

## Nuestra responsabilidad en la atención de personas con consumo de drogas: ¿Culpar a la víctima o curar a la víctima?

*Our Responsibility in the Care of Drug Users: Blame the Victim or Cure the Victim?*

*“Un enfoque de salud pública comienza con la ciencia y las evidencias, y estas nos indican claramente que el uso de estupefacientes se puede prevenir, que los padecimientos causados por la adicción pueden tratarse y que la dependencia que contribuye a la delincuencia puede disminuir. Las personas que dependen de las drogas pueden recibir ayuda y volver a ser miembros útiles de la sociedad.”*

MARGARET CHAIN

Directora General de la OMS

Discurso inaugural, Asamblea de la ONU (19/04/2016)

### INTRODUCCIÓN

Del 19 al 21 de abril de este año, los 193 Estados miembros volvieron a reunirse en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (United Nations General Assembly Special Session - UNGASS), después de pasar casi 20 años de la sesión anterior (1998), para tratar el desafío de política social que afecta a millones de vidas, lo que la ONU ha llamado el “problema de las drogas del mundo”.

Este desafío es significativo, porque las respuestas políticas a las drogas afectan negativamente vidas humanas y derechos humanos y contradicen los enfoques de salud pública basada en la ciencia y las evidencias, como enfatiza Margaret Chain en el epígrafe. Como fue hecho notar por el anterior Secretario General de la ONU, Kofi Annan: “Las drogas han destruido a mucha gente, pero las políticas erróneas han destruido mucho más.”

En la última UNGASS sobre drogas de 1998, reunida bajo el tema “Un mundo libre de drogas - ¡podemos hacerlo!”, se recomendó con fuerza una política de control de drogas con base en la idea de la eliminación o prohibición de todo uso, producción y tráfico de drogas ilícitas. Esta idea está corporizada en las leyes nacionales de muchos países.

Este pronunciamiento se hizo eco del tratado base del régimen de control de drogas global, que ratificó ampliamente la “Convención Única sobre Drogas Narcóticas” de 1961, que declara en su preámbulo que el control de drogas es motivado principalmente por el interés en “la salud y el bienestar de la humanidad”. Ninguno de estos acuerdos internacionales, sin embargo, se refiere a las consecuencias negativas para la salud del impulso a la prohibición de las drogas. Ya

había pasado el debido tiempo para revisar el impacto sobre la salud de estas políticas de drogas. No se puede aceptar por más tiempo la desconexión entre la política de control de drogas y los resultados en la salud basados en evidencias creíbles.

¿Qué nos deja esta cumbre mundial? Primero, como se preveía, “se mantuvo blindada la integridad del consenso...” Segundo, que ese consenso no implica necesariamente homogeneidad. En general, una de las estrategias más recurrentes para garantizar el apoyo de los diferentes actores en las negociaciones multilaterales se relaciona con la incorporación de frases tales como “según corresponda”, “de conformidad con la legislación nacional” o “con pleno respeto de la soberanía de los Estados”. Y gracias a ellas se logró converger posiciones de países con perspectivas tan disímiles como los del sudeste asiático, China, Rusia o Japón, que promueven políticas esencialmente punitivas, con las de Portugal o Uruguay, por caso, que se inclinan hacia la puesta en marcha de estrategias de regulación y reducción de daño. Tercero, esta “diplomática” pluralidad muestra, por un lado, aspectos desalentadores y, por el otro, da cierta luz de esperanza...

Esta situación conlleva un factor adicional que contribuye al desaliento: “Las contradicciones latentes entre lo que los países dicen y lo que efectivamente hacen al interior de sus fronteras”. (1)

También Tokatlian concuerda que la UNGASS 2016 se caracterizó “por retoques menores y puntuales en el marco de una eventual apertura a determinadas medidas alternativas y de modo selectivo a nivel nacional pero no en el plano colectivo o global. Con ello se desperdició la oportunidad de dar un paso algo más ambicioso.

El documento final refleja lo anterior... Asimismo, se consigna que los Estados tienen la “suficiente flexibilidad para formular y aplicar políticas nacionales en materia de drogas con arreglo a sus prioridades y necesidades”.

“En pocas palabras, no se avanzó significativamente respecto del desmantelamiento del prohibicionismo... aunque se contemplan eventuales espacios, en ‘conformidad con lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas’, para el ensayo de experimentos localizados y específicos en una dirección regulatoria.” (2)

En dos de los países de América Latina, México y Colombia, donde se libró más intensamente la llamada “guerra a las drogas”, sus presidentes se pronunciaron contra esa política. Enrique Peña Nieto (México) afirmó que *“la llamada guerra a las drogas no ha logrado inhibir la producción, el tráfico ni el consumo de drogas en el mundo”*, y pidió avanzar en *“un nuevo entendimiento internacional”*. A su vez, Juan Manuel Santos (Colombia) dijo: *“No estoy proponiendo la legalización. Estoy proponiendo que cambiemos de enfoque, de prioridades. Porque llevamos más de 40 años en esta guerra contra las drogas y no la hemos ganado.”*

### PLANTEAR EL PROBLEMA

Como escribe Ernesto López: *“Desde hace tiempo ya se viene discutiendo en el mundo la posibilidad de un cambio de orientación, motivado por la ausencia de resultados positivos de la alternativa ‘guerrera’ y por los altos costos individuales, sociales, económicos y políticos que ha implicado.”*

Frente a la opción prohibicionista y punitiva, que persigue a los consumidores tanto como a los productores y a los traficantes, que ha cobijado el desarrollo de un mercado ilegal que precisamente por su ilegalidad es fuente de violencias diversas y corrupciones cada vez más amplias, y que ha virado a guerra desde hace muchos años –obviamente lo señalado no agota la descripción–, se ha ido perfilando otro paradigma.

