

Drogas y derechos humanos

EN LA CIUDAD DE MÉXICO 2012-2013



DIRECTORIO CDHDF

PRESIDENTA

Perla Gómez Gallardo

CONSEJO

José Antonio Caballero Juárez

José Luis Caballero Ochoa

Miguel Carbonell Sánchez

Denise Dresser Guerra

Manuel Eduardo Fuentes Muñiz

Mónica González Contró

Nancy Pérez García

Nashieli Ramírez Hernández

VISITADURÍAS GENERALES

Primera Alfonso García Castillo

Segunda Monserrat Matilde Rizo Rodríguez

Tercera Yolanda Ramírez Hernández

Cuarta Clara Isabel González Barba

Quinta Claudia Patricia Juan Pineda

CONTRALORÍA INTERNA

Hugo Manlio Huerta Díaz de León

SECRETARÍAS

Ejecutiva

Raúl Armando Canseco Rojano

Vinculación Estratégica

David Peña Rodríguez

CONSULTORÍA GENERAL JURÍDICA

Gabriel Santiago López

DIRECCIONES GENERALES

Quejas y Orientación

Ignacio Alejandro Baroza Ruíz

Administración

Jaime Mendoza Bon

Comunicación por los Derechos Humanos

Guillermo Gómez Gómez

DIRECCIONES EJECUTIVAS

Centro de Investigación Aplicada

en Derechos Humanos

Ricardo A. Ortega Soriano

Educación por los Derechos Humanos

Marycarmen Color Vargas

Seguimiento

Mónica Marlene Cruz Espinosa

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA

Beatriz Juárez Cacho Romo

COORDINACIONES

Asesores

Gabriel Santiago López*

Tecnologías de Información y Comunicación

José Luis Hernández Santamaría

Servicio Profesional en Derechos Humanos

Mónica Martínez de la Peña

Vinculación con la Sociedad Civil

e Incidencia en Políticas Públicas

Orfe Castillo Osorio

* Encargado de despacho

INFORME ESPECIAL

Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013



COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN: Domitille Delaplace.

INVESTIGACIÓN: Silvia Soler, Francesca Tronco García y Bárbara Torres Méndez.

APOYO A LA INVESTIGACIÓN: Eduardo Zafra Mora, Santiago Cunial, Adriana Ortega, Jorge Ruiz López, Alejandra Leyva Hernández, Leticia Mendoza Trujillo, Nallely Ugalde Hernández y Jorge Lara.

EQUIPO ASESOR: Ricardo Alberto Ortega Soriano, José Antonio Guevara Bermúdez, Jorge Hernández Tinajero y Carlos Alberto Zamudio Angles.

DICTAMINACIÓN: Jorge Hernández Tinajero y Carlos Alberto Zamudio Angles (Cupihd) y José Antonio Caballero Juárez (consejero de la CDHDF).

La realización de este informe contó con el financiamiento de Open Society Foundations.

EDITOR RESPONSABLE: Andrea Lehn. CUIDADO DE LA EDICIÓN: Haidé Méndez Barbosa. DISEÑO DE PORTADA: Leonardo Vázquez Conde. DISEÑO Y FORMACIÓN: Gabriela Anaya Almaguer. CORRECCIÓN DE ESTILO Y REVISIÓN DE PLANAS: Haidé Méndez Barbosa, Karina Rosalía Flores Hernández y Andrea Lehn. DISTRIBUCIÓN: Sonia Ruth Pérez Vega, María Elena Barro Farías, Eduardo Gutiérrez Pimentel y José Zamora Alvarado.

FOTOGRAFÍAS: Jorge Hernández Tinajero, Gladys López Rojas y Antonio Vázquez Hernández.

Primera edición, 2014

D. R. © 2014, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,

del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F.

www.cd hdf.org.mx

ISBN: 978-607-7625-75-9

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Impreso en México

Printed in Mexico

Contenido

Agradecimientos	5
Presentación	7
Resumen ejecutivo	9
Introducción	13
I. Marco conceptual: la perspectiva de los derechos humanos en el análisis de las políticas de drogas	21
A. Definiciones y aproximaciones teóricas acerca de las drogas	23
1. Drogas: definición, tipos y principales tendencias	23
2. Sobre los distintos usos de las drogas	28
B. Derechos humanos y personas usuarias de drogas: marco conceptual	33
1. Las personas usuarias de drogas como sujetos plenos de derecho	33
2. Principio de igualdad y obligaciones reforzadas	37
II. Sistema internacional de fiscalización de drogas y derechos humanos: tensiones y perspectivas.	43
A. Descripción del sistema internacional de fiscalización de drogas	45
1. Los primeros acuerdos multilaterales de control de drogas	45
2. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacentes y su protocolo de modificación de 1972	48
3. El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971	51
4. La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacentes y Sustancias Sicotrópicas de 1988	52
5. El sistema actual de fiscalización de drogas: configuración y propósitos	54
B. Políticas de fiscalización y derechos humanos: impactos y perspectivas	56
1. Impacto de las políticas de control de drogas en el ejercicio de los derechos humanos	56
2. Alternativas legales y regulatorias	62
III. Sistema de justicia y política de drogas en México y el Distrito Federal: una revisión desde la perspectiva de los derechos humanos	69
A. Régimen jurídico sobre drogas en México y el Distrito Federal	71
1. Marco jurídico nacional sobre delitos contra la salud	71
2. Marco jurídico y áreas de oportunidad en el Distrito Federal	81
B. Uso de drogas en México y el Distrito Federal: una reflexión desde los estándares internacionales de derechos humanos	86
1. Uso de drogas y derechos a la autonomía, libertad y integridad personales	86
2. Análisis desde la perspectiva del derecho penal de corte democrático	88
C. Políticas de drogas en el Distrito Federal: una valoración desde la perspectiva de los derechos humanos	93

1. Atribuciones en materia de persecución, investigación y sanción de delitos contra la salud	93
2. Actuación de la autoridad e impactos en los derechos humanos	95
IV. Derecho a la salud y uso de drogas: una revisión de la política pública desde la perspectiva de los derechos humanos	105
A. Uso de drogas en México: panorama general	107
1. Tendencias de uso de drogas a nivel nacional	107
2. Tendencias de uso de drogas en el Distrito Federal	109
B. Principios generales para la prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento: revisión de estándares internacionales	113
1. Drogas y derecho a la salud: contenido esencial	113
2. Aproximaciones a las obligaciones del Estado en materia de uso de drogas y derecho a la salud	114
C. Políticas públicas en el Distrito Federal: una valoración desde la perspectiva de derechos humanos	125
1. Revisión de disposiciones en el ámbito federal y el Distrito Federal	125
2. Marco institucional y programas de gobierno	132
V. Consideraciones finales	153
VI. Propuestas	157
A. Cambio de paradigma	159
B. Seguridad pública y acceso a la justicia	159
C. Política de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento	160
D. Igualdad, no discriminación y obligaciones reforzadas	161
Siglas y acrónimos	163
Bibliografía	165

Agradecimientos

El presente *Informe especial. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013* es resultado de un trabajo conjunto entre titulares e investigadores del Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) y la Tercera Visitaduría General –ambos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)– y de la asociación civil Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (Cupihd).

Para su realización, los equipos de trabajo contaron con información valiosa por parte de distintas dependencias e instituciones involucradas en temáticas relacionadas con el uso de drogas; en particular, agradecen los aportes de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Secretaría de Educación del Distrito Federal, la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, la Secretaría de Transportes y Vialidad del Distrito Federal, el Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, el Instituto de la Juventud del Distrito Federal, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal y el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores. Asimismo, se quiere agradecer el envío de información por parte del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, el Centro para el Fomento de la Educación y la Salud de los Operarios del Transporte de la Ciudad de México, y la Junta de Asistencia Privada; así como de las delegaciones políticas Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, La Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco.

El CIADH también quiere reconocer los aportes internos proporcionados por la Subdirección de Estadística del CIADH, quien proporcionó información respecto de las quejas investigadas por la CDHDF, y el especialista en diseño del CIADH por la elaboración y actualización del micrositio de este Informe especial.

El proceso de elaboración del informe y la realización del Foro Internacional fue acompañado por un Comité de expertos conformados por Marieclaire Acosta Urquidi, Luciana Ramos Lira, Carlos Magis Rodríguez, José Antonio Caballero Juárez y Jorge Javier Romero Vadillo, a quienes agradecemos mucho su tiempo y valiosos comentarios.

Finalmente, se quiere agradecer a Open Society Foundations por el recurso económico proporcionado a la CDHDF para la realización de la investigación y la organización del Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos.



Presentación

En el marco del necesario debate sobre la política de drogas que ha tenido lugar no sólo en México sino en diversas partes del mundo, y en donde la discusión de esta temática ha planteado una serie de posiciones encontradas sobre la manera en que debe ser abordado este asunto, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) ha emprendido un importante esfuerzo por analizar el tema desde una perspectiva poco usual, ello si se revisa la literatura sobre la materia: el enfoque de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas. En este sentido, el texto que se presenta a continuación constituye un esfuerzo por impulsar una discusión relevante en tal dirección, al tiempo que propone un giro conceptual que permita desarrollar una reflexión centrada sobre las personas usuarias y el ejercicio de sus derechos.

Así, es preciso recordar y reconocer que el uso de las drogas (particularmente de aquellas consideradas como *ilícitas*) se encuentra relacionado muchas veces con una serie de estigmas y prejuicios que impiden llevar a cabo una reflexión seria, abierta e imparcial en torno a esta práctica. Quizá esta sea una de las razones que pueden explicar el porqué de manera tradicional el punto de vista de la criminalización ha dominado la discusión pública.

Desde esta visión punitiva, el consumo de sustancias psicoactivas forma parte de la cadena relacionada con el tráfico y, por lo tanto, debe ser atendida desde la perspectiva del sistema penal. Esta forma de entender la problemática ha impedido observar con detenimiento a las personas que están detrás del uso de las drogas y su circunstancia frente a la ley, pero también en relación con las instituciones de salud o de justicia.

Por ello, para este organismo público de protección de los derechos humanos resulta más que oportuna la incorporación a la mesa de discusión de un enfoque distinto que permita repensar el alcance, la dimensión y el abordaje de las políticas asociadas con la prevención del uso de las drogas ilícitas, la persecución de los delitos relacionados con éstas y, en general, con los esquemas para la prevención del riesgo y el daño en el caso de las personas usuarias de drogas, quienes habitualmente son invisibilizadas en las estrategias oficiales.

Es en este contexto que la CDHDF y el Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas, A. C., firmaron un convenio marco de colaboración con el objetivo de generar una aproximación al tema de las drogas desde la perspectiva de la investigación aplicada a los derechos humanos. Entre los resultados de este trabajo conjunto se encuentra el presente *Informe especial. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013*, el cual es un esfuerzo que no sólo posibilita visibilizar la situación de los derechos humanos de las personas usuarias sino reflexionar sobre el cumplimiento de las obligaciones del Estado en este ámbito.

Por ello, para la CDHDF la realización de investigaciones como la que aquí se presenta constituye una valiosa oportunidad para generar un conocimiento que, basado en datos obtenidos a partir de estándares metodológicos y científicos serios, proporcione a las y los habitantes del Distrito Federal las herramientas necesarias para conformar una opinión pública plural e informada que les posibilite participar activamente en la construcción de una sociedad donde sea el debate democrático el referente para la solución de los problemas públicos, y cuyo enfoque ponga en el centro la protección a los derechos humanos. Este tema no puede ser ajeno a ese debate.

Perla Gómez Gallardo
Presidenta de la CDHDF

Resumen ejecutivo

Planteamiento y propósito del informe

- Las personas usuarias de drogas se encuentran en una situación adversa por el estigma y los prejuicios que enfrentan, los cuales están vinculados a la percepción dominante en la sociedad que relaciona las drogas con la enfermedad, la adicción y/o la delincuencia.
- Este estigma se ha reproducido y reforzado en el contexto de las convenciones internacionales de fiscalización de drogas, las cuales han establecido un enfoque punitivo hacia el uso de estas sustancias cuando no es para fines médicos o científicos.
- Se propone una reflexión desde la perspectiva de los derechos humanos, reafirmando que las personas usuarias son sujetos plenos de derecho, y que el Estado tiene la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover sus derechos, sin distinción alguna.
- Se busca generar conocimiento especializado, actualizado y confiable sobre la situación de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas; y se apela a la formulación de medidas legislativas y políticas públicas que garanticen una mayor protección.

Sobre el uso del vocablo *droga* y la dependencia a estas sustancias

- La palabra *droga* se refiere a las sustancias psicoactivas o psicotrópicas capaces de actuar sobre el sistema nervioso central, y que pueden provocar una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones y/o la modificación de un estado psíquico.
- Las sustancias psicoactivas son numerosas, su composición variable y sus efectos en las personas que las usan, también muy diversos; algunas son estimulantes, otras tienen efectos psicodélicos, otras más son de tipo depresores.
- El uso de drogas no necesariamente implica la dependencia a éstas. No todas las personas que las usan se vuelven dependientes, ni necesitan tratamiento.

