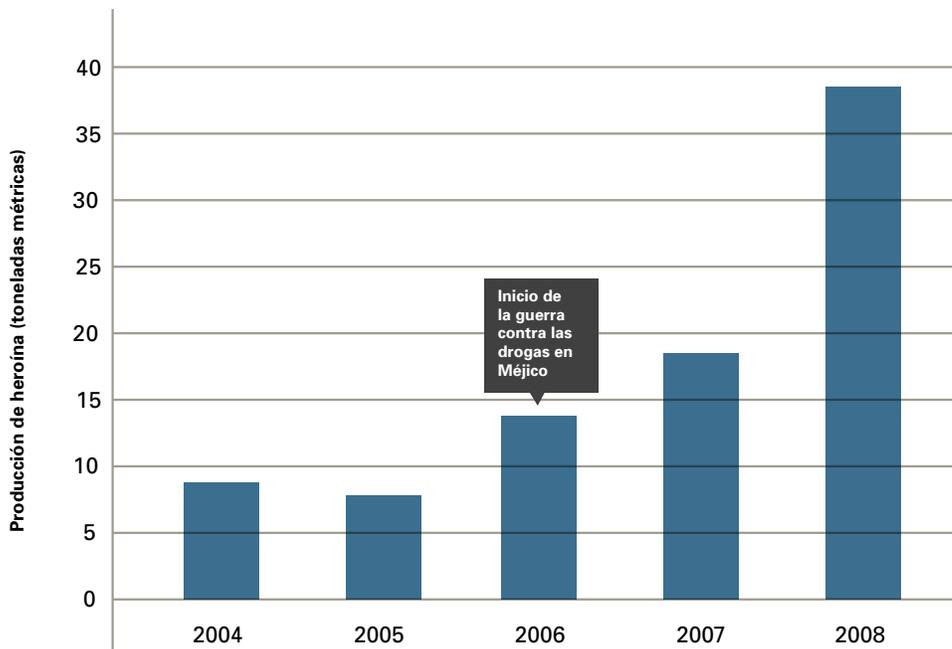




Foto: En muchas partes del mundo, la constante amenaza del arresto policial, la violencia y el encierro en centros de ayuda para reducir daños posibles, clínicas de metadona y otro lugares donde puedan concurrir la gente que utiliza drogas minimiza el impacto de d estos servicios.

Foto: Citizen News Service.

Enfoques de salud pública que pueden reducir las tasas del consumo de drogas

El informe anterior de la Comisión Global de Políticas de Drogas solicitó un programa de salud pública para hacer frente a los daños por el uso y la prohibición de drogas. Desafortunadamente, el informe no fue bien recibido en la Casa Blanca de los Estados Unidos por un vocero de la Oficina de Política de Control Nacional de Drogas quien expresó que: "La adicción a las drogas es una enfermedad que puede prevenirse y tratarse con éxito. Que las drogas estén más al alcance, como sugiere el presente informe, nos dificultará la tarea de mantener a nuestra comunidad saludable y segura."⁵⁶ Este comentario implica una interpretación inexacta de nuestro primer informe y es conflictivo por dos razones. En primer lugar, la estrategia contra las drogas en Estados Unidos sigue con un enfoque penal en lo que se refiere al uso de drogas, con abrumadores presupuestos federales y estatales para el control de drogas destinados a la aplicación de la ley de drogas y de programas para la prevención y prohibición en lugar de medidas de salud pública o tratamientos de las adicciones. En segundo lugar, la presunción de que un enfoque de salud pública en lo que respecta al uso de drogas va a resultar en un aumento de las tasas de consumo o que va a tener un impacto adverso en la comunidad, no es consistente, de modo alguno, con la evidencia empírica.