Sin conformar aún un *corpus* doctrinario sistemático, este sostiene que la estrategia de guerra es inapropiada, que se debe dar especial importancia a las personas y reducir los factores que las tornan vulnerables, que *la despenalización del consumo debe abrirse al debate y al examen de las experiencias concretas puestas en práctica en diversos países*, que deben desarrollarse adecuadas políticas de salud, de educación, de empleo, de juventud y de derechos humanos, que una estrategia de reducción de daños es valiosa, y que *no hay soluciones inmediatas, sino que se deben desplegar iniciativas de mediano y largo plazo* que coloquen a la gente como prioridad, entre otros temas importantes. (3)

### EL PROBLEMA ACTUAL

La Oficina sobre Drogas y Crímenes de la ONU (UNDOC) en el informe anual de 2015 concluyó que, de un estimado de 246 millones de personas que consumieron drogas en el último año, 27 millones (alrededor del 11%) experimentaron problemas con el uso de drogas, que fue definido como dependencia o padecimientos por la utilización de drogas. Y que aproximadamente más de 400.000 de ellas mueren cada año.

Asimismo, el uso de drogas inyectadas representa alrededor del 30% de las nuevas infecciones por VIH fuera del África subsahariana.

### Violencia y prohibición de drogas

En la Carga Global de Enfermedades (Global Burden of Disease) de 2013, la violencia por todos los tipos de asaltos violentos creció cerca del 18,4% como causa de la mortalidad mundial desde 1990 a 2013. (4) La región más afectada fue Latinoamérica, donde se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en 15 países.

La violencia relacionada con las drogas está asociada con el propósito de los grupos criminales armados de proteger su mercado ilícito, a menudo contra la policía armada, fuerzas militares y paramilitares.

En ocasiones, las severas medidas de represión por la política de drogas pueden llevar a mayor incremento de violencia cuando la ruptura de una red criminal lleva a grupos rivales a intensificar sus esfuerzos para capturar el territorio de los grupos debilitados. México, América Central y América del Sur han sufrido una enorme y persistente carga de violencia relacionada con el tránsito de drogas ilícitas, incluyendo “masacres, ataques por sicarios y casos de gente torturada hasta morir” (OEA).

Según la UNDOC, el 30% de los homicidios pueden ser explicados por “grupos y bandas criminales organizadas” en América, especialmente Centroamérica y Sudamérica, que empujaron los porcentajes de otras regiones.

Las mujeres y niñas pobres que se alquilan como mensajeros y contrabandistas experimentan violaciones forzadas y no tienen recursos de asistencia. Los asesinatos brutales de mujeres y niñas pobres se utilizan para aterrorizar a las comunidades o a las bandas rivales.

Esta violencia produce el desplazamiento de poblaciones en México y América Central similar al que se produce en zonas de guerra. Se estima que el 2% (1,65 millones de personas) de la población mexicana fue desplazada por la violencia o el riesgo de la violencia entre 2001 y 2011. (5)

### Homicidios en México

La fatídica decisión del gobierno de Felipe Calderón en México en 2006 de utilizar militares en áreas civiles para pelear con los traficantes de drogas marcó el comienzo de una epidemia de violencia en muchas partes del país, que también se extendió a América Central.

En el período 2008-2010, en el Estado de Chihuahua –uno de los estados más fuertemente afectados por la violencia de las drogas– se redujo en 5 años la expectativa de vida de los hombres. (6)

Hubo un incremento sustancial de los homicidios a partir del año 2006, que fue altamente significativo y notable, después de una larga tendencia de disminución. Ningún otro país en América Latina –y pocos en el mundo– ha tenido tan rápido incremento en la mortalidad en tan corto tiempo.

La tasa de homicidios es de 11/100.000 en México, 2,5 veces mayor que la de los Estados Unidos en 2014; en las localidades altamente afectadas puede llegar hasta 80/100.000. (7)

Después de 2006, los encarcelados por drogas tenían 3,6 veces más posibilidades de que fueran interrogados por militares ( $p = 0,0001$ ), y 1,6 veces de haber sido golpeados o torturados en las prisiones ( $p = 0,0001$ ).

“La penetración en todos los aspectos de la sociedad por las organizaciones de tráfico de drogas en México, Colombia y varios países de América Central puede romper todo, desde las elecciones y los servicios locales hasta los equipos deportivos y de recreaciones.” Los ingresos anuales de los cárteles de drogas mexicanos se estiman en US\$ 2.000 millones por *cannabis* y US\$ 2.400 millones por cocaína. (5)

En Colombia se estima que si no fuera por el mercado de la cocaína la tasa de homicidios en 2008 hubiera sido de 27/100.000 en lugar de la de 37/100.000 observada. (4)

### **Violencia e impacto en la salud de la erradicación de cultivos**

En los Andes, la más importante consecuencia sobre la salud de la erradicación de los cultivos es la horrible violencia que ocurre en México y América Central; los traficantes empujados fuera de México han sido parte de la violencia mortal en esta región.