Tendencias sobre uso de drogas

- En 2010, 5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad había consumido drogas una vez durante ese año; 0.6% eran consumidoras habituales, y menos de 0.1% desarrollaban patrones de dependencia (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2013).
- En México, 1.5% de la población de 12 a 65 años de edad consumió una droga ilegal por lo menos una vez durante 2011. La marihuana fue la droga de mayor consumo, seguida de la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamina (ETA), y los inhalables y alucinógenos. Se reporta un incremento de 0.6% a 0.7% en el total de personas usuarias con dependencia (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2011).
- En el Distrito Federal, la prevalencia es de 1.7%, por arriba del promedio nacional. En orden de prevalencia, el consumo de inhalables se encuentra en segundo lugar después de la marihuana, por encima de la cocaína, alucinógenos y ETA (ENA 2011).
- En la población estudiantil, la prevalencia de consumo alcanza 18.2% con respecto al uso en el último año, muy por arriba del indicador observado en la población de 12 a 65 años de edad a nivel nacional y en la entidad (Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012).

El sistema internacional de fiscalización de drogas

- El sistema internacional de fiscalización de drogas nace con la firma de las convenciones de 1961, 1971 y 1988, auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU); se conforma por

la Comisión de Estupefacientes, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

- El propósito principal es limitar el uso de estupefacientes a fines médicos y científicos, y encomendar a los Estados que adopten disposiciones penales para perseguir y castigar toda actividad relacionada con sustancias psicoactivas (enfoque punitivo).
- La Convención de 1988 especifica que la posesión, la adquisición o el cultivo de droga para uso personal deben ser objeto de la regulación penal y estar tipificados como delito.
- Tradicionalmente, los derechos humanos han sido excluidos de este sistema; no son considerados como principios rectores para la aplicación de medidas de fiscalización, ni tampoco han sido prioridad para los órganos de monitoreo de esos tratados.

Consecuencias del modelo punitivo en el ejercicio de derechos humanos

- En 2009, la UNODC resaltó las consecuencias *no intencionadas* de las políticas internacionales de fiscalización de drogas, entre ellas, la aparición de un lucrativo mercado negro de drogas, generador de corrupción y violencia.
- Organismos internacionales han denunciado las estrategias de combate al tráfico de drogas por las prácticas extremas que sustentan y que comúnmente redundan en violaciones a los derechos humanos, por ejemplo, los abusos de poder en el marco de las investigaciones e interrogatorios y el uso excesivo o indebido de la fuerza contra poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Al convertir la posesión, la adquisición y el cultivo de drogas para uso personal en conductas delictivas, las convenciones internacionales tienden a marginalizar a las personas usuarias, al reforzar una visión estigmatizadora y situaciones de discriminación y criminalización.
- Este modelo no ha alcanzado su propósito de acercar la atención médica a personas con dependencia. Al contrario, propicia el consumo en la clandestinidad y disuade a las personas de acudir a los servicios de salud ante la amenaza de ser discriminadas o denunciadas.
- Ha impedido que se genere información amplia y veraz sobre las sustancias psicoactivas, los distintos usos que se hacen de ellas, así como la posibilidad de poner en marcha políticas públicas respetuosas de los derechos humanos.

Los distintos modelos de regulación

- La mayoría de los países han aplicado con cierto rigor las convenciones internacionales, reformando sus códigos penales y estrategias de persecución del delito hacia un enfoque punitivo, con la consecuente penalización de la posesión, cultivo y consumo personal de drogas.
- No obstante, existen modelos regulatorios alternativos que buscan reducir o eliminar los controles estrictos sobre la posesión, consumo y, en algunos casos, el cultivo.
- *Despenalización*: la posesión, consumo y/o cultivo constituyen delitos, pero las sanciones penales se reducen y se eliminan las penas privativas de la libertad.
- *Descriminalización de facto*: la posesión, consumo y/o cultivo siguen siendo conductas tipificadas en la legislación penal, pero en la práctica no se persiguen estos delitos.
- *Descriminalización o destipificación*: se refiere a la revocación de las leyes que definen el consumo, posesión y/o cultivo de drogas para uso personal como un delito penal; se pueden aplicar sanciones administrativas o no.
- *Legalización*: se elimina todo tipo de sanciones penales o administrativas para la producción, el suministro y el uso de drogas.

- *Regulación legal*: estrategia que prevé normas administrativas estrictas para controlar las actividades de producción, suministro y uso de drogas, manteniendo un control sobre los productos, vendedores, establecimientos, acceso y lugares para el uso.

Régimen jurídico para el control de drogas en México

- En México, toda persona que posee una cantidad de droga superior hasta en mil veces a los umbrales muy restrictivos establecidos en la Ley General de Salud (Tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato, artículo 479), es considerada *narcomenudista* y es sancionada con penas de privación de la libertad.
- Las cantidades autorizadas son sumamente restrictivas y presentan un enfoque poco realista que no responde en forma adecuada a la oferta del mercado y tiene como resultado inmediato la criminalización de las personas usuarias.
- La tabla se convirtió, además, en la base para distinguir entre personas *usuarias*, personas *narcomenudistas* o personas *narcotraficantes*, tomando sólo en cuenta la cantidad de la sustancia que posean al momento de su detención.
- La utilización del sistema penal como instrumento principal para combatir y reducir el uso de drogas presenta contradicciones en su interior que lo hace incompatible con un régimen democrático de derechos humanos.

Criminalización, debido proceso y acceso a la justicia

- Al enmarcar el uso de drogas en una lógica de carácter penal, las personas usuarias entran en contacto con el sistema judicial, en un contexto en el que sus garantías judiciales y/o su derecho a un juicio igualitario y justo no siempre se encuentran garantizados.
- Dentro de las quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) sobre delitos contra la salud (2012-junio de 2013), 76.7% denuncia detenciones arbitrarias (47.8% con uso de violencia física y 36.9% de violencia psicológica); 65% irregularidades en el proceso judicial (violencia física y psicológica, extorsiones y amenazas). Las y los niños y jóvenes, las poblaciones callejeras y comerciantes en vía pública son grupos doblemente vulnerables ante prácticas de criminalización por el uso de drogas.
- Con respecto a las sentencias dictadas en este periodo, más de 98% de las personas consignadas fueron condenadas por el juez como culpables con cargos relacionados con actividades de narcomenudeo (Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal [TSJDF], 2013).
- Las penas determinadas fueron principalmente menores a tres años (83.9%) es decir, la mayoría de las personas sentenciadas lo fue por posesión de drogas en cantidades superiores a las autorizadas por la ley, pero sin haberse comprobado que eran vendedores o comerciantes de éstas (TSJDF, 2013).
- A partir de ello, surge la hipótesis de una política de drogas enfocada en detener principalmente a consumidores de sustancias y/o traficantes de pequeña escala, es decir, a aquellas personas cuya peligrosidad y papel en el tráfico de drogas es mínimo.

Política de salud en el Distrito Federal

- Con la promulgación de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal se ha avanzado en crear un marco de protección a los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, no obstante, las políticas, los programas y las medidas implementadas resultan dispersas; queda subyacente una concepción asistencialista que considera a las y los usuarios como meros beneficiarios de servicios y no como sujetos plenos de derechos.

- Muestra de ello es la falta de empoderamiento de las personas usuarias y la inexistencia de mecanismos para garantizar su participación y la de la sociedad en los procesos de toma de decisiones para definir y evaluar las prioridades y estrategias.
- El enfoque de reducción de riesgos y daños no es asumido con un eje rector de las distintas estrategias y acciones, tampoco el respeto a la autonomía de las personas para decidir seguir consumiendo. Incluso, las dependencias involucradas en la política de prevención y atención manejan y reproducen ciertos estigmas acerca del uso de drogas y de las personas que las consumen.
- Las estrategias y políticas públicas diseñadas no han sido suficientes ni oportunas para que se tutele debidamente el derecho a la salud de las y los jóvenes, un sector que se encuentra en una particular circunstancia de riesgo.
- Los desafíos aún son grandes: en 2011 apenas 18.4% de las personas que en el último año tenían un diagnóstico de dependencia a las drogas, habían asistido a tratamiento (ENA 2011). Tres de cada cuatro personas entrevistadas en el marco de la primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales (EUDI) señalaron conocer algún centro de tratamiento (74.5%), sin embargo, apenas un tercio considera que éstos funcionan (34.4%) (EUDI, 2012).

Propuestas. Hacia un modelo de regulación respetuoso de los derechos humanos

- Promover un debate legislativo a nivel federal, garantizando la participación amplia y efectiva de la sociedad civil para, desde la perspectiva de los derechos humanos, revisar las disposiciones concernientes al consumo, posesión y cultivo de drogas para uso personal, y en particular proponer la modificación a las cantidades restrictivas de la Tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato.
- Orientar las acciones de las autoridades judiciales del Distrito Federal hacia la persecución de los delitos graves en materia de tráfico de drogas, priorizando las detenciones derivadas de averiguaciones previas que presuman delitos graves contra la salud; proteger a las personas usuarias del uso excesivo de la fuerza y otros abusos que atenten a su dignidad y seguridad.
- Diseñar e implementar un programa general que logre articular cabalmente las iniciativas desarrolladas por las dependencias, institutos y/o delegaciones en materia de drogas y garantizar que todas las estrategias y los programas compartan un mismo marco conceptual de intervención, basado en el respeto de la autonomía de las personas y de sus derechos humanos.
- Generar información oportuna y veraz acerca de las distintas drogas, los diversos usos y efectos que tienen, así como sobre las políticas de reducción de riesgos y daños adaptadas a las distintas situaciones de usos y dependencia, que resultan del beneficio tanto de las y los usuarios como de la sociedad en general.

Introducción

Legalización, descriminalización, regulación, despenalización... estas figuras ocupan un lugar central en el debate público mundial sobre las drogas que ha cobrado fuerza en los últimos meses, particularmente en México y el Distrito Federal.¹ Más allá de las distintas visiones y propuestas que alimentan estos espacios de discusión, un punto en común entre ellos se relaciona con el propósito de desplazar el análisis de las políticas de drogas respecto del combate al narcotráfico para llevarlo hacia una reflexión sobre las personas usuarias y las políticas necesarias para enfrentar los problemas asociados con los usos problemáticos de las drogas.

La llamada *guerra contra las drogas* que ha enmarcado al país durante las últimas décadas, además de ser controvertida por las violaciones a los derechos humanos que ha implicado y la violencia e inseguridad que ha provocado,² tendió a marginar a las personas usuarias al reforzar una visión ampliamente estigmatizada de ellas y alimentar situaciones de discriminación e incluso de criminalización. En México, toda persona que posee una cantidad superior a los umbrales muy restrictivos establecidos en la Ley General de Salud es considerada narcomenudista.³ La política de control de drogas domina el escenario político en detrimento de las acciones de prevención y atención especializada, lo que se refleja a nivel presupuestal. Muestra de ello es el desequilibrio de 24 a uno en la inversión de recursos públicos federales destinados a la política de drogas y combate al narcotráfico en comparación con lo que reciben las políticas públicas de prevención y reducción de riesgos y daños.⁴

Con el propósito de aportar elementos a la discusión, y en particular desde el marco internacional de protección a los derechos humanos, así como identificar y visibilizar la situación en la que se encuentran las personas usuarias en el Distrito Federal, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y el Colectivo para una Política Integral hacia las Drogas (Cupihd) firmaron el 15 de octubre de 2012 un Convenio Específico de Colaboración para la realización de actividades de promoción, difusión e investigación de los derechos humanos relacionados con el tema de las drogas. Adicionalmente, la CDHDF recibió apoyo económico por parte de Open Society Foundations para la realización de un Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos y de un informe sobre esta temática.

¹ Una muestra de ello son, por ejemplo, los eventos que se han realizado entre agosto y septiembre de 2013: Simposium Estados Unidos-México sobre Legalización y Uso Médico de Cannabis, organizado por el Centro Fox, 19 y 20 de julio de 2013; Mesa redonda sobre la legalización de la marihuana, organizada por la Fundación Miguel Alemán, 31 de julio de 2013; Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos en el Distrito Federal, organizado por la CDHDF y Cupihd, 7 al 9 de agosto de 2013; y Foro sobre Políticas Públicas en materia de Drogas para la Ciudad de México, organizado por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2 al 4 de septiembre de 2013.

² Sobre las consecuencias de la llamada guerra contra las drogas en México, véanse, por ejemplo, Amnistía Internacional, *Informe 2013 Amnistía Internacional. El estado de los derechos humanos en el mundo*, Madrid, Edai, 2013, pp. 228-229; Human Rights Watch, *Ni seguridad, ni derechos. Ejecuciones, desapariciones y tortura en la "guerra contra el narcotráfico" de México*, Estados Unidos, HRW, 2011; y Human Rights Watch, *Los desaparecidos de México. El persistente costo de una crisis ignorada*, Estados Unidos, HRW, 2013, pp. 190-191.

³ Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 24 de abril de 2013, artículo 479; y Código Penal Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de agosto de 1931, última reforma publicada el 7 de junio de 2013, artículos 195 y 195 bis.