Un estudio realizado como parte de la Investigación de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud el cual observó las modalidades de aplicación de la ley de drogas y las tasas de consumo a nivel internacional concluyó que: "A nivel mundial, el uso de drogas no está distribuido uniformemente y no está relacionado solamente con la política de drogas, ya que países con rigurosas políticas en lo

que se refiere al uso ilegal no mostró niveles inferiores a aquellos países con políticas más liberales."⁵⁷ Varias investigaciones nacionales sobre patrones de conducta de usuarios de drogas confirman esta tendencia. Por ejemplo, un estudio que analizó 10 años de arrestos por drogas en 93 grandes áreas metropolitanas en Estados Unidos llegó a la conclusión de que los mayores índices de arrestos por drogas no coinciden con menores índices de inyección de drogas.⁵⁸

Más que disminuir el uso de drogas, la evidencia empírica demuestra que la aplicación de la ley de drogas puede causar exactamente el efecto contrario. En los Estados Unidos, donde una octava parte de los jóvenes adultos refiere que su padre biológico ha sido arrestado en alguna oportunidad, se demostró, por medio de una investigación, que el uso de drogas adolescente estaba íntimamente ligado al arresto paterno aún luego de haber tenido en cuenta otros factores tales como antecedentes familiares y otras características personales.⁵⁹ Este tipo de consecuencias no deseadas de la guerra contra las drogas en las familias puede ayudar a explicar por qué, por ejemplo, las tasas del consumo de cannabis siguen siendo consistentemente mayores en los Estados Unidos que en Portugal donde el uso de cannabis fue descriminalizado, o en los Países Bajos donde la venta de cannabis ha sido semi-legalizada.^{44, 60}

La evidencia sugiere en forma clara que las políticas que tienen como base la salud no aumentan las tasas de uso de drogas sino que más bien tienen el potencial para disminuirlas significativamente. Numerosos informes han demostrado que, por ejemplo, el uso de drogas no aumenta con el programa de intercambio de jeringas.⁶¹ Del mismo modo, se ha demostrado que los sitios para inyección supervisada, en donde los usuarios de drogas pueden inyectarse

drogas ilegales obtenidas en las calles bajo la supervisión de personal médico, aumentan el uso del tratamiento para la adicción y reducen las tasas de inyección de drogas.⁶² Del mismo modo, en Suiza, el inicio de un enfoque para reducir daños que incluía programas de prescripción de heroína coincidió con un sostenido descenso en el número de nuevos usuarios de heroína. Concretamente, entre los años 1990 y 2002, el número anual de nuevos usuarios de heroína disminuyó un 82 por ciento, de 850 a 150, y la población total de usuarios de heroína disminuyó un 4 por ciento por año durante el mismo período.⁶³

Un informe reciente sobre pruebas de prescripción de heroína concluyó que: “La evidencia disponible sugiere un valor añadido a la heroína prescrita conjuntamente con dosis flexibles de metadona para usuarios a largo plazo, resistentes al tratamiento con el fin de disminuir el uso de sustancias ilícitas, la participación en actividades delictivas y encarcelamientos, una posible disminución de mortalidad; y un aumento de la continuidad de los tratamientos.”⁶⁴

Se ha considerado la disminución del uso de drogas inyectables a pesar del masivo acceso a jeringas estériles desde una variedad de áreas diferentes.^{32,43} De hecho, en lugar de aumentar el consumo de drogas, hay contundentes pruebas para sugerir que un enfoque de salud pública en lo que se refiere a la adicción de drogas puede reducir las tasas de consumo.

Tiempo de Liderazgo

Con la epidemia de VIH que continúa expandiéndose entre las personas que usan drogas, el momento para el liderazgo nacional e internacional es ahora. Dentro del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones claves, incluyendo el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud han permanecido demasiado tiempo al margen, mientras la guerra contra las drogas fomentaba la epidemia del VIH. Mientras la oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos ha impulsado políticas más equilibradas e integrales, otras organizaciones de las Naciones Unidas, tales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y especialmente la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), continúan con una agresiva agenda para la aplicación de la ley antidroga a expensas de los enfoques de salud pública.⁶⁵ Mientras el mandato de la Junta (JIFE) es asegurarse de que los países atiendan las necesidades médicas para sustancias controladas tales como el uso de metadona en el tratamiento de la dependencia a los opiáceos, el consejo ha condenado en varias oportunidades, la propagación del virus del VIH vinculado al uso inyectable de drogas. Sin embargo, poco o nada ha hecho para presionar a Rusia y a otros países que restringen el acceso médico a la metadona. Una institución avalada por las Naciones