En 2005, el brazo de las políticas de drogas de la OEA, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) investigó el efecto del herbicida glifosato sobre la salud y el medio ambiente en Colombia, y concluyó que no había riesgo significativo para la salud humana con su fumigación aérea. (8) El estudio fue muy criticado por la sociedad civil, con miles de quejas de problemas de salud asociados con la fumigación, que no fue tomado en cuenta por los investigadores de la CICAD. En 2008, Ecuador se presentó en la Corte Internacional de Justicia, alegando que los ecuatorianos que vivían en las fronteras con Colombia estaban sufriendo enfermedades por la fumigación con glifosato, que incluía ardor, picazón de ojos, úlceras en la piel, sangrado intestinal, e incluso la muerte, siendo especialmente afectados los niños. Ecuador solicitó que Colombia limite su fumigación, alejada, por lo menos, a 10 km de su frontera.

El caso finalizó en 2013, antes de que la Corte Internacional de Justicia realizara las audiencias finales. Colombia, según se informa, dio compensación por daños a las personas y al ganado de granja y acordó una zona de amortiguamiento sin fumigar cercana a la frontera.

En 2015, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS revisó los estudios

en animales y humanos y clasificó al glifosato como “probablemente carcinogénico para los humanos”, una clasificación que es utilizada “cuando hay evidencia limitada de carcinogenicidad en humanos y suficiente evidencia de carcinogenicidad en animales de experimentación”. (9)

La observación de millones de individuos por la Universidad de los Andes muestra que la fumigación aérea estaba significativamente asociada, en esta gran muestra, con una incidencia incrementada de síntomas dermatológicos y respiratorios en los 15 días posteriores a la exposición al herbicida, y estaba también relacionada con los abortos involuntarios; 1 desviación estándar de incremento de fumigación aérea se asociaba con 10-15% de aumento en abortos en mujeres expuestas al herbicida durante el embarazo. (10) Poniendo fin a más de 20 años de prácticas, en mayo de 2015, el gobierno de Colombia decidió suspender la fumigación aérea en los cultivos de coca, porque los granjeros se quejan de que además de que afecta el cultivo de alimentos, los alimentos de las crías de animales, de los cuales dependen para su ingreso o consumo directo, también contaminan las fuentes de agua. (11)

### **Incremento de las infecciones por VIH, hepatitis C y tuberculosis: el descuido de las soluciones probadas**

Es evidente y conocida en todo el mundo la reducción de la transmisión sexual del VIH, pero el VIH transmitido por inyecciones de drogas, con equipos no estériles, continúa empujando el aumento de la incidencia en muchas regiones, que incluyen a Europa del Este y Asia Central, a pesar de la disponibilidad de intervenciones ya probadas para frenarla. La infección por VIH declinó globalmente el 35% del 2000 al 2014, pero aumentó el 30% en las poblaciones asiáticas, donde las inyecciones inseguras de drogas son responsables del 65% de los nuevos casos acumulados. (12)

Con respecto a la hepatitis C, la OMS estima que 2 de cada 3 que se inyectan drogas en el mundo están viviendo con el virus, una proporción mucho más alta que el estimado del 13% viviendo con el VIH. La frecuencia de coinfecciones entre el VIH y/o la hepatitis C se estima del 90%.

Vivir con VIH aumenta 30 veces el riesgo de tuberculosis. Las personas con VIH y que se inyectan drogas tienen 2 a 6 veces más probabilidad de contraer tuberculosis que las personas con VIH y que no se inyectan drogas; a su vez, la tuberculosis es la más importante causa de muerte entre los pacientes que viven con VIH; según la OMS, causa 1 de cada 4 muertes.

La tuberculosis “resistente a múltiples drogas” amenaza con socavar el progreso en el control de la tuberculosis en muchas partes del mundo.

## Las herramientas efectivas disponibles ya probadas

### *Programas de agujas y jeringas (Needles Syringe Programmes - NSP)*

La OMS encuentra que el acceso fácil al intercambio de equipos usados por equipos estériles reduce efectivamente la transmisión del VIH y no aumenta la frecuencia de inyecciones o la iniciación de nueva gente.

Un metaanálisis demuestra una reducción del 58% del VIH, aunque existen dudas de la calidad de algunos estudios y la dificultad de discriminar el efecto de los NSP de otros servicios asociados. (13)

La efectividad de los ensayos clínicos aleatorizados para la transmisión de la hepatitis C es más equívoca. Los resultados son más efectivos cuando la cobertura es muy alta y es cercana al tiempo que empiezan a inyectarse.

### *Tratamiento de sustitución de opioides (Opiate Substitution Treatment - OST)*

Cumple dos funciones: estabiliza la vida de los adictos con los beneficios concomitantes y previene la infección por VIH y VHC, porque cuando es efectiva la sustitución por “metadona” o “buprenorfina” elimina la inyección. El OST tiene la más larga y exitosa experiencia clínica en el papel de tratamiento y reducción de riesgos. Existen impedimentos legales y prácticos en muchos países para el uso de la OST con metadona.