Para una crítica a los umbrales establecidos en México, véase Héctor Aguilar Camín *et al.*, *Más allá de la guerra de las drogas. Informe Jalisco*, Cal y Arena/Secretaría de Planeación/Gobierno de Jalisco, 2012, p. 207.

⁴ Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal suscrita por las y los diputados Esthela Damián Peralta, Efraín Morales López y Daniel Ordóñez Hernández, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, presentada el 6 de noviembre de 2012, p. 8. Cálculos realizados con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2007-2010.

En el marco de esta colaboración, y en apego a las atribuciones de la CDHDF estipuladas en el artículo 146 *bis* de su Reglamento Interno,⁵ el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos (CIADH) de la CDHDF, en conjunto con la Tercera Visitaduría General de la CDHDF y Cupihd, integraron el presente *Informe especial. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013* como un esfuerzo para visibilizar la compleja problemática que enfrentan los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, en específico en el Distrito Federal.

A. Planteamiento del problema

Las personas usuarias de drogas se encuentran en una situación adversa, en particular por el estigma y los prejuicios que enfrentan vinculados a la percepción dominante en la sociedad que asocia las drogas con la enfermedad, la adicción y/o la delincuencia.⁶ Ese estigma se ha reproducido y reforzado en el contexto de las convenciones internacionales de fiscalización de drogas, las cuales han establecido un contexto punitivo hacia el uso de drogas cuando no es para fines médicos o científicos. Desde la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (Convención Única) se encomienda a los Estados Partes adoptar disposiciones penales para perseguir y castigar toda actividad relacionada con las sustancias psicoactivas bajo fiscalización internacional, incluso con penas de prisión u otras medidas de privación de la libertad.⁷ Asimismo, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Convención de 1988) establece que la posesión, adquisición o cultivo para consumo personal deben ser objeto de la regulación penal y, por tanto, tipificados como delitos.⁸ Por otro lado, refuerza el marco de cooperación policial internacional contra toda actividad relacionada con estas sustancias, destacando su conexión estrecha con la delincuencia organizada.⁹

A más de 50 años de la celebración de la Convención Única se advierte en particular que las políticas punitivas, al tiempo que criminalizan y castigan de manera desproporcionada a las personas usuarias considerándolas como delincuentes, no han alcanzado su propósito inicial de reducir la oferta y la demanda de drogas, ni tampoco de acercar la atención médica y tratamiento a aquellas personas que presentan una dependencia a éstas.¹⁰ El relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha advertido en tal sentido que el modelo actual de fiscalización aumenta los daños asociados al uso de drogas e incluso perpetúa métodos riesgosos de uso,¹¹ en particular porque propicia prácticas de consumo en la clandestinidad y disuade a las personas usuarias de acudir a servicios de salud debido a la amenaza de ser discriminadas o denunciadas por el personal de salud.¹² Asimismo, este contexto de fiscalización ha impedido la generación de información amplia y veraz sobre las sustancias psicoactivas, los distintos usos que se hacen de ellas, y la posibilidad de poner en marcha políticas públicas respetuosas de los derechos humanos.

⁵ Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 3 de mayo de 2011, artículo 146 *bis*.

⁶ Véase por ejemplo, ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Anand Grover)*, A/65/255, 6 de agosto de 2010, párr. 30; y OEA, *El problema de las drogas en las Américas*, OEA, 2013, pp. 75-76.

⁷ Convención Única sobre Estupefacientes, adoptada en Nueva York en marzo de 1961, artículo 36.1.

⁸ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, adoptada en Viena el 20 de diciembre de 1988, artículo 3.2.

⁹ ONU, *doc. cit.*, párr. 9.

¹⁰ *Ibidem*, párrs. 15 y 16.

¹¹ *Idem*.

¹² ONU, *doc. cit.*, párrs. 19-24.

En este contexto, resulta imprescindible situar la reflexión sobre el uso de drogas desde la perspectiva de los derechos humanos, reafirmando que las personas usuarias son sujetos plenos de derecho, y que en virtud de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y de los tratados internacionales de derechos humanos, el Estado mexicano tiene la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover sus derechos sin distinción alguna.¹³ De allí la importancia del presente Informe, el cual busca aportar elementos de diagnóstico sobre la situación que guardan los derechos humanos de las personas usuarias de drogas en el Distrito Federal; así como determinar las obligaciones específicas de los poderes locales en sus distintos niveles de gobierno, para posteriormente evaluar el grado de avances en la materia y/o identificar aquellos obstáculos que en la práctica contribuyen a limitar o negar el ejercicio de los derechos humanos de este grupo de población.

La principal aportación de la perspectiva de los derechos humanos para abordar el problema de las drogas es proponer un giro en el paradigma teórico dominante; es decir, pasar de una política esencialmente punitiva a una que garantice el ejercicio de los derechos de las personas usuarias de drogas a través de la promoción y el respeto de éstos; la implementación de programas de prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños; el acceso a información veraz y oportuna sobre las drogas y su participación y empoderamiento como sujetos con capacidad para exigir y defender sus derechos.

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes,¹⁴ por lo que deben ser concebidos con la misma importancia al ser esenciales para el respeto de la dignidad de las personas; no obstante, para efecto del presente Informe, y después de un estudio exploratorio, se decidió centrar el análisis en los que consideramos principalmente –pero no exclusivamente– afectados.

El primer grupo de derechos en especial relevante en el caso de las personas usuarias de drogas es aquel que protege la autonomía y libertad de las personas adultas, en particular de usar drogas y no sufrir injerencias en su vida privada. En un segundo grupo de derechos que se abordan a profundidad en este Informe es posible encontrar aquellos relacionados con la seguridad y libertad personales, el debido proceso y el acceso a la justicia, advirtiendo la importancia del respeto y protección de éstos en el contexto de criminalización de las personas usuarias. Finalmente, se expone un análisis sobre los derechos a la salud y al acceso a la información, que resultan esenciales en el marco del uso de sustancias psicoactivas y de los posibles riesgos y daños que conlleva.

La presente investigación también toma en consideración la complejidad y diversidad de las prácticas de uso de drogas, así como la diversidad de las y los actores implicados. En tal sentido, se considera la heterogeneidad de este grupo y se toman en cuenta las múltiples formas de discriminación que pueden enfrentar, en particular las mujeres, las y los jóvenes, niñas y niños, las personas privadas de la libertad y las poblaciones callejeras, por citar algunas. Estas diferencias implican experiencias distintas en relación con las drogas y definen al mismo tiempo diversas situaciones en cuanto al acceso y disfrute de sus derechos humanos.

¹³ Véase, en particular, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de septiembre de 2013, artículo 1°.

¹⁴ *Idem*. Véase también Declaración y Programa de Acción de Viena, adoptados en el marco de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993, artículo 5°.

B. Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de este Informe es contribuir a generar conocimiento especializado, actualizado y confiable sobre la situación de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, y exigir la responsabilidad del Estado en la formulación de medidas legislativas y el diseño e implementación de políticas públicas que garanticen una mayor protección de los derechos humanos de este grupo de población.

Para tal fin se han diseñado los siguientes objetivos específicos:

- Hacer una revisión de las convenciones internacionales de fiscalización de drogas desde el marco de los derechos humanos, con el propósito de identificar falsos debates, puntos en común y/o tensiones.
- Presentar un análisis comparado de experiencias de otros países en materia de fiscalización de drogas para detectar buenas prácticas desde el enfoque de los derechos humanos.
- Identificar el marco jurídico que abarca las políticas de fiscalización de drogas en México y en el Distrito Federal, advirtiendo posibles contradicciones con las normas de derechos humanos, en particular de las personas usuarias de drogas.
- Elaborar desde la perspectiva de los derechos humanos un análisis de las políticas públicas (marco institucional, políticas, programas y otras acciones de gobierno) implementadas en el Distrito Federal y relacionadas con las afectaciones a los derechos humanos de las personas que hacen uso de drogas, en particular en el ámbito de la libertad y seguridad personales, y de la salud pública y el acceso a la información.
- Identificar patrones de violaciones a los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, atendiendo a las diferencias de género y discriminación múltiple que enfrentan ciertos grupos de la población.
- Generar propuestas en materia de política pública, marco institucional y armonización legislativa o de otra índole, tendientes a revertir los obstáculos identificados para el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas y de la población en general.

C. Metodología

El presente Informe se sustenta principalmente en una revisión documental y en un análisis de la información recabada desde el enfoque de los derechos humanos; es decir, con una perspectiva pensada a partir de la persona usuaria de drogas y la sociedad en general, y encaminada a garantizar que el respeto, protección, promoción y ejercicio de los derechos humanos se sitúen en el centro de la reflexión y de las políticas.

La propuesta metodológica que articula la investigación se inspira en los indicadores de derechos humanos desarrollados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que propone un análisis en tres niveles a partir de tres categorías de indicadores.¹⁵ En primer lugar se miden los compromisos efectivos de las autoridades para dotarse de instrumentos legales y de mecanismos institucionales básicos destinados a una adecuada promoción y protección de

¹⁵ OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, HR/PUB/12/5, ONU, 2012.

los derechos humanos.¹⁶ Como ejemplo de este tipo de indicadores estructurales podemos mencionar la adopción de una normatividad que reconozca debidamente los derechos humanos de las personas usuarias de drogas y que incorpore los estándares internacionales relacionados. Asimismo, resulta de interés conocer si existe –y qué alcance tiene– un plan de acción sectorial para garantizar el ejercicio de los derechos de este grupo de población.

En un segundo nivel se encuentran los indicadores de proceso que buscan evaluar los esfuerzos puestos en marcha por las autoridades, en sus distintos niveles y órdenes de gobierno, para transformar sus compromisos en materia de derechos humanos en los resultados deseados.¹⁷ En este sentido, se revisan y califican los programas y medidas específicas adoptados para garantizar los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, así como las intervenciones reglamentarias implementadas. La finalidad es medir las estrategias que está adoptando el Estado para dar efecto a su intención o compromisos de lograr resultados asociados a la realización de un determinado derecho.¹⁸

Finalmente, los indicadores de resultados evalúan el grado de cumplimiento individual y colectivo de los derechos humanos en determinado contexto.¹⁹ A través de la revisión de información oficial, de testimonios de personas usuarias, de la estadística criminal, y de las quejas y recomendaciones sobre violaciones a derechos humanos investigadas y/o documentadas por la CDHDF, se busca aportar elementos de diagnóstico para describir la situación que guardan los derechos humanos de las personas usuarias de drogas y determinar los impactos de los esfuerzos del Estado en la promoción y el disfrute de sus derechos humanos.

De manera paralela a los indicadores estructurales, de proceso y de resultado, se evalúa que el propio proceso de aplicación y realización de los derechos humanos sea garante de los principios transversales de éstos, en particular la no discriminación y la igualdad, la participación, el acceso a la justicia y la rendición de cuentas.²⁰ En tal sentido, por ejemplo, a lo largo del Informe se hace énfasis en la situación específica de algunos grupos de población, como las mujeres, las y los niños y jóvenes, las poblaciones callejeras o las personas que viven en reclusión.

Respecto de las fuentes consultadas para realizar el análisis, podemos mencionar en primer lugar los tratados y declaraciones internacionales sobre derechos humanos, jurisprudencia, informes, observaciones, recomendaciones y opiniones de los órganos de protección, con el propósito de construir el marco de referencia del estudio y delimitar el contenido mínimo de los derechos humanos vinculados con el uso de drogas y las obligaciones de las autoridades en sus distintos niveles y órdenes de gobierno. La revisión de las convenciones e informes de los órganos que conforman el sistema internacional de fiscalización de drogas permitió, por un lado, conocer los objetivos subyacentes a estas políticas e identificar aquellas disposiciones relacionadas con la posesión, producción y uso personal de sustancias psicoactivas. Asimismo, se identificaron y estudiaron modelos regulatorios desarrollados en varios países de la región y otras partes del mundo que pueden servir de referente para hacer propuestas alternativas en México. La revisión documental de la literatura existente sobre uso de drogas, en particular publicaciones y artículos científicos, permitió llevar a cabo un estudio exploratorio de los impactos en los derechos humanos de las políticas de fiscalización de drogas, principalmente en países de América Latina, e identificar situaciones de especial tensión que hacen necesario modificarlas.

¹⁶ *Ibidem*, p. 39.

¹⁷ *Ibidem*, p. 40.

¹⁸ *Ibidem*, p. 41.

¹⁹ *Ibidem*, p. 42.

²⁰ *Ibidem*, p. 43.

Por otra parte, el examen de la situación en el Distrito Federal se llevó a cabo a partir de una inspección del marco jurídico en vigor –lo que implicó a su vez el estudio de la normatividad federal– y su posterior análisis desde el enfoque de la máxima protección a los derechos humanos, con un acercamiento a las personas usuarias de drogas. Otros aspectos abordados para valorar la respuesta institucional son las políticas públicas, programas y medidas implementadas en la ciudad de México. En tal sentido, el CIADH hizo las gestiones necesarias para solicitar información a las dependencias involucradas en la realización de estos derechos, y a las delegaciones políticas del Distrito Federal. La información recibida permitió, además de contar con un mapeo de los programas y acciones existentes, valorar su pertinencia en relación con el respeto, protección, promoción y ejercicio de los derechos humanos.

