

**CONFERENCIA LATINOAMERICANA  
SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS  
Auditorio Huitaca de la Alcaldía Mayor de Bogotá  
5 de diciembre de 2012**

**Explicación de qué es y de dónde surge la Comisión de Políticas de Drogas y  
Sostenibilidad.**

Objeto de la presentación:

Reflexionar sobre las implicaciones de los Derechos Humanos (DDHH) en el campo de las drogas a partir de lo que hemos aprendido en el contexto europeo, empezando por la práctica de la Reducción de Riesgos (RDD) que se inició en los años 80, para llegar a consideraciones más teóricas sobre las implicaciones globales del régimen prohibicionista actual.

-----

La práctica de la RDD se inició en el norte de Europa, ligada a los consumos intravenosos, a inicios de los años 80. No fue hasta finales de los 80 que llegó a España, más de 70.000 muertes por SIDA y sobredosis en pocos años (entre 1978 y 1987) lo hicieron ineludible.

A mediados de los años 90 el debate y la reflexión sobre qué era la RDD tomó relevancia y es un debate que sigue abierto.

Las intervenciones de RDD habían sido diseñadas para reducir el daño asociado al consumo a partir de incidir en los comportamientos de alto riesgo. Justamente la reflexión empezó a partir de problematizar qué era el riesgo y cuáles eran sus causas.

Los profesionales de la RDD entendieron entonces que había que reconceptualizar la noción de causalidad y esto se facilitó a partir de ir separándose de nociones más cercanas de riesgo para incorporar nociones más distantes de vulnerabilidad.

Para ampliar la noción de vulnerabilidad se empezó a barajar el marco conceptual de los DDHH.

La vulnerabilidad va más allá del riesgo. La vulnerabilidad incorpora la complejidad de los factores subyacentes que promueven resultados dañinos del consumo de drogas. Podríamos definir la vulnerabilidad como la predisposición a los riesgos de los daños asociados al consumo. Los factores de vulnerabilidad constriñen las elecciones y

## Mesa redonda: **Drogas y Derechos Humanos**

limitan la acción. Lo que determina un daño no es el consumo sino las circunstancias en las que se da el mismo.

Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, a partir de los estudios que refieren que hay consumidores de opiáceos de largo recorrido que no han sufrido daños en su salud derivados del consumo (más allá de los estudios; los Rolling Stones)

Los factores estructurales (pobreza, racismo, sexismo) influyen en la vulnerabilidad de los individuos. Por ejemplo, ser un “sintecho” es un factor de riesgo que predispone al uso dañino de las drogas, a su vez, ser un “sintecho” se puede interpretar como un fallo de los mecanismos del sistema de bienestar social.

La ventaja del paradigma de la vulnerabilidad es que hace que no aceptemos como inevitables los daños relacionados con el consumo. Más bien, es un intento de eliminar el daño a la vez que afrontar la fuente de los comportamientos de alto riesgo.

Las obligaciones que se derivan del respeto a los DDHH tienen un doble impacto:

- 1- Los estados tienen la responsabilidad de proveer servicios a todas las personas para que puedan minimizar daños y riesgos asociados al consumo
- 2- El fallo de los estados en proteger y respetar los DDHH puede contribuir a las pre-condiciones para experimentar daños como resultado del consumo de drogas.

Introducir la “reducción de la vulnerabilidad” en el marco de la RDD es cambiar el énfasis desde el cambio de conducta de la persona, a la necesidad y responsabilidad de intervenciones más amplias.

Juntando la reducción de la vulnerabilidad con los DDHH, hacemos que la minimización del daño deje de estar en manos de unas pocas organizaciones que trabajan con grupos reducidos, para establecer una escala ascendente de intervenciones en las que el conjunto de la sociedad está involucrada.

Los profesionales de la RDD han reivindicado históricamente que los usuarios de drogas merecen el mismo respeto y dignidad que los demás usuarios de los servicios de salud. Pero dentro del paradigma de la RDD ha surgido una tensión creciente con relación a los valores que expone la RDD. Esta tensión se expresa en dos polos:

- 1- La versión que identifica la RDD como un movimiento basado en los DDHH. Esta línea defiende que el consumo de drogas es un derecho humano.
- 2- La versión que prioriza la Salud Pública entendida como la optimización de la salud de los afectados por encima de todo.

## Mesa redonda: **Drogas y Derechos Humanos**

Priorizar los DDHH o la Salud Pública nos lleva a diferentes conceptos de la RDD y diferentes formas de “acción correcta”

Priorizar la Salud Pública, en algunas circunstancias puede ser plenamente coherente con las políticas prohibicionistas, si estas reducen el daño. Por el contrario, la versión de los DDHH subordina las consideraciones de Salud Pública al derecho a consumir e implica el apoyo a políticas que, a veces, pueden incrementar el daño.

Este debate tiene implicaciones teóricas y prácticas sobre qué es la RDD, sobre qué hacen los profesionales de la RDD en su práctica, sobre qué tipo de sociedad propugnan los profesionales de la RDD y cómo proponen llegar estratégicamente a ella.

De hecho, lo que está en juego es una concepción más o menos paternalista de la Salud Pública.

La versión “Salud Pública” justifica la prohibición porque el estado propugna la abstinencia. Para él, por ejemplo, desarrollar una vacuna anti-cocaína para acabar vacunando a toda la población es una solución deseable.