En un metaanálisis de 2012 realizado en Europa, Norteamérica y Asia se halló que la metadona reduce el riesgo de VIH un 54%. (14)

Una revisión de revisiones realizada en 2014 muestra fuerte evidencia para la prevención de VIH, particularmente cuando la dosis de los agonistas de los opioides es adecuada. (15)

Estudios observacionales realizados en los Estados Unidos, Ucrania, Canadá, Australia, demuestran reducciones sustanciales de la hepatitis C. Los modelos de análisis sugieren que a mayor cobertura, mayor reducción.

Con estos medios, varios países de Europa Occidental han casi eliminado la transmisión del VIH.

### *Tratamiento de las infecciones por VIH y hepatitis C y tuberculosis*

Deberían tratarse todos los infectados por VIH. El tratamiento antirretroviral (TAR) puede suprimir la “viremia” y disminuir la transmisión.

“En lugares donde hay una gran cantidad de transmisión de VIH ligado a inyecciones inseguras, negar el tratamiento a personas VIH positivas que utilizan drogas asegura que sus compañeros de inyecciones y sexo se encuentren en riesgo de VIH y viola los derechos de todos los involucrados. Sin embargo, la gente que utiliza drogas es sistemáticamente excluida del TAR en muchas partes del mundo.” (5)

La cobertura del TAR es alta en Europa, Norteamérica y Australia, pero no es siempre así; por ejemplo, una revisión de 2014 muestra que tanto en China como Malasia menos del 5% de los que usan drogas y están viviendo con VIH tienen acceso al tratamiento, y en Rusia solamente el 1%. (16) El informe de UNAIDS 2014 dice que en África es aún menor del 1%.

Desde 2010 existen antivirales de acción directa para la hepatitis C con un costo mayor que el de la clásica “terapia con interferón”. Habrá que reducir el precio de la nueva generación de medicinas para hepatitis C, para que los que utilizan drogas puedan beneficiarse de ese tratamiento, tomando el ejemplo de las reducciones significativas realizadas en las medicinas para VIH.

En el Boletín de la OMS, los expertos afirmaron en 2013 que era importante evitar el papel de “las políticas y leyes punitivas de drogas en avivar la epidemia de tuberculosis entre las personas que utilizan drogas”.

El tratamiento de la tuberculosis no se debe ver aislado de las otras infecciones; los servicios de VIH, hepatitis C y tuberculosis deben estar integrados y responder con un umbral bajo a la gente que usa drogas. La realidad es que esos servicios están fuera del alcance de los que utilizan drogas en todo el mundo.

### *Programas de preservativos, inyecciones supervisadas y profilaxis preexposición*

Los *Programas de Educación del uso de preservativos* son necesarios, porque hay muchos estudios que demuestran la asociación entre la utilización de drogas durante la actividad sexual con más baja utilización de preservativos, por lo cual resulta una prevalencia alta de VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente.

Existen *Sitios de inyección supervisada* en varios países de Europa, Canadá y Australia, donde los individuos pueden inyectarse legalmente drogas ilícitas a puertas cerradas (y a veces inhalar) bajo supervisión médica, obtener equipos de inyección limpios, ser derivados a programas de OST y recibir educación preventiva del VIH y de la sobredosis. Intentan disminuir el daño, no solo de la transmisión del VIH, sino también de la mortalidad y otros resultados adversos de la sobredosis y, a su vez, reducir la utilización de jeringas inseguras.

Un metaanálisis mostró una reducción del 69% en compartir jeringas con la utilización de “sitios de inyección supervisados” y, además, estas medidas ahorran costos. (17)

La preprofilaxis con tenofovir, una importante medida de prevención, ha excluido a menudo a las personas que utilizan drogas. Un ensayo clínico aleatorizado en Bangkok demostró el efecto de prevención tanto para hombres como mujeres que se inyectan drogas. (18)

## LA RELACION DEL ENCARCELAMIENTO VINCULADO CON LAS DROGAS Y LA SALUD

En 2014, en todo el mundo, el 21% de la gente encarcelada estaba convicta por delitos de drogas (UNDOC). La posesión de drogas para uso individual fue, por lejos, el delito más frecuente (83% de los delitos de drogas).

O sea que las penas privativas de la libertad extendida se ejercen casi exclusivamente sobre personas consideradas no violentas, que incluyen el uso de drogas, posesión de drogas para uso individual solamente y venta de muy pequeñas cantidades de drogas.

La sobrerrepresentación de gente que usa drogas en las prisiones y la ausencia de atención esencial y apoyo mientras está en custodia del Estado está entre los más devastadores legados a la salud de la política de prohibición de drogas. Además, no hay evidencia de que el encarcelamiento sea un disuasorio efectivo del uso de drogas, ya sea en prisión o después. En un estudio de una cohorte de larga duración, el “Vancouver Injection Drug User Study” (VIDUS), (19) se encontró que el encarcelamiento reciente estaba negativamente asociado con la cesación de inyecciones.

La información más reciente de países seleccionados, de la proporción de gente encarcelada por el delito de drogas, muestra que en México es del 57%, en los Estados Unidos (federal) del 49%, en la **Argentina del 33%**, en Brasil del 24,8%, en Perú del 23,8% y en Colombia del 17%. Y entre las mujeres, en México es del 80%, en Perú del 68,4%, en la **Argentina del 68,2%**, en Estados Unidos (federal) del 59,4% y en Brasil del 53,9%.