Para aportar elementos de diagnóstico sobre el estado que guardan los derechos humanos de las personas usuarias de drogas en el Distrito Federal se realizó una revisión detallada de la información estadística disponible; de informes publicados por instituciones académicas, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil (osc) y de los registros de quejas y recomendaciones de la CDHDF. Respecto de estas últimas, se hizo un análisis cualitativo a profundidad de las narraciones de hechos que obran en las 326 quejas interpuestas en este organismo entre enero de 2012 y junio de 2013,²¹ y de las 17 recomendaciones emitidas de 1995 a 2013, todas relacionadas con el tema del uso de drogas; así como de los boletines de prensa publicados entre 2012 y junio de 2013. Finalmente, se llevó a cabo un seguimiento a medios con el objetivo de identificar las problemáticas reportadas entre enero y junio de 2013. Este trabajo permitió verificar los temas de mayor preocupación y ofrecer elementos de convicción respecto de los principales problemas relacionados con el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas en el Distrito Federal.

Como fuente de información complementaria se tomaron en consideración las ponencias y discusiones que surgieron en las actividades de difusión organizadas de forma conjunta entre la CDHDF y Cupihd, en particular el Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos realizado del 7 al 9 de agosto de 2013, en el que participaron más de 150 personas y 45 ponentes provenientes de diversos sectores, y que permitió construir un espacio internacional de reflexión sobre los impactos en los derechos humanos de las políticas de drogas.²² A través del micrositio²³ creado para difundir información sobre el proceso de elaboración del Informe especial y la realización del foro internacional se abrió un espacio para recibir testimonios y dar voz a las personas usuarias de drogas, con el fin de conocer sus preocupaciones y propuestas.

D. Estructura

El presente Informe cuenta con seis capítulos. En el capítulo 1 se presenta el marco conceptual relacionado con las drogas al abordar una definición y caracterización de los diversos usos que se hacen de ellas. En un segundo momento se abona en la perspectiva del Informe y en las disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos que permiten reconocer a las personas usuarias como sujetos plenos de derecho.

²¹ El presente Informe especial hace referencia a narraciones de hechos que obran en los expedientes de quejas investigadas por la CDHDF; no obstante, en virtud de la normatividad existente en materia de protección de datos personales, se eliminó la información relacionada con las personas agraviadas y la referencia a los números de expedientes.

²² Para mayor información sobre este foro internacional y el *Informe especial. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013*, véase <<http://drogasdh.cd hdf.org.mx/>>, página consultada el 8 de octubre de 2013.

²³ *Idem*.

En el capítulo II se hace una revisión histórica de la adopción y evolución de las convenciones internacionales que dan sustento al sistema de fiscalización de drogas. Posteriormente, se mencionan las observaciones e informes de distintos comités de las Naciones Unidas que se han pronunciado sobre las consecuencias de estas políticas en el ejercicio de los derechos humanos.

Después de estos capítulos generales, se aborda con mayor profundidad la situación en el Distrito Federal desde dos perspectivas: la de la seguridad y el acceso a la justicia, y la de la salud y el acceso a la información. En primer lugar, se analiza en el capítulo III el marco jurídico que regula el uso de drogas en el Distrito Federal, se identifican prácticas en vigor en materia de seguridad pública y persecución del delito, y se describen algunas de las vivencias cotidianas de las y los usuarios de drogas frente al aparato del Estado. En seguida el capítulo IV se centra en el análisis del derecho a la salud junto con el derecho a la información y a la educación, que guardan una vinculación muy estrecha, abordando las estrategias de reducción de los riesgos y daños recomendadas en este ámbito y analizando la propuesta implementada en el Distrito Federal.

Asimismo, se aportan elementos de diagnóstico para evidenciar el impacto de estas medidas en el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias y de la población en general.

Finalmente en los capítulos V y VI se presentan consideraciones finales y propuestas enfocadas hacia la adopción de un modelo de regulación respetuoso de los derechos humanos.

I. Marco conceptual: la perspectiva de los derechos humanos en el análisis de las políticas de drogas



En este capítulo inicial se procederá, en primera instancia, al desarrollo de una aproximación y revisión conceptual del término *drogas*. Posteriormente, y antes de profundizar en la descripción de algunos comportamientos relacionados con el uso de éstas, se proporcionará un panorama general de las grandes tendencias observadas en el continente americano en relación con su producción, distribución y uso. En un segundo momento se discutirá la propuesta metodológica del Informe que busca abordar la temática de las drogas desde el marco internacional de los derechos humanos, en particular en los aspectos relevantes para las personas usuarias.

A. Definiciones y aproximaciones teóricas acerca de las drogas

1. Drogas: definición, tipos y principales tendencias

a) DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴ reconoce que la palabra *droga* es un término de uso variado.²⁵ Por ejemplo, en el campo de la medicina es usado para caracterizar aquellas sustancias con potencial para prevenir o curar enfermedades o mejorar la salud física o mental; en farmacología, en cambio, se utiliza para nombrar toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos.²⁶

En el lenguaje común, el término *droga* es usado para referirse a las sustancias psicoactivas o su equivalente, las sustancias psicotrópicas; es decir, como lo define la OMS, toda sustancia que, ingerida por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, pudiendo provocar una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones y/o la modificación de un estado psíquico.²⁷ Este organismo internacional reconoce que el carácter *psicoactivo* de las drogas no significa necesariamente que su uso implique la dependencia a ellas, pero sí un impacto en los procesos mentales como la cognición o la afectividad.²⁸

Dentro del término de drogas o sustancias psicoactivas son clasificados tanto los medicamentos utilizados en el tratamiento de trastornos mentales (ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, antimaniacos y neurolépticos), como otras sustancias usadas para fines médicos o no (los estimulantes, alucinógenos y opiáceos), entre otros.²⁹

El presente Informe se centra en la protección de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas para fines no médicos; en consecuencia, el análisis posterior aborda exclusivamente esta última categoría, dejando fuera de sus consideraciones el uso de drogas para fines médicos. Asimismo, cabe precisar que se usarán los términos *drogas* y *sustancias psicoactivas* de manera indistinta para efectos del presente Informe.

Adicionalmente vale señalar que, retomando el sentido de la definición de la OMS y considerando los efectos psicoactivos que tienen la cafeína, el tabaco y el alcohol en las personas que los consumen,

²⁴ La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas. Mayor información en: <<http://www.who.int/es/>>.

²⁵ OMS, *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, p. 33.

²⁶ *Idem*.

²⁷ *Idem*, pp. 33, 58 y 59.

²⁸ *Idem*.

²⁹ *Idem*, p. 53.

estas sustancias también pueden ser incluidas en el término genérico de *drogas*.³⁰ No obstante, son contempladas de manera superficial a lo largo del presente Informe debido a que son sustancias sujetas a mecanismos de regulación estatal que permiten en cierta medida el respeto y protección de los derechos humanos de las personas que las consumen. Dicha regulación servirá como ejemplo para plantear medidas eficaces en la materia destinadas a las ahora drogas prohibidas.

➤ **Diversos tipos de sustancias psicoactivas**

Las sustancias psicoactivas son numerosas, su composición es variable y sus efectos en las personas que las usan también son muy diversos; algunas son estimulantes, otras tienen efectos psicodélicos y otras son de tipo depresores.³¹ Comúnmente las sustancias psicoactivas más usadas son las anfetaminas y sus derivados, los alucinógenos—incluyendo la dietilamida de ácido lisérgico (*lysergic acid diethylamide*); más conocido como LSD por sus siglas en inglés—, el cannabis, la cocaína, los inhalables y los opioides.³² A continuación se presenta un cuadro ilustrativo con una breve descripción de algunas de las sustancias psicoactivas más consumidas alrededor del mundo.

Cuadro I.1 Compendio de sustancias psicoactivas usadas con fines no médicos

Tipo de droga	Descripción	Sustancias relacionadas y nombres coloquiales
Anfetamina y estimulante de tipo anfetamínico (ETA)	En esta categoría encontramos la anfetamina—cuyo nombre genérico proviene de su propia estructura química la alpha-methyl-phenyl-ethyl-amine—, la dexanfetamina y la metanfetamina. Son sustancias que estimulan el sistema nervioso central, en mayor medida la metanfetamina. Junto a usos terapéuticos reconocidos para tratar trastornos del sueño (narcolepsia) o por déficit de atención con hiperactividad, son sustancias consumidas también para fines no médicos por sus efectos estimulantes. La forma más habitual de consumirlas es por vía nasal u oral. Algunas variantes de la anfetamina sintetizada fueron descartadas comercialmente, justo por sus efectos especiales, es el caso de las metilendioxi-anfetaminas como la MDA o <i>píldora del amor</i> (metilendioxi-anfetamina), la MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina); comúnmente conocida como éxtasis; y la MDE, MDME o <i>eva</i> (metilendioxi-etil-anfetamina). Éstas son drogas sintéticas psicoactivas y químicamente similares al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mescalina, susceptibles de provocar efectos estimulantes y psíquedélicos.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Anfet</i> o <i>speed</i> (anfetaminas). • <i>Meth, ice, cristal cranka</i> (metanfetaminas). • <i>Éxtasis, tachas, trakas</i>.
Alucinógenos	Los alucinógenos se fabrican a partir del ácido lisérgico que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos. Son ejemplos la lisérgida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4-metilendioxi-anfetamina, MDA), la 3,4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP). La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral; no obstante, la DMT se inhala o se fuma. En estado natural se encuentran en variedades de vegetales que contienen alucinógenos, utilizados tradicionalmente por los pueblos indígenas, por ejemplo, el peyote, que son botones alucinógenos de varios tipos de cactus que contienen mescalina (<i>Lophophora williamsii</i> , <i>Anhalonium lewinii</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • LSD, mescalina, <i>ácido, ajo, micropunto</i>. • Peyote.

³⁰ *Ibidem*, p. 33. Para más información sobre los principios activos de estas sustancias, véase *ibidem*, pp. 14, 22 y 59.

³¹ Energy Control, “Efectos de los RCS en el sistema nervioso central”, disponible en <<http://energycontrol.org/infodrogas/otras/rcs-legal-highs-nuevas-sustancias-de-sintesis/articulos-generales/387-diversidad-de-efectos.html?showall=1>>, página consultada el 25 de septiembre de 2013.

³² Véase OEA, *op. cit.*; y UNODC, *World Drug Report 2013*, Viena, UNODC, 2013.

Cuadro I.1 Compendio de sustancias psicoactivas usadas con fines no médicos (*continuación*)

Tipo de droga	Descripción	Sustancias relacionadas y nombres coloquiales
Cannabis	El cannabis es un término genérico que designa diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), <i>Cannabis sativa</i> . Suele presentarse como marihuana (cogollos o floraciones); hachís (preparado con la resina de la planta) o aceite de hachís. El consumo habitual del cannabis es fumado, aunque también puede ser comido o bebido en infusión. Esta planta sintetiza una variedad de productos químicos distintos (más de 400). El más importante desde un punto de vista psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC, cuyas cantidades fluctúan según la variedad de planta y de la presentación del producto.	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana, <i>hierba, mota, mostaza, café, maría, maryjane</i>; una vez preparada para fumar en forma de cigarro: <i>gallo o porro</i>. • Hachís, <i>hash, chocolate</i>. • Aceite de hachís.
Cocaína	La cocaína (hidrocloruro de cocaína) es un alcaloide obtenido a partir de la hoja del arbusto de la coca, <i>Erythroxylon coca</i> , usada a menudo como anestésico local. Es un potente estimulante del sistema nervioso central que también se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio. La cocaína suele venderse en polvo a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. Uno de sus derivados es el <i>crack</i> , que se obtiene de la mezcla entre cocaína pura (la base libre) y bicarbonato de sodio.	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína, <i>coca, cocol, polvo, nieve</i>. • <i>Crack, piedra</i>.
Inhalables	Los inhalables son sustancias volátiles que producen vapores químicos que al inhalarse provocan efectos psicoactivos o de alteración mental. Se pueden clasificar en cuatro categorías basándose en las formas más comunes en que éstos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Podemos distinguir los solventes volátiles (pinturas, gasolina, pegamento); los aerosoles (pinturas en aerosol, <i>spray</i> para el cabello, <i>aire comprimido</i> para limpiar computadoras); los gases (encendedores de butano, tanques) y los nitritos (<i>poppers</i> o <i>reventadores</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mona, activo</i>.
Opioides	Es un término genérico que se aplica a los alcaloides de la planta adormidera del opio o <i>Papaver somniferum</i> (morfina, codeína, también conocidos como opiáceos); a sus análogos semisintéticos (heroína) y sintético (metadona, naltrexona, etc.). También hace referencia a los receptores y a la neurotransmisión opioide que existen en nuestro organismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Heroína, morfina codeína, metadona.