Unidas que debería desempeñar un papel clave en el acceso a terapias de sustitución de opiáceos prefiere, sin embargo, exaltar la aplicación represiva de la ley en el nombre del cumplimiento de tratados. Más recientemente, la Junta (JIFE) se rehusó a unirse a muchas otras entidades de las Naciones Unidas para condenar los centros de “tratamiento” compulsivo y se ha negado sistemáticamente a condenar la aplicación de la pena de muerte para delitos relacionados con drogas. Por desgracia, cualquier evaluación prudente sobre los impactos de la guerra contra las drogas demuestra que muchas organizaciones nacionales e internacionales encargadas de mitigar el problema de drogas han, en realidad contribuido a un deterioro de la salud y seguridad de la comunidad. Esta situación debe cambiar.

Afortunadamente, se está rompiendo el eterno silencio con respecto a los daños de la guerra contra las drogas. Este hecho es el resultado del valiente liderazgo procedente de varios círculos. La Declaración de Viena, así como también una variedad de declaraciones de líderes en ciencia, medicina y salud pública han destacado la necesidad de políticas de drogas basadas en evidencia empírica y no en la ideología de la guerra contra las drogas.^{3,66}

En América Latina, el presidente colombiano Juan Manuel Santos, el presidente guatemalteco Otto Fernando Pérez Molina y la presidenta de Costa Rica Laura Chinchilla han manifestado su apoyo para replantear el enfoque de la guerra contra las drogas.

Curiosamente, en los Estados Unidos están empezando a aparecer grietas en el apoyo a la guerra contra las drogas, especialmente entre aquellos que eran considerados como partidarios tradicionales. Este cambio está teniendo apoyo en el espectro político, con grupos conservadores como la iniciativa “Right on Crime”, así como también dos candidatos republicanos a la presidencia de los Estados Unidos, liderando recientemente el debate acerca de cómo reducir significativamente el encarcelamiento y poner fin a la guerra contra las drogas.⁶⁷ Además, en 2012, un número de estados de los Estados Unidos examinarán iniciativas de votación para regular y gravar al cannabis.

Respaldamos plenamente estas iniciativas claras y pragmáticas que son completamente compatibles con la opinión de la Comisión Global en cuanto a ubicar a la salud y a la seguridad de la comunidad en un lugar de prioridad en el diseño de las políticas de drogas y también con el apoyo de la Comisión para la descriminalización del uso de drogas y la experimentación con modelos de normativa legal.

La Declaración De Viena: Apoyo Científico Para El Llamado Al Cambio De La Comisión Global

La declaración de Viena es una declaración científica que busca mejorar la salud y la seguridad de la comunidad solicitando políticas basadas en la evidencia sobre drogas ilegales. Fue redactada por un comité de expertos internacionales en el campo del VIH/SIDA, las políticas de drogas y salud pública, bajo el liderazgo de la Sociedad Internacional de SIDA.

La declaración de Viena fue adoptada como la declaración oficial de la XVIII Conferencia Internacional sobre SIDA, celebrada en Viena del 18 al 23 de julio de 2010. Esta fue una de las conferencias de salud pública más grandes del mundo y atrajo a más de 20.000 delegados. Fue convocada por la Sociedad Internacional de SIDA junto con varios socios de la Conferencia Internacional, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Europea.

La declaración hizo hincapié en que la guerra contra las drogas no logró sus objetivos y exigió que se reconozcan y afronten sus consecuencias perjudiciales. Tras el lanzamiento de la declaración, más de 20.000 personas y más de 400 organizaciones de alto nivel

de todas las regiones del mundo apoyaron la declaración. Hasta la fecha, se encuentran entre los firmantes varios premios Nobel, miles de expertos científicos y académicos, una diversidad de organizaciones de salud, religiosas y de sociales, líderes encargados de hacer cumplir la ley y del poder judicial de países de todo el mundo. Los firmantes de la declaración de Viena hacen un llamamiento específico a los gobiernos y a las organizaciones internacionales, incluidas las Naciones Unidas, para que:

- Realicen una revisión transparente de la efectividad de las actuales políticas de drogas;
- Implementen y evalúen un enfoque de salud pública científico, que trate los daños individuales y de la comunidad provenientes del uso de drogas ilícitas;
- Despenalicen a los usuarios de drogas, aumenten progresivamente las opciones de tratamientos para la dependencia de drogas, y supriman los ineficaces centros de tratamiento compulsivo que violan la Declaración Universal de Derechos Humanos;
- Apoyen y amplíen categóricamente los fondos para la implementación de un conjunto integral de intervenciones para el VIH enunciadas en la Guía Técnica de OMS, ONUDD y UNUSIDA;
- Involucren de modo significativo a miembros de la comunidad afectada en el desarrollo, monitoreo e implementación de los servicios y políticas que impactan en sus vidas.

Anand Grover, el Reportero Especial de la ONU sobre el derecho de obtener un alto nivel de salud, escribió acerca de la declaración de Viena:

“El derecho a la salud es un derecho inclusivo, que se extiende no sólo a la atención oportuna y apropiada de la salud, sino también a los factores subyacentes determinantes de la misma, tales como la implementación generalizada de iniciativas de reducción de daños. La criminalización de usuarios de drogas no beneficia a la sociedad sino que empeora la salud pública y contribuye a graves violaciones de los derechos humanos. Descriminalizar a los usuarios de drogas, como se indica en la declaración de Viena, mejoraría la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas y de las comunidades en general y debe ser reconocido por los gobiernos, los políticos e individuos de todo el mundo.”

**Apoye a una política de drogas.
Basado en la ciencia.
No en ideología.**

Declaración de Viena

**Regístrese en
www.viannadeclaration.com**

- 1 UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf.
- 2 Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008; 372(9651): 1733-1745.
- 3 Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*, 2010; 376(9740): 551-563.
- 4 Kerr T, Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence. *Int J Drug Pol*, 2005; 16(4): 210-220.
- 5 Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 2010; 376(9739): 475-485.
- 6 Rhodes T, Mikhailova L, Sarang A, et al. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Soc Sci Med*, 2003; 57(1): 39-54.
- 7 Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K. Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse*, 2010; 45(6): 813-864.
- 8 Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010; 376(9737): 268-284.
- 9 Maruschak L, Beavers R. Bureau of Justice Statistics bulletin. HIV in prisons, 2007-08. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/hivp08.pdf>.
- 10 CDC. HIV surveillance—United States, 1981–2008. *MMWR*, 2011; 60(21): 689-693.
- 11 Hammett TM, Harmon MP, Rhodes W. The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997. *Am J Public Health*, 2002; 92(11): 1789-1794.
- 12 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis*, 2007; 7(1): 32-41.
- 13 Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis*, 2009; 9(1): 57-66.
- 14 Yirrell DL, Robertson P, Goldberg DJ, McMenamin J, Cameron S, Leigh Brown AJ. Molecular investigation into outbreak of HIV in a Scottish prison. *BMJ*, 1997; 314(7092): 1446-1450.
- 15 Dolan KA, Wodak A. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Med J Aust*, 1999; 171(1): 14-17.
- 16 Johnson R, Raphael S. The effects of male incarceration dynamics on acquired immune deficiency syndrome infection rates among African American women and men. *J Law Econ*, 2009; 52(2): 251-293.
- 17 Adimora AA, Schoenbach VJ, Martinson FE, Donaldson KH, Stancil TR, Fullilove RE. Concurrent partnerships among rural African Americans with recently reported heterosexually transmitted HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2003; 34(4): 423-429.
- 18 CDC. Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009. <http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2009report>.
- 19 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010; 376(9738): 355-366.
- 20 Jurgens R, Csete J. In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers. *Addiction*, 2012; 107(4): 689-691.
- 21 The Vienna Declaration. <http://www.viennadeclaration.com>.
- 22 Parry J. Vietnam is urged to close drug detention centres after wide-spread abuse is discovered. *BMJ*, 2011; 343: d5739.
- 23 Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS*, 2008; 22(11): 1247-1256.
- 24 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010; 375(9719): 1014-1028.
- 25 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*, 2011; 365(6): 493-505.
- 26 Wood E, Kerr T, Marshall BD, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ*, 2009; 338: b1649.
- 27 National HIV/AIDS strategy for the United States (2010). <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf>.
- 28 UNAIDS. The treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110824_JC2208_outlook_treatment2.0_en.pdf.
- 29 Small W, Wood E, Betteridge G, Montaner J, Kerr T. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care*, 2009; 21(6): 708-714.
- 30 Milloy MJ, Kerr T, Buxton J, et al. Dose-response effect of incarceration events on nonadherence to HIV antiretroviral therapy among injection drug users. *J Infect Dis*, 2011; 203(9): 1215-1221.
- 31 Westergaard RP, Kirk GD, Richesson DR, Galai N, Mehta SH. Incarceration predicts virologic failure for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 2011; 53(7): 725-731.
- 32 WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf.
- 33 WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. http://www.who.int/hiv/pub/idu/du_target_setting_guide.pdf.
- 34 International guidelines on HIV/AIDS and human rights 2006 consolidated version. Organized jointly by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-intern-guidelines_en.pdf.
- 35 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; 3: CD002209.
- 36 Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008; 2: CD004145.
- 37 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2010). Mission to Poland. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/134/03/PDF/G1013403.pdf?OpenElement>.
- 38 Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill*, 2011; 16(36): 19962.