Aunque es evidente que en el mercado de drogas hay muchos más hombres que mujeres involucrados en el uso, posesión y ventas de drogas, una proporción más alta de mujeres que de hombres están en prisión debido a condenas relacionadas con las drogas en casi todos los países de los que se dispone de datos.

De las mujeres acusadas de infracción de drogas en la Argentina en 2013, casi el 30% han sido detenidas sin juicio por 1-2 años y cerca del 12% por más de 2 años. (20)

En los Estados Unidos aumentaron al doble los arrestos por drogas en mujeres (la mayoría por posesión) entre 1990 y 2006 (400/100.000 a cerca de 800/100.000).

También existe una discriminación entre los sectores más pobres y el encarcelamiento masivo relacionado con las drogas. En los Estados Unidos se asocia con el componente racial: entre hombres de 30-34 años (2011), 1 de cada 13 afroamericanos estaba en prisión en comparación con 1 de cada 36 hispanoamericanos y 1 de cada 90 de americanos blancos, aun cuando la prevalencia de la droga es similar en las tres poblaciones. De esta manera, la posibilidad de estar en prisión en algún momento de la vida era del 32% en los afroamericanos, del 17% en los hispanoamericanos y del 6% en los hombres blancos.

En la ciudad de Nueva York, en 2013, por infracción debida a marihuana hubo aproximadamente medio millón de arrestos, la mayoría en gente joven.

El arresto por droga era similar según el componente racial en 1980, rápidamente se separa y se mantiene 2 a 3 veces mayor en la población negra, a pesar de que usa el *cannabis* menos que la población blanca. (5)

Las encarcelaciones como respuesta al uso de drogas tienen un profundo efecto en el bienestar de los parientes, los hijos y la pareja de las personas puestas en prisión por delito de drogas.

Una encuesta en prisiones mexicanas de 2014, (21) donde los visitantes son mayoritariamente mujeres, más del 30% dicen que debido a la prisión del esposo o un miembro de la familia tuvieron que conseguir trabajo o un trabajo adicional, pero, por otro lado, el 41% han perdido su trabajo y más del 18% tuvieron que dejar sus casas. Los cónyuges de las personas en prisión también fueron desproporcionadamente afectados por una serie de problemas de salud, que incluía presión arterial alta y depresión.

## El encarcelamiento por las drogas y la aparición de enfermedades infecciosas

Una agencia de la ONU estima que la prevalencia de la infección por VIH, otras infecciones de transmisión sexual, hepatitis C y B y tuberculosis es 2 a 10 veces mayor en las prisiones que en la comunidad.

En la Argentina, por ejemplo, gente que vive con tuberculosis y que tiene una historia de encarcelamiento es 6 veces más probable que tenga VIH y 18 veces más probable que tenga hepatitis C que la población general.

*VIH en prisión:* Comparado con la población, aumenta 15 veces en Ucrania, es 10 veces más alto en la Argentina, 2,4 veces en Sudáfrica y Estados Unidos.

*Trasmisión de hepatitis C en prisión:* En una revisión de 2013 de 39 países, el 26% tenían pruebas positivas si tenían historia de inyección de drogas (mujeres 32%, hombres 24%).

*Tuberculosis en la prisión:* Hacinamiento, pobre salubridad, ventilación inadecuada, prevalencia alta del VIH e insuficiencia de los servicios básicos son los factores que contribuyen a la transmisión de la tuberculosis en las prisiones.

En las regiones de Europa (que incluyen Europa del Este), la OMS estimó en 2010 que el riesgo relativo de la tuberculosis en prisión fue 145 veces mayor que en la comunidad. Y por lo tanto, 1 de cada 11 a 16 casos ocurre en prisión.

## Servicios en prisión para enfermedades infecciosas y dependencia de drogas

Es una norma internacional que las personas en prisión tienen derecho a un servicio de salud del nivel que se ofrece a la comunidad en su jurisdicción.

La UNODC y la OMS recomiendan un paquete de medidas para mediciones de prevención, cuidados y apoyo de VIH para la gente encarcelada, incluyendo NSP y OST. Igual conducta para hepatitis C. Pero hacer realidad estas medidas es un verdadero desafío.

De los 80 países que suministran OST a la comunidad, solo 43 proveían OST en al menos una sola de sus prisiones en 2014. Por ejemplo, la OST está generalmente ausente en las prisiones de los Estados Unidos, pero está disponible en la mayoría de las de Canadá.

El tratamiento del VIH con drogas antirretrovirales en los cinco países con más inyecciones de drogas luego de los Estados Unidos, que son Rusia, China, Malasia, Vietnam y Ucrania (2011-2014), era muy escaso en la comunidad y ausente en las prisiones.

El diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C es aún más escaso en muchos países.