Fuente: Elaboración propia con base en J. Camí. “Las sustancias, farmacología”, en *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*, Barcelona, Grup Igia y colaboradores, 1999, pp. 151, 157 y 161-162; Energy Control, “Cocaína, Clorhidrato de cocaína”, disponible en <http://energycontrol.org/files/pdfs/prospecto_cocaina.pdf>, página consultada el 6 de septiembre de 2013; Energy Control, “2CB/Nexus, 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina”, disponible en <http://energycontrol.org/files/pdfs/prospecto_2CB.pdf>, página consultada el 5 de septiembre de 2013; Energy Control, “Porros Cannabis 9 Tetrahidrocannabinol”, disponible en <http://energycontrol.org/files/pdfs/prospecto_cannabis.pdf>, página consultada el 6 de septiembre de 2013; Energy Control, “Speed Anfetaminas”, disponible en <http://energycontrol.org/files/pdfs/prospecto_speed.pdf>, página consultada el 5 de septiembre de 2013; Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, “Abuso y adicción a la metanfetamina”, Serie de reportes de investigación, 2010, disponible en <<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rmetanfeta.pdf>>, página consultada el 5 de septiembre de 2013; y OMS, *Glosario de términos de alcohol y drogas, op. cit.*, pp. 17 (“Alucinógeno”), 18 (“Anfetamina”), 22-23 (“Cannabis”), 23-24 (“Cocaína”), 38 (“Hojas de coca”), 43 (“Metadona”), 48 (Peyote, Plantas alucinógenas) y 59 (“Sustancias volátiles”).

El cuadro anterior no busca ser exhaustivo, pues en realidad existe una gran diversidad de sustancias psicoactivas con diferentes propiedades. Además de las arriba descritas, podemos mencionar también a la ketamina, el GHB (ácido gammahidroxibutírico), y a un conjunto de sustancias de síntesis conocidas coloquialmente como *drogas de diseño*, muy nuevas para el público en general y en continuo desarrollo.³³

³³ Energy Control, “Otras drogas”, disponible en <<http://energycontrol.org/infodrogas/otras.html>>, página consultada el 6 de septiembre de 2013. Sobre las nuevas sustancias psicoactivas, véase también OEA, *op. cit.*, p. 62.

Si atendemos a la procedencia de las sustancias, éstas pueden clasificarse en naturales y sintéticas.³⁴ Las primeras han sido usadas históricamente por muchos pueblos como parte de sus prácticas religiosas, medicinales o sociales, es el caso del peyote o los hongos alucinógenos en México. Las segundas aparecen con el desarrollo de la química moderna que permite separar los factores esenciales que les dan su cualidad psicoactiva: los alcaloides.³⁵

➤ Tendencias sobre el uso, cultivo, producción y distribución de drogas

Antes de entrar en la caracterización de los distintos usos de drogas y en la perspectiva de la persona usuaria, se presentarán algunas tendencias generales observadas a nivel mundial y en el continente americano sobre el uso, cultivo, producción y distribución de sustancias psicoactivas. Este panorama general permitirá situar el objeto de estudio en un contexto más amplio.

Según datos publicados recientemente en un informe de la Organización de los Estados Americanos (OEA), 5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad había consumido drogas una vez durante 2010 (equivalente a alrededor de 230 millones de personas); de ellas, alrededor de la décima parte era consumidora habitual, lo que representaba 0.6% de la población mundial; y menos de 0.1% desarrollaba patrones de dependencia.³⁶ En 2012 se calculó que entre 10% y 13% de las personas usuarias presentó problemas de dependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas.³⁷

Por su parte, el informe 2013 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) apunta a un aumento moderado del uso de drogas, toda vez que se incrementa de manera proporcional a las estimaciones del crecimiento de la población mundial; no obstante, señala como un grave problema de salud pública el consumo de drogas inyectables en relación con la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).³⁸ El informe de la OEA concluye que aun cuando hay evidencia de uso en todos los países, en la región de Norteamérica es mayor y es donde se registran más personas afectadas por complicaciones de salud asociadas al uso problemático de ciertas drogas.³⁹

En cuanto a las tendencias en el uso de drogas, se observa que la marihuana es la droga más consumida en el mundo, concentrando entre 75% y 80% de las personas usuarias de drogas a nivel mundial.⁴⁰ En el continente americano se encuentra 24% de las personas usuarias, y de ellas 81% es de nacionalidad estadounidense.⁴¹ A nivel mundial, los estimulantes tipo anfetaminas constituyen el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van de 14 a 53 millones de personas usuarias de anfetaminas y de 10 a 28 millones de usuarios de sustancias estimulantes de tipo anfetamínico como el éxtasis.⁴²

En el caso de la cocaína, entre 0.3% y 0.4% de la población mundial de 15 a 64 años de edad declara haberla consumido en el último año y en el caso de la región americana se calcula una pro-

³⁴ Antonio Escobedo, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa Calpe, 2008, p. 43.

³⁵ *Idem*.

³⁶ OEA, *op. cit.*, p. 67. La UNODC estima que las personas que consumieron alguna droga ilícita en 2011 representan aproximadamente entre 3.6% y 6.9% de la población adulta a nivel mundial. UNODC, *op. cit.*, p. 1.

³⁷ UNODC, *World Drug Report 2012*, Viena, p. 1.

³⁸ UNODC, *World Drug Report 2013*, *op. cit.*, p. ix.

³⁹ OEA, *op. cit.*, p. 105.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 69.

⁴¹ *Idem*.

⁴² OEA, *op. cit.*, p. 71.

porción de 1.2%.⁴³ Los países de la región concentran aproximadamente la mitad del consumo a nivel mundial.⁴⁴ En varios países, los inhalables son las drogas más consumidas, sobre todo entre la población estudiantil.⁴⁵

En materia del cultivo de drogas naturales se prevé una reducción de las áreas de cultivo de la coca — eminentemente en Colombia, Perú y Bolivia, los principales países productores— de alrededor de 30% desde 2000,⁴⁶ aunque se advierte también que estos países siguen siendo los principales productores de la cocaína que se consume en el mundo.⁴⁷ En relación con su distribución, el mayor flujo se produce entre Colombia y Estados Unidos, siendo Centroamérica y México el territorio donde transita por lo menos 80% de lo que se consume en aquel país.⁴⁸

Por su lado, la amapola, de donde se extrae el opio, es cultivada sobre todo en Colombia y México, y hay pruebas de que se siembra también en Guatemala y Ecuador, aunque en cantidades menores. En México se ha registrado un incremento importante de 300 o 400 hectáreas de cultivo a 14 000 en sólo dos años,⁴⁹ con lo que se está convirtiendo en la principal fuente de heroína en el continente americano, desplazando a Colombia.⁵⁰

En el caso del cannabis, México, Estados Unidos, Colombia, Paraguay y Canadá son los principales países productores en América. La OEA calcula que México suministra casi la mitad de lo que se consume en Estados Unidos, y que Paraguay provee grandes cantidades a países sudamericanos, aunque no existe certeza de los porcentajes exactos.⁵¹

Con respecto a las drogas sintéticas como las anfetaminas, las metanfetaminas o el éxtasis, entre otras, su producción se puede llevar a cabo en cualquier lugar, a bajo costo y con cierta facilidad, a diferencia de la cocaína o la heroína,⁵² lo que seguramente explica que haya rastros de producción en cada vez más países alrededor del mundo.⁵³ En particular, se observa el traslado de esa producción de Estados Unidos a México, debido a los controles cada vez más estrictos que se establecen en este primer país sobre los precursores químicos necesarios para la manufactura de esas sustancias sintéticas; y lo mismo ocurre en Centroamérica, especialmente en Guatemala y Honduras, a medida que se van reforzando los controles en México.⁵⁴

Paralelamente se está produciendo una diversidad de nuevas sustancias sintéticas cuya composición y presentación varían constantemente, lo que dificulta su identificación por parte de las autoridades de control y vigilancia.⁵⁵ Otra fuente señala que la aparición de nuevas sustancias psicoactivas o *drogas de diseño* aumentó en más de 50% entre 2009 y mediados de 2012,⁵⁶ suponiendo un nuevo desafío para las políticas de fiscalización de drogas.

⁴³ *Ibidem*, p. 70.

⁴⁴ *Idem*.

⁴⁵ OEA, *op. cit.*, p. 71.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 29.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 39.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 47.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 31.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 40.

⁵¹ *Ibidem*, p. 32.

⁵² *Ibidem*, p. 40.

⁵³ *Idem*.

⁵⁴ *Idem*.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 41.

⁵⁶ UNODC, *World Drug Report 2013*, *op. cit.*, p. xi.

2. Sobre los distintos usos de las drogas

El vocablo *drogas* suele asociarse de forma casi automática a los términos *adicción*, *drogadicción* y *toxicomanía*. Éstos hacen referencia a condiciones de dependencia o de uso problemático respecto de ciertas sustancias psicoactivas, sin embargo, contienen una fuerte carga moral negativa y de prejuicios. Además, se trata de conceptos inadecuados para definir de manera integral y comprensiva la diversidad de conductas asociadas con el uso de drogas. El relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado la importancia de entender que el consumo de drogas no necesariamente implica o conlleva la dependencia de ellas; y que las personas que usan drogas no se vuelven necesariamente dependientes ni necesitan tratamiento.⁵⁷ En los hechos, las personas se relacionan de manera muy distinta con las drogas y en función de las características de cada sustancia, asimismo, el consumo puede implicar experiencias y consecuencias diferentes.

a) APROXIMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En su glosario de términos, la OMS incluye una diversidad de adjetivos para calificar y distinguir varios tipos de uso de drogas: experimental, social, recreativo, moderado, de riesgo, abusivo, perjudicial y problemático, entre otros.⁵⁸ Estos calificativos refieren tanto a contextos específicos de uso como a cantidades consumidas o su periodicidad. Se define como *uso experimental* al consumo de drogas cuando éste se lleva a cabo por primera vez para advertir y percibir sus efectos, o de manera muy infrecuente o inconstante. El *uso moderado* denota, por su parte, un consumo en cantidades reducidas o de forma ocasional; mientras que el *uso controlado* expresa un consumo regular y no compulsivo de sustancias psicoactivas, reduciendo al mínimo sus efectos en la salud. El *uso recreativo* también refiere un tipo de consumo en situaciones sociales o relajantes e implica que no existe dependencia. Por otro lado, el consumo de tipo *social* tiene que ver con el contexto de consumo; es decir, un uso que se ajusta a la costumbre social y que se realiza en compañía de otras personas o por motivos socialmente aceptables, aunque no siempre se trata de un consumo en cantidad moderada.

Cuando el patrón de uso eleva las posibilidades de sufrir consecuencias en la salud física o mental de la persona usuaria, o de tipo social, se habla de un *uso de riesgo*. Para enfatizar los daños más o menos pronunciados que puede provocar un consumo en mayores cantidades se suele referir a los términos *perjudicial* o *problemático*. El *uso perjudicial* de una sustancia psicoactiva hace referencia al daño en la salud, ya sea físico o mental, pero que no incluye siempre consecuencias de tipo social. Se emplea el término más amplio de *uso problemático* para identificar patrones de consumo que conllevan problemas individuales o colectivos, de salud física, mental o de carácter social. Con respecto a las consecuencias sociales, podemos mencionar en particular las repercusiones en la salud de la comunidad que puede entrañar un uso individual de riesgo, por ejemplo, en lo que se refiere a la relación entre el uso de drogas inyectables y los riesgos de contraer el VIH/sida.⁵⁹

El término *abuso* es a veces utilizado para referirse a cualquier tipo de consumo de drogas ilegales, pero no de forma directa en relación con la cantidad o frecuencia del uso sino por los efectos que produce. Debido a su ambigüedad, la Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos aconseja no utilizarlo, a pesar de lo cual dicho término aún se usa de forma extendida en Esta-

⁵⁷ ONU, *doc. cit.*, párr. 7.

⁵⁸ OMS, *op. cit.*, pp. 25-27 y 64.