- ³⁹ UNAIDS Worlds AIDS Day Report 2011. How to get to zero: Faster. Smarter. Better. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf.
- ⁴⁰ Cohen J. Thailand. Not enough graves: the war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights. *Human Rights Watch*, 2004; 16(8): (C). <http://www.hrw.org/reports/2004/thailand0704/thailand0704.pdf>.
- ⁴¹ Friedman SR, Cooper HL, Tempalski B, et al. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*, 2006; 20(1): 93-99.
- ⁴² Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 1997; 349(9068): 1797-1800.
- ⁴³ Anneli U, Des Jarlais Don KM, Kristi R, Katri AO, Ave T. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. *BMC Public Health*, 2011; 11: 517.
- ⁴⁴ Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Brit J Criminol*, 2010; 50(6): 999-1022.
- ⁴⁵ Csete J, Grob PJ. Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *Int J Drug Policy*, 2012; 23(1): 82-86.
- ⁴⁶ US Office of National Drug Control Policy. National drug control strategy, 2012. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf.
- ⁴⁷ United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2010. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2010.html>.
- ⁴⁸ US Office of National Drug Control Policy. Update: New data show cocaine market remains under significant stress. Press release, June 16, 2011. http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/press-releases/20110617_new_data_show_cocaine_market_remains_under_significant_stress.pdf.
- ⁴⁹ International Centre for Science in Drug Policy (2010). Tools for debate: US federal government data on cannabis prohibition. <http://www.icsdp.org/docs/ICSDP-2.pdf>.
- ⁵⁰ Nordt C, Stohler R. Combined effects of law enforcement and substitution treatment on heroin mortality. *Drug Alcohol Rev*, 2010; 29(5): 540-545.
- ⁵¹ Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. *Int J Drug Policy*, 2011; 22(2): 87-94.
- ⁵² Trans-Border Institute (2011). Drug violence in Mexico. <http://justicein-mexico.files.wordpress.com/2011/03/2011-tbi-drugviolence.pdf>.
- ⁵³ Klein M, Maxon C, Conningham L. "Crack," street gangs, and violence. *Criminology*, 1991; 29(4): 623-650.
- ⁵⁴ Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, et al. Intersecting epidemics—crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *N Engl J Med*, 1994; 331(21): 1422-1427.
- ⁵⁵ DeBeck K, Kerr T, Li K, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, 2009; 181(9): 585-589.
- ⁵⁶ Global war on drugs has failed, key panel says. MSNBC. http://www.msnbc.msn.com/id/43248071/ns/us_news-crime_and_courts/t/global-war-drugs-has-failed-key-panel-says/ - .T0U5bFFD6-l.
- ⁵⁷ Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 2008; 5(7): e141.
- ⁵⁸ Friedman SR, Pouget ER, Chatterjee S, et al. Drug arrests and injection drug deterrence. *Am J Public Health*, 2011; 101(2): 344-349.
- ⁵⁹ Roettger ME, Swisher RR, Kuhl DC, Chavez J. Paternal incarceration and trajectories of marijuana and other illegal drug use from adolescence into young adulthood: evidence from longitudinal panels of males and females in the United States. *Addiction*, 2011; 106(1): 121-132.
- ⁶⁰ Reinerman C, Cohen PDA, Kaal HL. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *Am J Public Health*, 2004; 94(5): 836-842.
- ⁶¹ Vlahov D, Des Jarlais DC, Goosby E, et al. Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy. *Am J Epidemiol*, 2001; 154(12 Suppl): S70-S77.
- ⁶² Wood E, Tyndall MW, Zhang R, et al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *N Engl J Med*, 2006; 354(23): 2512-2514.
- ⁶³ Nordt C, Stohler R. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*, 2006; 367(9525): 1830-1834.
- ⁶⁴ Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 12: CD003410.
- ⁶⁵ Wolfe D, Malinowska-Sempruch K. Illicit drug policies and the global HIV epidemic: effects of UN and national government approaches. Open Society Institute, New York; 2004. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/cnd_20040316/Illicit%20Drug%20Policy%20for%20web%20FINAL.pdf.
- ⁶⁶ HIV and injecting drug use: a global call for action. *Lancet*, 2011; 377(9773): 1212.
- ⁶⁷ Moll J. Treating addictions and preventing crime. *Right on Crime*, 2012. <http://www.rightoncrime.com/2012/02/treating-addictions-and-preventing-crime/>.

RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN GLOBAL EN EL INFORME SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS 2011 "GUERRA CONTRA LAS DROGAS"

1. Romper el tabú. Buscar un debate abierto y promover políticas que reduzcan efectivamente el consumo y que prevengan y reduzcan los daños relacionados con el uso de drogas y con las políticas de fiscalización de drogas. Incrementar la inversión en investigación y análisis del impacto de diferentes políticas y programas.²⁵
2. Reemplazar la criminalización y el castigo de las personas que usan drogas por la oferta de servicios de salud y tratamiento para aquellos que los necesitan.
3. Alentar que los gobiernos experimenten modelos de regulación legal de las drogas (con cannabis, por ejemplo) que están diseñados para socavar el poder del crimen organizado y salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos.
4. Establecer mejores mediciones, indicadores y metas para medir el progreso.
5. Cuestionar, más que reforzar, los conceptos erróneos comunes sobre los mercados de drogas, el uso de drogas y la dependencia de drogas.
6. Los países que continúan invirtiendo mayormente en un enfoque de aplicación de la ley (a pesar de la evidencia) deberían enfocar sus acciones represivas en el crimen organizado y los traficantes de drogas violentos, para reducir los daños asociados con el mercado de drogas ilícitas.
7. Promover penas alternativas para vendedores de pequeña escala y vendedores de drogas primarios.
8. Invertir más recursos en prevención basada en evidencia, con un foco especial en la juventud.
9. Ofrecer una gama de opciones amplia y de fácil acceso para el tratamiento y la asistencia de la dependencia a drogas, incluyendo tratamientos de sustitución y de prescripción de heroína, con especial atención a aquellos más en riesgo, que incluya a quienes están en prisiones y otros contextos de encierro.
10. El sistema de las Naciones Unidas debe proporcionar liderazgo en la reforma de la política de drogas global. Esto implica promover un enfoque efectivo basado en evidencia, apoyar a los países para que desarrollen políticas de drogas que se adapten a sus contextos y respondan a sus necesidades, y asegurar coherencia entre las diversas agencias, políticas y convenciones de la ONU.
11. Actuar con urgencia: puesto que la guerra a las drogas ha fracasado, se necesita cambiar las políticas ya.

COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICAS DE DROGAS

El objetivo de la Comisión Global de Políticas de Drogas es llevar a nivel internacional, un debate científico acerca de las maneras humanas y efectivas para reducir el daño causado por las drogas a las personas y a las sociedades.

METAS

- Revisar los supuestos básicos, la efectividad y las consecuencias del enfoque de la 'guerra contra las drogas'
- Evaluar los riesgos y los beneficios de diferentes respuestas nacionales al problema de las drogas.
- Desarrollar recomendaciones practicables y basadas en la evidencia para una reforma constructiva de la legislación y las políticas.