“En distintos escenarios, que incluyen a Zambia, Namibia, India, Argentina, Brasil, Tailandia, existe un lento crecimiento del compromiso de la atención del VIH con barreras sociales y de los sistemas de salud.” (5)

Para tuberculosis, la OMS y la UNODC recomiendan busca activa de casos, ofrecimiento sistemático de pruebas a todos los que están bajo su custodia y monitorización de los síntomas respiratorios; comunicar a la autoridad de control de salud, terapia preventiva con isoniazida para personas con VIH en prisión, tratamiento para la tuberculosis y continuar la atención en la comunidad si el curso del tratamiento es de más larga duración que la sentencia y ofrecer prueba de VIH en los que son positivos para tuberculosis.

Las distintas opciones de tratamiento, como consejo de baja intensidad, intervenciones del tipo de comunidades terapéuticas, desintoxicación por diversos métodos, Narcóticos Anónimos basado en la abstinencia y sesiones de grupo adicionando el OST-NSP son aun sumamente raros (solo lo brindan 8 países, mayoritariamente en Europa Occidental).

Es de fundamental importancia la continuidad de cuidados cuando la persona es liberada de la prisión, porque la interrupción del tratamiento es probable y tiene serias consecuencias para la salud.

### **Muerte por sobredosis y política de drogas**

La sobredosis de droga es una prioridad urgente en la política de drogas y en el esfuerzo de reducción del riesgo. La sobredosis puede ser letal o dejar secuelas cerebrales por hipoxia.

La sobredosis, en una revisión sistemática de 2013, (22) es la causa líder de mortalidad en las personas que se inyectan drogas. La OMS estima (en 2014) que 69.000 personas en el mundo mueren anualmente de sobredosis de opioides. En los Estados Unidos, la sobredosis es responsable del 3,4% de las muertes entre personas de 15-39 años.

**Naloxona:** Es un antagonista de los opioides que puede revertir las manifestaciones clínicas de la sobredosis. La “inyección de naloxona” administrada por la policía, grupos médicos de emergencia y organizaciones, revierte muchos miles de muertes.

**Buprenorfina:** Puede ser particularmente útil en la prevención de la sobredosis en algunas poblaciones.

Los sitios de inyecciones supervisadas por personal médico permiten la asistencia si se produjera sobredosis. En 2011, en Vancouver, la muerte por sobredosis disminuyó el 35% en 2 años alrededor de las áreas con inyección supervisada. Y no hay evidencia de iniciación de drogas, inyecciones más frecuentes o incremento de la criminalidad.

### **Acceso al tratamiento de la dependencia de drogas**

No existe monitorización al acceso y los estándares de calidad del tratamiento en personas que consumen drogas.

El informe de la ONU de 2015 sobre la disponibilidad del tratamiento de dependencia de drogas en diferentes países muestra, por ejemplo, que en América la OST es baja, menor del 20% en solo 2 países, igual que el tratamiento antagonista de los opioides; pero el 80% de los que necesitan tratamiento por abuso de drogas viven en países de ingresos bajos y medios.

El tratamiento de dependencia de drogas es más efectivo con el apoyo de otros servicios sociales, como vivienda estable, asistencia alimentaria, asistencia de empleos, todas medidas muy poco utilizadas.

Las mujeres están en particular desventaja; en muchos lugares, las mujeres con un bebé pierden la custodia si no se tratan o están en registros de drogas. Legalmente, en algunos países, las madres que consumen drogas no se consideran adecuadas como custodia de sus hijos.

Unos 40 médicos y científicos prominentes de los Estados Unidos y Europa afirmaron que “demonizar a las mujeres embarazadas crea un ambiente donde el castigo más que el apoyo es la respuesta predominante, e inevitablemente servirá para desalentar a las mujeres a buscar atención”.

El 75% de toda la población mundial, es decir 5.500 millones de personas, no tienen acceso a drogas controladas para el posoperatorio o el dolor intenso. Por ejemplo, el 92% de la morfina se usa en países que constituyen el 17% de la población mundial, la inmensa mayoría en países desarrollados.

### **RECHAZANDO LA CRIMINALIZACIÓN DE LOS DELITOS MENORES Y AMPLIANDO LOS SERVICIOS DE SALUD**

Algunos ejemplos

**Portugal:** La apertura democrática de los años setenta llevó en los ochenta a un flujo de drogas ilícitas que el país estaba mal preparado para enfrentar. La infección

por VIH unido a las inyecciones de drogas proliferó rápidamente, la dependencia a las drogas se convirtió en un importante problema público y las políticas más agresivas parecían no detener el uso de drogas.

En 1998, el gobierno portugués convocó a un “comité de expertos multisectorial”. Se concretó en una ley en el 2000 y llega a la implementación en 2001: se eliminaron las sanciones criminales por el uso y posesión de todas las drogas. El uso individual se definió liberalmente como la cantidad necesaria para 10 días de uso. Las infracciones no podían ser punibles con prisión y no fueron incorporadas al registro criminal.

Delitos de mayor escala, como el tráfico y venta de grandes cantidades de droga, mantuvieron sus sanciones penales. A los infractores menores se los invitaba, pero no se requería, a reunirse en “comités de disuasión” –grupos de profesionales de la salud y del sector social– que ofrecían a las personas la posibilidad de ser derivadas voluntariamente a los servicios y tratar de determinar si se podía manejar el uso problemático de las drogas. Los servicios de prevención de VIH (incluía OST y NSP) se ampliaron sustancialmente, como también los servicios que ofrecían tratamiento para la dependencia de drogas distinto del OST.