⁵⁹ ONU, *doc. cit.*, párr. 16.

dos Unidos.⁶⁰ A partir de 1964, la OMS también dejó de utilizar los términos de *toxicomanía* y *habituación*, porque reconoció que se utilizaban de forma errónea⁶¹ para calificar indistintamente el uso de todas las drogas sometidas a fiscalización internacional.⁶² Frente al aumento en diversidad y cantidad de sustancias psicoactivas consumidas, se acordó adoptar el concepto de *dependencia* como término genérico para referirse al “estado originado por la administración o el consumo repetidos de la sustancia en cuestión en forma periódica y continua”.⁶³ Sin embargo, se precisó que las características o síntomas de la dependencia varían según la naturaleza de cada sustancia y los patrones y frecuencia de su uso, por lo cual se ha sugerido complementar la expresión *dependencia* indicando la sustancia, por ejemplo, la dependencia morfinica, cocaínica y anfetamínica.⁶⁴

Actualmente, existe consenso sobre el uso del término *dependencia* en el ámbito médico, psiquiátrico y en los organismos internacionales. Muestra de ello es su inclusión en la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, conocida como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o por sus siglas ICD del inglés International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, publicada por la OMS y diseñada para la sistematización internacional de datos sobre la salud con fines estadísticos.⁶⁵ Asimismo, dicho término ha sido incluido en el Manual de Enfermedades y Estadísticas (DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría.⁶⁶

Estas clasificaciones implican que el síndrome de dependencia es un término adecuado para definir una serie de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognoscitivas relacionadas con un cierto tipo de consumo, mas no para definir *per se* un estado vinculado a cualquier uso de sustancias psicoactivas. En este mismo sentido, en el informe del relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud se ha enfatizado la importancia de diferenciar entre el uso de drogas y la dependencia a éstas (drogodependencia o farmacodependencia), considerando únicamente a la dependencia como un trastorno crónico recurrente que puede requerir o no de un tratamiento médico. En cambio, el consumo de drogas no necesariamente implica dependencia o usos problemáticos por lo que el relator considera que éste no debe ser considerado un problema de salud.⁶⁷

En el documento de la OMS sobre trastornos mentales y de comportamiento, que forma parte de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), se incluye un apartado completo sobre el consumo de sustancias psicoactivas, haciendo referencia en esta categoría al alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína y otros estimulantes, los alucinógenos, el tabaco, los disolventes volátiles y otras múltiples drogas o sustancias psicótropas.⁶⁸ En esta clasificación se distinguen, además de la dependencia, otros diagnósticos como la intoxicación

⁶⁰ OMS, *op. cit.*, p. 11.

⁶¹ Textualmente, la OMS se pronuncia de la siguiente manera: “La definición de toxicomanía tuvo cierta aceptación, pero no puso fin a la confusión en el empleo de las palabras toxicomanía y habituación ni al uso incorrecto de la primera. Por otra parte, la lista de drogas empleadas abusivamente ha aumentado en número y en diversidad. Las dificultades derivadas de todo ello han sido cada vez mayores y se han hecho varias tentativas para encontrar un término que pueda aplicarse en general a las drogas empleadas abusivamente. El elemento común parece ser en todos los casos la dependencia, ya sea psíquica, física o de ambos tipos”. OMS, *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanígenas*, OMS, (serie de Informes Técnicos, núm. 273, 13° informe), 1964, p. 9.

⁶² El sistema internacional de fiscalización de drogas y sus impactos se analiza de forma detallada en el siguiente capítulo.

⁶³ OMS, *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanígenas, op. cit.*, p. 10.

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Para mayor información sobre el CIE/ICD, véase el portal de internet de la OMS <<http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html#>>, página consultada el 13 de septiembre de 2013.

⁶⁶ Las siglas en inglés significan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. La última versión disponible es DSM-IV; para mayor información véase <<http://www.psychiatry.org/publications>>, página consultada el 13 de septiembre de 2013.

⁶⁷ ONU, *doc. cit.*, párr. 7.

⁶⁸ OMS, *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE 10*, Ginebra, OMS, 1999, pp. 53-60.

aguda, el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia incluso con *delirium*, entre otros. El diagnóstico de cada tipo de uso está sujeto a la observación de requisitos precisos. La clasificación incluye, por ejemplo, el *diagnóstico de intoxicación*, para referir un estado transitorio consecutivo de ingestión o asimilación de sustancias o alcohol que produce diversas alteraciones a las funciones fisiológicas y psicológicas;⁶⁹ o el *consumo perjudicial*, que se entiende como la forma de consumo que afecta a la salud física o mental.

Cuadro 1.2 Efectos relacionados con el uso de drogas, definiciones de la oms

Diagnóstico	Descripción
Intoxicación aguda	Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicoactivas que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.
Consumo perjudicial	Consiste en una forma de consumo que afecta la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).
Síndrome de dependencia	Es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el uso de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para la persona, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el uso de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes previamente.
Síndrome de abstinencia	Conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad diferentes, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.
Síndrome de abstinencia con <i>delirium</i>	Trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un <i>delirium</i> , incluyendo el <i>delirium tremens</i> , un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que a veces pone en peligro la vida.
Trastorno psicótico	Por lo general se presenta acompañando al uso de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.
Síndrome amnésico	Se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que se conserva la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas y los defectos amnésicos son incomparablemente mayores que los de otras funciones.

⁶⁹ *Ibidem*, pp. 50-53.

Cuadro 1.2 Efectos relacionados con el uso de drogas, definiciones de la OMS (*continuación*)

Diagnóstico	Descripción
Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas	Estado en el que ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al uso de alcohol u otras sustancias psicotrópicas persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.
Otros trastornos mentales o del comportamiento	En ellos el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

Fuente: OMS, *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE 10, op. cit.*, pp. 53-60.

La clasificación de la OMS sobre enfermedades y trastornos vinculados a las sustancias psicoactivas responde a una perspectiva de corte médico que considera al uso de drogas como una enfermedad o trastorno mental y del comportamiento que se puede diferenciar en distintos diagnósticos con base en los síntomas que acompañan a cada tipo de uso. Se trata de un enfoque médico convencional que, desde una perspectiva biologicista e individualista, enfatiza las interacciones existentes entre la biología humana y las características farmacológicas de las drogas. Esta perspectiva ha aportado conocimientos sobre las características psicoactivas de las drogas y el proceso bioquímico de la adicción física, así como procedimientos para el tratamiento de la dependencia. En México, por ejemplo, podemos citar investigaciones realizadas y/o promovidas en este sentido por instituciones de renombre como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF),⁷⁰ la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)⁷¹ o el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).⁷²

b) USOS DE DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

El uso de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial; implica elementos conductuales (una persona que decide consumir una sustancia) y reacciones del organismo por el uso de la droga, pero también un escenario social particular.⁷³ En esta práctica confluyen elementos de orden psicológico, biológico y sociológico. Como cualquier fenómeno social, el uso de drogas ha sido abordado desde distintas perspectivas y posturas epistemológicas. Estas investigaciones han llevado a la construcción de diferentes modelos interpretativos⁷⁴ que vinculan definiciones a veces diversas —e incluso antagónicas— de lo que son

⁷⁰ Parte de tales aportes han sido publicados en la revista *Salud Mental*, disponible en <http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/>, página consultada el 19 de noviembre de 2013.

⁷¹ Véanse en particular los artículos publicados en la *Revista de la Facultad de Medicina* disponible en <http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=104>, página consultada el 19 de noviembre de 2013.

⁷² Para mayor información, véase <<http://www.insp.mx/>>, página consultada el 19 de noviembre de 2013.

⁷³ Xavier Pons Diez, “Modelos interpretativos del consumo de drogas”, en *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, vol. 4, núm. 2, 2008, p. 158.

⁷⁴ Por ejemplo, Xavier Pons distingue nueve modelos interpretativos del consumo de drogas: el médico tradicional, el psicológico individualista, el de los factores socioestructurales, el jurídico, el de la privación social, el de la distribución del consumo, el de reducción del daño, el de educación para la salud y el modelo socioecológico. Véase Xavier Pons Diez, “Modelos interpretativos del consumo de drogas”, *op. cit.*, p. 158.

las drogas y los distintos tipos de uso que se hacen de ellas, mismos que han influenciado en mayor o menor medida la definición e implementación de políticas públicas en esa materia.

Además de las definiciones con connotación médica o psicológica, existen otras aproximaciones al fenómeno del uso de drogas que buscan explicar la interrelación de los sujetos y los contextos sociales y culturales con las sustancias psicoactivas. Las perspectivas médicas o psicológicas insisten sobre los factores individuales y psicológicos que influyen en la determinación de una conducta de uso de drogas; no obstante, no agotan otros factores que en los hechos y la vida cotidiana de las personas afectan de un modo u otro la relación de éstas con las sustancias psicoactivas. Factores sociales, históricos y culturales que forman parte de la vida diaria de las personas influyen también en su desarrollo y conductas.

En este sentido, la *perspectiva sociocultural* asume una concepción del ser humano como un ser meramente social influenciado por su ambiente sociocultural. Desde dicha perspectiva, el uso de drogas es considerado como parte de los estilos de vida de las personas, íntimamente vinculados a las dinámicas de funcionamiento de sus grupos de referencia. La premisa es que las personas están inmersas en diversos grupos sociales donde se va determinando el papel que deben desempeñar y las pautas de comportamiento a las que deben sujetarse. Al respecto, las investigaciones socioculturales hacen énfasis en los factores supraindividuales que determinan el uso de drogas, y se centran en describir de forma pormenorizada los diferentes patrones de uso de distintas sustancias en diversas sociedades y grupos sociales a partir de los métodos de investigación de la ciencia social.⁷⁵

Así, por ejemplo, se señala que las drogas son sustancias que afectan somática y sentimentalmente a las personas trasladando mensajes al sistema nervioso, pero que son mediatizadas siempre por los valores culturales de cada sociedad, los cuales influyen en las ideas o concepciones que cada una formula sobre las drogas.⁷⁶ Es el caso, por ejemplo, de las y los jóvenes que muchas veces asocian el uso de drogas con una actitud de rebeldía, o también el papel que juegan las drogas en los procesos de pertenencia o exclusión de los diferentes grupos sociales. Asimismo, desde esta perspectiva se insiste en la dimensión simbólica del uso y no solamente en la acción física de administrarse una droga. Por ello, se suele preferir frente al término *consumo*, el concepto de *uso de drogas*, expresión que se puede definir de la siguiente manera:

se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas.⁷⁷

Para fines del presente Informe se hará referencia al *uso de drogas*, más que a su *consumo*, para dar cuenta de los distintos significados que implica esta práctica. Asimismo, para describir la variedad de usos de drogas sin impacto para la salud individual o colectiva se utilizará el término *uso no problemático* de drogas, entendiéndolo como la administración de alguna o algunas sustancias psicoactivas que por su cantidad, patrón o medio de uso y contexto no supone un daño a la salud individual o colectiva que requiera de atención. Además, se emplearán los conceptos de *uso problemático* y *dependencia*,

⁷⁵ *Ibidem*, pp. 171-172.

⁷⁶ Antonio Escotado, *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*, Madrid, Anagrama, 2005, pp. 9-10.

⁷⁷ Oriol Román, "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño", en *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3, Buenos Aires, septiembre-diciembre de 2008, p. 302.

para referirse de forma genérica a cualquier tipo de utilización que conlleva consecuencias individuales y sociales y/o una dependencia a la sustancia psicoactiva ingerida.

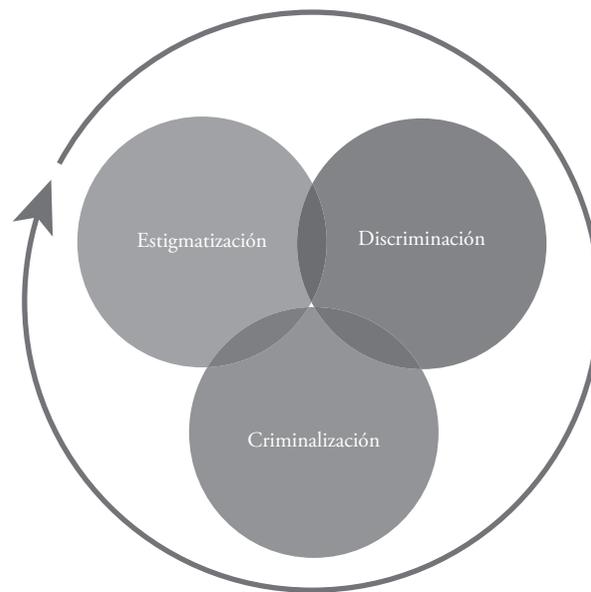
B. Derechos humanos y personas usuarias de drogas: marco conceptual

1. Las personas usuarias de drogas como sujetos plenos de derecho

a) DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LA CRIMINALIZACIÓN

Mientras el uso de alcohol o tabaco gozan de cierta legitimidad en la sociedad, el de otras sustancias psicoactivas como el cannabis, la cocaína o los opioides son objeto de muchos prejuicios al ser concebidas de manera generalizada como poseedoras de altos grados de peligrosidad, ya sea por su factibilidad de causar dependencia por su vinculación con consumos problemáticos. Dichos estereotipos y prejuicios relacionados con el uso de drogas⁷⁸ afectan a las personas usuarias en tanto que suelen ser víctimas de procesos de estigmatización como resultado de la atribución generalizada por parte de la sociedad de una imagen estandarizada que se halla estrechamente vinculada con caracteres profundamente desacreditadores en virtud de su relación con las drogas.⁷⁹

Esquema I.1 Prejuicios relacionados con el uso de drogas



Fuente: Elaboración propia.

⁷⁸ Los estereotipos tienen que ver con las creencias asociadas a un grupo y los prejuicios con la evaluación o el afecto negativo hacia ese grupo. Véase Carmen Huici, “Estereotipos”, en José Francisco Morales y Carmen Huici, *Psicología social y trabajo social*, Madrid, McGraw-Hill, 1996, capítulo xi.

⁷⁹ Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989, p. 13.