La versión DDHH critica la prohibición porque no funciona e intensifica los daños asociados al consumo. Si de acabar con la prohibición se derivara un mayor índice de consumo y más daños asociados, ella lo consideraría como un indeseado pero necesario precio a pagar. Reconocer un derecho es totalmente diferente a animar a la gente a ejercerlo, es coherente intelectualmente decir: “reconozco tu derecho a consumir drogas pero no te animaré a hacerlo debido a sus potenciales efectos sobre tu salud”. Lo mismo pasa con el suicidio. O en el caso del tabaco: permitir a los adultos consumir tabaco a la vez que ofrecer más y mejores programas de tratamiento para aquellos que busquen la abstinencia. De hecho, según cifras de la OMS, la primera causa de muerte es la cardiopatía isquémica, causada por la acumulación de grasas y colesterol. Entre las 10 primeras causas encontramos la diabetes, la cardiopatía isquémica y otras enfermedades relacionadas con los hábitos alimenticios o con el estilo de vida. Pero principalmente por ingesta de grasas y, pese a ello, no se inicia ninguna cruzada contra las grasas, de hecho, es curioso, porque se prohíbe el anuncio de alcohol (que probablemente es responsable de algunas de esas causas de muerte) y del tabaco (una de las principales causas de muerte), pero no se prohíbe la publicidad de las hamburguesas, más bien se publicitan en horario infantil...

Para la versión basada en los DDHH, mediante un mercado regulado, los controles fiscales y otras regulaciones serían los mecanismos más fuertes de promoción de la salud.

## Mesa redonda: **Drogas y Derechos Humanos**

Dada la falta de una definición común de qué es la RDD, a más de 30 años vista de sus inicios, los valores que la RDD encarna pueden ser controvertidos y potencialmente incluir las dos versiones expuestas.

Pese a que algunas formas de descriminalización puedan ser investigadas, las Convenciones de Naciones Unidas no permiten evaluar sistemas regulados de oferta de drogas que son usadas por placer. Esto hace muy difícil esperar evidencias adecuadas para valorar políticas basadas en la versión de DDHH de la RDD. El contexto internacional prohibicionista lo imposibilita.

Por todo ello es interesante tomar un punto de vista más alejado y plantear la siguiente hipótesis:

La legalización seguramente aumentaría el consumo (a mayor accesibilidad mayor consumo). Pero el debate deberá ser en relación al balance de riesgos-beneficios tanto en términos sociales como de Salud Pública y privada. El consumo en sí no es algo ni positivo ni negativo, entonces no se deriva de él un beneficio social o de salud del aumento o disminución del mismo. Es más, un aumento del consumo en una situación de despenalización podría ser social y sanitariamente más deseable que la situación actual de hipotético menor consumo.

-----  
Las actuales políticas de drogas atentan contra los DDHH y libertades civiles...

- Castigan y criminalizan a los consumidores.
- Aumentan el precio de las drogas.
- Promueven la delincuencia.
- Ponen al consumidor en contacto con el criminal.
- Favorecen la marginación y la estigmatización.
- Promueven la creación, producción y comercialización de drogas más potentes.
- Dan lugar al desconocimiento sobre la pureza y composición
- Maximizan los riesgos sanitarios.
- Amenazan la estabilidad política.
- Generan muerte y delincuencia.
- Promueven la saturación e inoperancia del sistema judicial y policial.
- Dilapidan recursos públicos.
- Promueven la deshonestidad y la mentira.
- Dejan a los menores desprotegidos.
- Promueven la infrautilización de los opiáceos en terapia.
- Promulgan una ciencia viciada y la desinformación.

## Mesa redonda: **Drogas y Derechos Humanos**

- Perjudican a las minorías.
- Deniegan determinados cultos religiosos.
- Causan daños medioambientales.

Es por todo lo dicho que podemos concluir que estos 100 años de prohibicionismo han creado un sistema internacional de riesgos para los derechos humanos. En tanto las violaciones a los derechos humanos ocurren como parte de acciones para el control de drogas, o la situación de los derechos humanos se deteriora a causa del régimen, y dado que tales problemas están camuflados por el deseo de mostrar un consenso y proteger la integridad del régimen, estos abusos y preocupaciones en materia de derechos humanos constituyen, claramente, un problema sistemático a nivel internacional.

Las políticas de drogas no solo atentan contra los DDHH de los consumidores, sino que la prohibición termina atentando contra los derechos de otros individuos que poco tienen que ver con el consumo: por ejemplo, los desplazados por la erradicación de los cultivos, los asesinados y extorsionados por el crimen organizado, las mafias y la inseguridad civil. Y si nos ponemos en el extremo, afectan a toda la sociedad en su conjunto porque los recursos destinados a la persecución del crimen organizado son recursos que se podrían invertir en un mejor bienestar social.

Por último, quisiéramos reconocer el valor y el liderazgo de Latinoamérica y sus lúcidos representantes en el debate global y local sobre políticas de drogas y ofrecer nuestro apoyo como sociedad civil organizada en este apasionante proceso.

Muchas gracias por vuestra atención.

## **Bibliografía utilizada**

International Journal of Drug Policy 15 (2004) 231–237

Commentary Public health or human rights: what comes first?

Neil Hunt\* The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College London,

-----

International Journal of Drug Policy 23 (2012) 407–414

Drugs as an existential threat: An analysis of the international securitization of drugs

Emily Crick\* Swansea University.

-----

Reflexiones sobre los derechos humanos y el control internacional de drogas. Damon Barret.

[http://www2.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/SR014\\_Spanish/SR-014-Español-Barrett.pdf](http://www2.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/SR014_Spanish/SR-014-Español-Barrett.pdf)

This IDEAS Special Report was launched at [The Global Drug Wars](#) event.

-----

Hedonismo Sostenible. Eduardo Hidalgo Downing. Ed. Amargord. 2011.

<http://amargordediciones.es/etiquetado/eduardo-hidalgo-downing/>