La nueva transmisión de VIH declinó de casi 800 casos en 2003 a menos de 100 casos en 2012. Es difícil aislar los resultados de la política de no criminalizar de la amplia aplicación de los servicios sociales y de salud. Ahora, la utilización de *cannabis* es una de las más bajas de los estados europeos. La posesión de “anfetaminas” en Portugal el año pasado fue baja, en forma similar a la de otros países.

**Suiza:** A fines de los ochenta tenía el flagelo de la inyección de heroína y el rápido crecimiento de la epidemia de VIH relacionado con las drogas. La policía intentó un confinamiento geográfico, agrupando a las personas que se inyectaban drogas en un parque público en Zurich, que se conoció como el “parque de las agujas”.

Puso en práctica una de las más efectivas aplicaciones de servicios de prevención de VIH en la historia. El país se transformó en pionero en “sitios de inyecciones supervisadas” en sus más grandes ciudades, y rápidamente ayudó a disminuir la muerte por sobredosis y la inyección en público.

Como en Portugal, se produjo una precipitada caída en las infecciones por VIH relacionado con la inyección de drogas, y la disminución se sostuvo por un largo período.

La experiencia suiza tuvo consistentemente buenos resultados, con reducción del uso de las drogas ilícitas, crímenes y mortalidad, unidos al programa.

**República Checa:** En los ochenta tardíos emergió de un largo período de ocupación soviética, cuando la infección por VIH y las inyecciones de drogas estaban

creciendo en Europa. Fueron visionarios al realizar inversiones para establecer los servicios de prevención de VIH. El país recientemente independiente estableció el uso individual como una infracción administrativa y no criminal.

En 1998 cambió a criminalizar la droga y luego de un largo debate se reemplazó en 2010 por una ley que no criminaliza el uso y la posesión.

**Unión Europea:** En una revisión de 2015 se demostró que los países de la Unión Europea tienen instituido un rango de prácticas en el momento del arresto que reduce la sanción criminal para delitos menores de drogas. Tienen además la más alta cobertura de OST y NSP de cualquier región y la mayoría de los países tienen cobertura de TAR para personas que se inyectan drogas.

**Vancouver (Canadá):** A mediados de los noventa existía una epidemia de infección por VIH entre los que se inyectaban drogas en el área Downtown Eastside de Vancouver, 18,6/100 personas/año en 1996-97. En 1997 se declaró la “emergencia de salud”. En 15 años aumentó el uso de metadona y descentralizaron los NSP a todas las clínicas locales, se observaron grandes caídas en el préstamo de jeringas y del VIH con el tiempo. La tercera medida fue utilizar los TAR y dar apoyo, con declinación en la mediana de la carga viral y disminución de infecciones por VIH.

La infección por VIH cayó de 18,6/100 personas/año en 1997 a menos de 0,38/100 personas/año en 2008. (23)

### **Reducción de daños en la producción de cultivos de drogas**

El control de drogas internacional descansó históricamente en países de Sudamérica y el sudeste y sudoeste asiático para cortar el suministro de la hoja de coca, la amapola del opio y el *cannabis*, más bien que en los países consumidores para disminuir la demanda.

El foco en la erradicación de esos cultivos implica la militarización y una guerra, una “guerra a las drogas”, a pesar del fuerte crecimiento de las drogas sintéticas en su manufacturación y uso, el cual ahora domina la oferta y el consumo de drogas.

En Bolivia, el presidente Evo Morales retiró su ratificación a la Convención sobre Drogas Narcóticas de 1961, en una medida sin precedentes, y buscó el permiso de reaccionar con una reserva formal para el uso tradicional de la hoja de coca. Solamente 15 países (de los 61 necesarios) objetaron y Bolivia impuso el criterio de que la coca y la cocaína no son lo mismo. Con el reconocimiento firme de la necesidad de un mercado legal de hoja de coca, el gobierno de Bolivia estableció un esquema por el cual algunos agricultores de coca tienen permitido cultivar coca para usos lícitos sobre un área fija de tierra (1 cato: alrededor de 1.600 m<sup>2</sup>). Esto dio por resultado una reducción significativa en el crecimiento de la coca para mercados ilícitos, mucho más que los resultados

de los esfuerzos de la erradicación forzada; conseguido además con reducción de la violencia.

## CONCLUSIONES

Las políticas destinadas a prohibir o reprimir en gran medida las drogas presentan una aparente paradoja. Son presentadas como decisiones políticas que son necesarias para preservar la salud y la seguridad pública y, sin embargo, directa o indirectamente contribuyen a la violencia letal, la enfermedad, la discriminación, los desplazamientos forzados, las injusticias y, fundamentalmente, socavan el derecho a la salud de la gente. "... pero sobre las bases de las pruebas identificadas y analizadas por la Comisión, se concluye que los daños de la prohibición son muy superiores a los beneficios." (5)

La violencia asociada tanto al mercado de las drogas ilícitas como a la policía, incluyendo en la policía las fuerzas militares y paramilitares, es una violación profundamente traumática del derecho a la salud. El costo del encarcelamiento de un enorme número de personas –hombres, mujeres y niños– por delitos menores no violentos, desorganizan en gran medida a la sociedad.