Los procesos de estigmatización son procesos cognitivo-afectivos que están sumamente arraigados en ciertos estereotipos y prejuicios que suelen materializarse en actitudes y prácticas discriminatorias. Incluso, dichas percepciones dominantes son reproducidas de modo frecuente tanto por algunas instancias como por la población en general, lo que conlleva al reforzamiento, reproducción e institucionalización⁸⁰ de estos procesos de estigmatización. De hecho, es muy común que las personas usuarias y las poblaciones afectadas por la implementación de las políticas de drogas experimenten múltiples tipos de discriminación.⁸¹

De manera similar, el universo de preconcepciones negativas –tanto prejuicios como estereotipos– que se atribuyen habitualmente a las personas usuarias de drogas contribuye a la construcción y fortalecimiento de nociones que vinculan el uso de drogas con la criminalidad, y asignan de manera automática y generalizada el carácter de delincuentes a quienes las consumen.⁸²

¿Qué es la criminalización?

Criminalización: de criminalizar: “1. tr. Atribuir carácter criminal a alguien o a algo”. (Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*.)

“Es el proceso por medio del cual comportamientos e individuos son transformados en crímenes y criminales”. (UNAFEI, *Resource Material Series No. 76*, 2008, p. 198, [traducción de los autores].)

Como resultado de lo anterior, en el imaginario social opera una visión discriminatoria y errónea de las personas usuarias de drogas como *adictas* y *delincuentes* con atributos negativos –y comúnmente falsos– como la irresponsabilidad, el poco o nulo respeto hacia las normas sociales y la ruptura de los vínculos familiares y de la comunidad.⁸³

En consecuencia, las representaciones sociales del fenómeno de las drogas no se corresponden con las características objetivas del fenómeno sino en su percepción estereotipada y estigmatizadora. Como se verá más adelante, ello implica un importante obstáculo tanto para el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas como para el mejoramiento de su calidad de vida y su acceso a oportunidades igualitarias de desarrollo.

El impacto que los procesos de estigmatización, discriminación y criminalización tienen en la vida y en los derechos de las personas usuarias es frecuentemente exacerbado cuando éstas forman parte de grupos sociales en situación especial de vulnerabilidad. Así, las poblaciones callejeras, las y los jóvenes, las mujeres, las niñas, los niños, las personas indígenas y las personas que viven en reclusión, entre otras, padecen el estigma relacionado con el uso de drogas de manera adicional a otros procesos de estigma por su pertenencia a grupos históricamente desfavorecidos.

⁸⁰ La institucionalización de estos procesos consiste en su adopción, reproducción y perpetuación por parte de las instituciones y agentes del Estado, ya sea por medio de leyes, políticas públicas o a través de diversas prácticas oficiales o no.

⁸¹ Count the Costs, “La guerra contra las drogas: promoviendo el estigma y la discriminación”, p. 1, disponible en <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Stigma_Spanish.pdf>, página consultada el 9 de septiembre de 2013.

⁸² Véase, por ejemplo, ONU, *doc. cit.*, párr. 30; y OEA, *op. cit.*, pp. 75-76.

⁸³ Gabriela Alemany Barris y Teresa Rossell Poch, “Actitudes sociales ante el consumo de drogas”, en *Revista de Trabajo Social*, núm. 82, Barcelona, 1981, pp. 7-11.

La vinculación de cualquiera de estas condiciones sociales específicas con los valores negativos tradicionalmente asociados con las drogas refuerzan los procesos de estigmatización y criminalización que viven las personas usuarias, lo que en última instancia impacta de manera desproporcionada el ejercicio de sus derechos humanos.

b) PERSONAS USUARIAS, DERECHOS HUMANOS Y OBLIGACIONES DEL ESTADO

Frente a un contexto adverso, marcado por procesos de estigmatización y criminalización arraigados en la sociedad, resulta imprescindible situar la reflexión sobre el uso de drogas desde la perspectiva de los derechos humanos, reafirmando en primer lugar y como premisa de cualquier estudio o intervención que las personas usuarias de drogas son sujetos plenos de derecho y, por lo tanto, titulares de todas las prerrogativas que conforman el “*corpus iuris* de derechos y libertades consagrados por el derecho internacional de los derechos humanos”.⁸⁴ Esto significa, desde la perspectiva de los derechos humanos, que todas las personas usuarias de drogas son titulares y se encuentran facultadas para ejercer la amplia gama de derechos humanos reconocidos por el Estado; es decir, todos aquellos derechos que corresponden universalmente a las personas.⁸⁵ Asimismo, una serie de garantías jurídicas las protegen contra acciones y omisiones, primordialmente de los agentes del Estado, que interfieren con sus libertades fundamentales, sus derechos y la dignidad humana.⁸⁶

Los derechos humanos que han sido reconocidos y protegidos en los tratados y convenciones, la costumbre internacional, los principios generales del derecho y en otras fuentes del derecho⁸⁷ como la jurisprudencia y la doctrina internacional, en lo que comúnmente se conoce como derecho internacional de los derechos humanos, implican una serie de obligaciones para los Estados. Así, todos los Estados, a través de las autoridades que los integran en los distintos niveles y órdenes de gobierno, tienen la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos de todas las personas bajo su jurisdicción,⁸⁸ buscando que la aplicación de las leyes, políticas públicas y prácticas de sus agentes se lleven a cabo de la forma que siempre sea la más benéfica, en este caso, para las personas usuarias de drogas, de conformidad con el principio *pro persona*.

⁸⁴ Daniel O'Donnell, *Derecho internacional de los derechos humanos. Normativa, jurisprudencia y doctrina de los sistemas universal e interamericano*, 2ª ed., México, 2012, p. 58.

⁸⁵ Véase Pedro Nikken, “El concepto de derechos humanos”, en *Estudios básicos de derechos humanos*, vol. 1, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1993.

⁸⁶ OACNUDH, *Folleto informativo 32: Derechos humanos, el terrorismo y la lucha contra el terrorismo*, Ginebra, 2008, p. 3.

⁸⁷ OACNUDH y United Nations Staff College Project, *Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff*, ONU, p. 3, disponible en <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRhandbooken.pdf>>, página consultada el 31 de octubre de 2013.

⁸⁸ Véanse Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Artículo 2.1; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966, artículo 2.1; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1º; Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 31: Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 2004, párr. 2; y Comité DESC, Observación General núm. 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), E/1991/23, 1991, párrs. 1, 2 y 9.

Cuadro I.3 Tipos de obligaciones generales impuestas al Estado por el derecho internacional de los derechos humanos

Obligación	En qué consiste
Respetar	La obligación de respetar exige de los Estados que se abstengan de llevar a cabo injerencias arbitrarias en el goce y disfrute de los derechos humanos. En este sentido, esta obligación exige que los Estados se abstengan de realizar, promover o tolerar cualquier práctica, política o medida que viole la integridad de las personas o coarte su libertad para utilizar los recursos materiales o de otro tipo de que dispongan de la manera que consideren más adecuada para satisfacer sus derechos.
Proteger	La obligación de proteger exige de los Estados y sus autoridades que se opongan e impidan que cualquier persona o agente no estatal viole derechos humanos. Si se produjera tal violación, las autoridades públicas deben actuar para impedir que ocurran nuevas violaciones y garantizar a las víctimas el acceso a recursos jurídicos. El Estado también debe adoptar medidas efectivas para proteger a las personas contra todo tipo de discriminación, acoso, estigmatización, supresión de servicios y otros perjuicios por parte de particulares.
Garantizar	La obligación de garantizar exige de los Estados que adopten disposiciones legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole para promover el pleno ejercicio de los derechos humanos. Asimismo, esta obligación exige que el Estado adopte medidas positivas a fin de garantizar el disfrute de los derechos humanos, en los casos en que otras medidas no hayan logrado garantizar la plena efectividad de esos derechos o cuando una persona (o grupo) no pueda, por razones ajenas a su voluntad, poner en práctica el derecho por sí misma con los recursos a su disposición. Esta obligación puede entrañar cuestiones relacionadas con el gasto público, la reglamentación gubernamental de la economía, la creación de infraestructuras y la prestación de servicios públicos, la fiscalización y otras medidas de economía redistributiva.
Promover	La obligación de promover exige de los Estados que busquen asegurar el respeto universal y efectivo, así como la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, lo que implica la obligación de los Estados de elaborar estrategias y programas para la promoción de los derechos humanos.

Fuente: Elaboración propia con base en OACNUDH, *Los derechos económicos, sociales y culturales: manual para las instituciones nacionales de derechos humanos*, op. cit., pp. 16 y n. 31, 18 y n. 31, pp. 20 y n. 31; Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Observación General núm. 31, doc. cit., párr. 2; y Comité DESC, Observación General núm. 3, doc. cit., párr. 11.

El reconocimiento de las personas usuarias de drogas como sujetos plenos de derecho hace imprescindible revisar el enfoque de actuación y las intervenciones del Estado en materia de drogas. En este sentido, el punto de partida del Estado debe ser el reconocimiento de que su actuar va dirigido a regular “la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar; esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas para otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad”.⁸⁹ En efecto, los derechos humanos de las personas usuarias son exigibles y pueden ser invocados en todo momento.⁹⁰ Es decir, cualquier violación a los derechos humanos de las personas usuarias compromete la responsabilidad del Estado, y ellas se encuentran efectivamente facultadas –tanto en el ámbito nacional como en el internacional– para exigir al Estado que asuma tal compromiso. De forma similar, cuando el Estado falla en establecer estos mecanismos, o éstos no son efectivos, tiene la obligación de reparar el daño causado. Asimismo, es necesario enfatizar que el fin último de las políticas públicas no es la atención de ciertos

⁸⁹ Víctor Abramovich, “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas del desarrollo”, en *Revista de la Cepal*, núm. 88, abril de 2006, p. 40.

⁹⁰ OACNUDH, *Los derechos económicos, sociales y culturales: manual para las instituciones nacionales de derechos humanos*, Nueva York y Ginebra, ONU (Serie de Capacitación Profesional núm. 12), 2004, p. 9.

sectores sociales a través del otorgamiento de beneficios *asistenciales* o prestaciones discrecionales sino el pleno ejercicio de sus derechos humanos.

Así, la diferencia de una política asistencialista respecto de una política con enfoque de derechos humanos⁹¹ parte del empoderamiento de las personas y de uno de sus componentes más mesurables⁹² y esenciales: la participación en los procesos de toma de decisiones que las afectan. Lo anterior implica la existencia de una estructura institucional oficial que permita y aliente la participación significativa de forma libre e informada de las personas usuarias y de la sociedad en general; así como el acceso al conocimiento y la información,⁹³ ya sea en relación con sus derechos humanos y los mecanismos para hacerlos efectivos, o con las drogas y las políticas públicas relacionadas. En tal sentido, el ejercicio del derecho a la información resulta fundamental, ya que implica la posibilidad de solicitar y recibir información pública que brinde elementos para analizar y evaluar las políticas y decisiones públicas que afectan a las personas; correlativamente, el Estado tiene la obligación de brindar la información solicitada y, como regla general, garantizar la transparencia de la función pública y la publicidad de los actos de gobierno.⁹⁴

2. Principio de igualdad y obligaciones reforzadas

a) PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

La aplicación igualitaria de la amplia gama de derechos humanos para todas las personas —ya sean usuarias de drogas o no—, se encuentra cimentada en el principio de igualdad y su corolario, la no discriminación,⁹⁵ que tiene una sólida fundamentación en el derecho internacional y en el derecho nacional.

En el ámbito internacional, ambos principios son premisa subyacente de la Carta de las Naciones Unidas, que establece que la dignidad de cada persona y la igualdad de derechos son de suprema importancia.⁹⁶ Dicha Carta considera que uno de los más amplios propósitos de las Naciones Unidas es “el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todas las personas, sin distinción”.⁹⁷ Derivado de lo anterior, los principios de igualdad y no discriminación han sido consagrados como derechos en la mayor parte de los instrumentos internacionales y regionales de protección a los derechos humanos, por ejemplo, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los pactos internacionales, convenciones e instrumentos que integran el sistema universal de promoción y defensa de los derechos humanos —desarrollado con el auspicio y en el marco de las Naciones Unidas—, y de forma similar en la Carta de la Organización de los Estados Americanos y, posteriormente, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del

⁹¹ Para mayor información sobre políticas públicas con enfoque de derechos humanos véase Luis Daniel Vázquez y Domitille Delaplace, “Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: un campo en construcción”, en *Sur, revista internacional de derechos humanos*, vol. 8, núm. 14, São Paulo, junio de 2011, pp. 35-65.

⁹² Comisión de Desarrollo Social, *Promoción del empoderamiento de las personas para erradicar la pobreza, lograr la integración social y crear trabajo decente para todos*, E/CN.5/2013/16, 22 de agosto de 2013, párr. 4.

⁹³ *Ibidem*, párr. 3.

⁹⁴ Luis Daniel Vázquez y Domitille Delaplace, *op. cit.*, p. 48.

⁹⁵ La prohibición de la discriminación es considerado como *corolario* del derecho a la igualdad de las personas, dado que “como las personas son libres por naturaleza, deben ser iguales ante la ley, y ésta no debe permitir discriminación alguna”. Daniel O’Donnell, *op. cit.*, p. 916.