La mala utilización del sistema de justicia criminal para discriminar contra los pobres o las minorías raciales y étnicas es inaceptable. Los costos de las enfermedades infecciosas se han hecho más comunes, más severos y más difíciles de manejar por las prácticas de aplicación de la ley y el encarcelamiento masivo, a pesar de que esas enfermedades y aun la muerte son completamente prevenibles.

La muerte por sobredosis, que también es prevenible, afecta a la población más marginal de la sociedad. La erradicación de los cultivos utilizados en la manufactura de drogas es dañina para la comunidad, las familias y el medio ambiente. Y existe un sufrimiento, no manifestado, de millones cuyos dolores no pueden ser aliviados por analgésicos efectivos por el miedo del desvío de drogas a usos ilícitos.

"Acordamos con la conclusión de la Comisión UNAIDS-Lancet que demasiados países están permitiendo que las personas que se inyectan drogas mueran, antes que eliminar las barreras, que incluyen las leyes y políticas de drogas, que se interponen en el camino de los servicios que salvan vidas." (5)

No se ha prestado atención a una política de drogas equilibrada, y aun los países europeos que han dejado de criminalizar el uso y la posesión menor de drogas, con amplios servicios de reducción del riesgo y acceso asegurado a la TAR para personas que utilizan drogas, no han levantado completamente la prohibición, las drogas aún son ilegales en esos países.

Debemos pensar si la cantidad de individuos con acceso a tratamientos de las drogas variados y completos, la frecuencia de muerte por sobredosis y el acceso a

los programas de bienestar no nos dicen más sobre las políticas de drogas que el simple y remanido número de arrestos que nos suministra la información estatal, cuando existe.

A los profesionales de la salud en todos los países les urge informarse y participar en los debates sobre políticas de drogas en todos los niveles para que sus voces sean escuchadas.

**Dr. Hernán C. Doval**<sup>MTSAC</sup>

Director de la Revista Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comini N, López Chorne J. En la ONU, los Estados juegan a doble estándar. *Diario Clarín* 08/05/2016.
2. [www.opendemocracy.net/democraciaabierta/juan-gabriel-tokatlian/ungass-2016-de-la-oportunidad-al-oportunismo](http://www.opendemocracy.net/democraciaabierta/juan-gabriel-tokatlian/ungass-2016-de-la-oportunidad-al-oportunismo)
3. López E. Otras perspectivas a los enfoques beligerantes. *Diario Clarín* 08/05/2016.
4. GBD 2013 Mortality and Cause of Death Collaborators. Global, regional and national sex-age specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013. A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;59:1403-32.
5. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet* 2016;387:1427-80. <http://doi.org/bdp2>
6. Gonzalez-Perez GJ, Vega-Lopez MG, Cabrera-Pivaral CE. Impact of homicide on male life expectancy in Mexico. *Pan Am J Public Health* 2012;32:335-42.
7. Espinosa V, Rubin DB. Did the military intervention in the Mexican drug war increase violence? *Am Statistician* 2015;69:17-27. <http://doi.org/bhs5>
8. Solomon KR, Anadón A, Cerdeira AL, Marshall J, Sanin L-H. Environmental and human health assessment of the aerial spray program for coca and poppy control in Colombia. Prepared for the Inter-American Drug Abuse Control Commission section of Organization of American States, Washington, DC: Organization of American States, 2005.
9. International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human: preamble. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2006.
10. Camacho A, Mejía D. The health consequences of aerial spraying of illicit crops: the case of Colombia (working paper 408) Washington DC: Center for Global Development, 2015.
11. Menendez A. Ecuador-Colombia settlement wont' end spraying. <http://www.ipsnews.net/2013/10/ecuador-colombia-settlement-wont-end-spraying/>
12. UNAIDS How AIDS changed everything. Geneva: UNAIDS, 2015.
13. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2014;43:235-48. <http://doi.org/bhs6>
14. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e5945. <http://doi.org/bhs7>
15. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, et al. Interventions to prevent HIV and hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy* 2014;25:34-62. <http://doi.org/bhs8>
16. Degenhardt L, Mathers BM, Wirtz AL, Wolfe D, Kamarulzaman A, Carrieri MP, et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010-2012? A review



- of the six highest burden countries. *Int J Drug Policy* 2014;25:53-60. <http://doi.org/bhs9>
17. Milloy MJ, Wood E. Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction* 2009;104:620-1. <http://doi.org/br79gj>
18. Choopanya K, Marti M, Suntharasamai P, for the Bangkok Tenofovir Study Group. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomized, double blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2013;381:2083-90. <http://doi.org/f2kbr3>
19. DeBeck K, Kerr T, Li K, Montaner J, Wood E. Incarceration and drug use pattern among a cohort of injection drug users. *Addiction* 2009;104:69-76. <http://doi.org/cqwph4>
20. Organization of American States Inter-American Commission of Women. Women and drugs in Americas: a policy working paper. Washington DC: Inter-American Commission of Women, 2014.
21. Perez Correa C, Azeola E. Resultados de la primera encuesta realizada en los Centros Federales de Readaptación Social. México City: CIDE 2012.
22. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who injecting drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013;91:102-23. <http://doi.org/bhtc>
23. Urban Health Research Initiative. Drug situation in Vancouver. Vancouver Urban Health Research Initiative, 2009.