⁹⁶ Courtney W. Howland, “The Challenge of Religious Fundamentalism to the Liberty of Women, An Analysis under the United Nations Charter”, en *Columbia Journal of Transnational Law*, núm. 35, 1997, p. 335.

⁹⁷ Carta de las Naciones Unidas, firmada al término de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, San Francisco, 26 de junio de 1945, artículo 1.3.

Hombre y demás convenciones y tratados en materia de derechos humanos desarrollados en el marco del sistema interamericano.⁹⁸ A nivel nacional estos principios se encuentran consagrados en la CPEUM y en algunas leyes reglamentarias.⁹⁹

En tales instrumentos se incluyen una enumeración no exhaustiva de motivos prohibidos de discriminación como raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.¹⁰⁰ Debido a que esta enumeración no es exhaustiva, la prohibición de la discriminación se extiende a cualquier otro motivo que perjudique de manera arbitraria o malintencionada el disfrute de los derechos humanos, dentro de los que sin duda se incluye el uso o cualquier otra relación con las drogas. Es decir, en virtud del principio de igualdad y no discriminación, el derecho internacional y nacional en materia de derechos humanos es de aplicación obligatoria para todas las personas bajo la jurisdicción del Estado, independientemente de que hagan algún uso de drogas o no.

Cuadro 1.4 Reconocimiento del derecho a la igualdad y no discriminación en instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

Derecho	Obligación	Instrumento	Artículo
Igualdad y no discriminación	Igualdad y derechos humanos como propósito de las Naciones Unidas.	Carta ONU	1.3, 13.1 <i>b</i>) y 55 <i>c</i>)
	Igualdad y derechos humanos como propósito de la OEA.	Carta OEA	5° <i>j</i>), 29 <i>a</i>) y 30 <i>b</i>)
	Igual titularidad de derechos y libertades, igual protección de la ley e igual protección contra la discriminación.	DUDH	1°, 2° y 7°
	Obligación de los Estados de respetar y garantizar todos los derechos civiles y políticos sin distinción.	PIDCP	2.1, 3° y 26
	Obligación de los Estados de respetar y garantizar todos los derechos económicos, sociales y culturales sin distinción.	PIDESC	2.2 y 3°
	Igualdad frente a la ley y de derechos.	DADDH	II
	Igualdad frente a la ley.	CADH	24

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los instrumentos internacionales mencionados.

⁹⁸ Estos principios se encuentran consagrados en el ámbito internacional en la Carta de las Naciones Unidas, artículos 1.3, 13.1 *b*), 55 *c*), 76 *c*) y 76 *d*); Carta de la Organización de los Estados Americanos, suscrita en Bogotá, 1948, artículos 5 *j*), 29 *a*) y 30 *b*); Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, artículos 1°, 2° y 7°; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948, artículo II; PIDCP, artículo 2.1 y 26; PIDESC, artículo 2.2; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, artículo 2°; Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, artículo 2.1; y Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José (CADH), adoptada en San José, del 7 al 22 de noviembre de 1969, artículo 1°, entre otros.

⁹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1°; Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de junio de 2003; y en el caso del Distrito Federal, Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 24 de febrero de 2011.

¹⁰⁰ DUDH, artículo 1°, 2° y 7°; PIDCP, artículo 2.1 y 26; PIDESC, artículo 2.2; CDN, artículo 2.1; y en el sistema interamericano DADDH, artículo II; y CADH, artículo 1°.

b) OBLIGACIONES REFORZADAS

Siendo más específicos, los Estados se encuentran obligados a abstenerse de llevar a cabo actos discriminatorios y a modificar las leyes y las prácticas que inciten y permitan la discriminación, en particular en contra de las personas usuarias de drogas. Asimismo, el derecho internacional de los derechos humanos establece la obligación de prohibir, perseguir y sancionar, tanto a particulares como a agentes estatales, la práctica de actos de discriminación en cualquier esfera de la vida pública o privada.¹⁰¹

El principio de igualdad implica no sólo una igualdad formal, que debe ser reconocida y protegida por la ley, sino también una igualdad sustantiva o *de facto* lo cual supone la modificación de aquellas circunstancias que en la práctica impiden a las personas usuarias el ejercicio pleno de sus derechos y el acceso a las oportunidades; lo anterior a través de medidas estructurales, legales o de política pública.¹⁰² En este sentido, garantizar la igualdad y el pleno disfrute de los derechos de las personas usuarias de drogas implicará no solamente la protección de sus derechos en la ley sino también la atención de las causas estructurales que han originado su exclusión, marginación y consecuente afectación a sus derechos humanos, incluyendo tanto la actuación del Estado frente a ellos como toda práctica, costumbre y actitud discriminatoria que lleve a cabo cualquier miembro de la sociedad. Es decir, el Estado se encuentra obligado a establecer un contexto que permita y promueva el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos de las personas usuarias de drogas.

A pesar de que formalmente las personas usuarias son sujetos plenos de derecho, en la práctica enfrentan una serie de obstáculos para hacer efectivos sus derechos, en particular como consecuencia de los procesos de estigmatización, discriminación y criminalización antes referidos. Al respecto, resulta fundamental adoptar medidas de protección u obligaciones reforzadas por parte de los Estados,¹⁰³ con el fin de desarrollar acciones encaminadas a garantizar el pleno disfrute en condiciones de igualdad y sin discriminación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas usuarias de drogas.

Adicionalmente, las políticas de drogas deberán tomar en consideración y prever medidas de protección reforzada para las personas usuarias de drogas que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad, las cuales frecuentemente enfrentan procesos de discriminación múltiple o interseccional,¹⁰⁴ por ejemplo, las niñas, los niños y las y los jóvenes, las mujeres, las personas indígenas, las personas que viven en reclusión y las poblaciones callejeras. A continuación se enlistan algunas de las obligaciones reforzadas de los Estados en relación con estos grupos de población que han sido identificadas en el ámbito internacional.

¹⁰¹ OACNUDH, *Los derechos económicos, sociales y culturales: manual para las instituciones nacionales de derechos humanos, op. cit.*, p. 15.

¹⁰² Véase, por ejemplo, Comité CEDAW, Recomendación General núm. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal, 30° periodo de sesiones, 2004; y Comité DESC, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.

¹⁰³ Estas obligaciones son derechos específicos de determinadas categorías de personas, comunidades o grupos que cuentan con *protección reforzada* como resultado de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran; constituyen derechos permanentes reconocidos como tales en diversos instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y constituciones nacionales. Véase CERD, Recomendación General núm. 32. Significado y alcance de las medidas especiales, CERD/C/GC/32,2009, párr. 13.

¹⁰⁴ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010, párr. 18.

Cuadro 1.5 Obligaciones reforzadas para personas usuarias de drogas que pertenecen a grupos de población en situación de vulnerabilidad

Grupo de población	Obligaciones reforzadas
Niños, niñas y adolescentes	<p>Las niñas, los niños y las y los adolescentes son miembros de un grupo poblacional que por sus características singulares, en razón de factores psicosociales, físicos y de identidad, requieren de una protección especial por encontrarse en una etapa de conformación de su personalidad.¹⁰⁵ Consecuentemente, el derecho internacional de los derechos humanos ha consagrado su derecho a contar con las medidas especiales de protección que su condición de menores de edad requiere. En relación con las drogas, el Comité de los Derechos del Niño obliga a los Estados a tomar todas las medidas apropiadas para proteger a las personas menores de edad contra el uso ilícito de drogas, así como para impedir que participen en su producción y tráfico ilícito.¹⁰⁶ Al respecto, dicho Comité ha expresado su preocupación por el uso indebido de drogas y alcohol por niñas, niños y adolescentes en México y ha recomendado que el Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcione a niñas, niños y adolescentes información precisa y objetiva sobre las consecuencias perjudiciales del uso problemático de drogas y alcohol. • Trate a niñas, niños y adolescentes afectados por el uso problemático de drogas como víctimas, les ofrezca servicios de fácil acceso para el tratamiento de la dependencia a las drogas y la reintegración social, y adopte medidas de protección penal. • Organice servicios de reintegración social para niñas, niños y adolescentes víctimas del uso problemático de drogas y alcohol. • Formule un plan de acción basado en los derechos humanos para proteger a niñas, niños y adolescentes contra el uso problemático de drogas, y aliente la participación de éstos en su formulación y aplicación.¹⁰⁷
Mujeres y niñas	<p>Las mujeres usuarias de drogas son un grupo de la población que vive una doble situación de vulnerabilidad. En virtud de tal condición, ellas de manera frecuente sufren discriminación por su género y, a su vez, por su relación con las drogas. Esta doble discriminación resulta en importantes problemáticas que obstaculizan el pleno disfrute de sus derechos humanos. En este sentido, las mujeres y niñas con un uso problemático de drogas tienen derecho a acceder a servicios de atención y tratamiento que tomen en cuenta sus necesidades específicas, como en caso de embarazo.¹⁰⁸</p>

¹⁰⁵ CDHDF, *Informe especial sobre los derechos humanos de las y los jóvenes en el Distrito Federal 2010-2011*, México, CDHDF, 2012, p. 33.

¹⁰⁶ El fundamento jurídico de estas obligaciones reforzadas en materia de protección especial de las niñas y los niños se encuentra en el sistema universal en la DUDH, artículo 25.1; y PIDCP, artículos 5.5; y en el sistema interamericano en la CADH, artículos 19 y 24; y Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, aprobado en el décimo octavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, 17 de noviembre de 1988, artículo 16. En relación con la protección especial contra las drogas, el fundamento jurídico (sistema universal) se encuentra en la CDN, artículo 19.

¹⁰⁷ Comité CDN, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. México*, CRC/C/MEX/CO/3, 8 de junio de 2006, párrs. 66-67.

¹⁰⁸ CEDAW, artículo 12; Protocolo de San Salvador, artículo 10 f) y 11.

Cuadro 1.5 Obligaciones reforzadas para personas usuarias de drogas que pertenecen a grupos de población en situación de vulnerabilidad (*continuación*)

Grupo de población	Obligaciones reforzadas
Personas indígenas	Las personas y pueblos indígenas forman un grupo diferenciado que se encuentra en especial situación de vulnerabilidad. En particular, a través del derecho internacional de los derechos humanos se les ha reconocido su derecho a no ser sometidos a una asimilación forzada ni a la destrucción de su cultura; ¹⁰⁹ a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales, y al uso y control de su herencia ceremonial, conocimiento tradicional y expresiones culturales tradicionales, así como a beneficiarse de las manifestaciones de culturas, incluyendo recursos humanos y genéticos, semillas, medicinas, y conocimiento de las propiedades de la fauna y flora. ¹¹⁰ Asimismo, se ha reconocido la obligación de los Estados de adoptar las medidas especiales que se precisen para salvaguardar a las personas y las culturas indígenas, las cuales no deberán ser contrarias a los deseos expresados libremente por los pueblos indígenas, ni vulnerar sus derechos humanos. ¹¹¹ De conformidad con dichas obligaciones reforzadas, los usos tradicionales de drogas que formen parte de la cultura de los pueblos y personas indígenas deberán ser protegidos.
Personas que viven en reclusión	El derecho internacional de los derechos humanos reconoce obligaciones reforzadas específicas para las personas usuarias de drogas que se encuentran en situación de reclusión, como su derecho a tener acceso a servicios de salud específicos que obedezcan a sus necesidades especiales, entre los que se incluyen los servicios de reducción de daños y los servicios de tratamiento de la dependencia a las drogas. ¹¹²
Poblaciones callejeras	Las poblaciones callejeras –ya sean personas adultas o menores de edad– enfrentan gran vulnerabilidad debido a las circunstancias en que se encuentran. En ese sentido, ellas tienen derecho a que los Estados tomen medidas adecuadas e integrales con el fin de eliminar su vulnerabilidad y colocarlos en condiciones de igualdad que les permita el pleno ejercicio de sus derechos. En relación con las drogas, el Comité DESC ha expresado su preocupación por la situación y falta de medidas integrales y adecuadas para atender a las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, quienes enfrentan circunstancias extremadamente adversas que obstaculizan el pleno disfrute de sus derechos y los vuelven especialmente vulnerables a la delincuencia, la dependencia a las drogas y la explotación sexual. ¹¹³ En este mismo sentido, el Comité de Derechos del Niño ha recomendado redoblar esfuerzos para proporcionar asistencia y en particular servicios de reintegración a las víctimas de malos tratos, abuso sexual y uso problemático de drogas y alcohol. ¹¹⁴

Fuente: Elaboración propia con base en las fuentes citadas.

¹⁰⁹ *Ibidem*, artículo 8°.

¹¹⁰ *Ibidem*, artículo 11.

¹¹¹ OIT, Convenio 169, artículo 4°.

¹¹² En este caso, ese derecho ha sido interpretado como parte del contenido del derecho a la salud por el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud. Al respecto, véase ONU, *doc. cit.*, párrs. 6 y 29.

¹¹³ Comité DESC, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales. México*, E/C.12/1993/16, 1993, párr. 7.

¹¹⁴ ONU- Comité CDN, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. México, doc. cit.*, pp. 66-67.

II. Sistema internacional de fiscalización de drogas y derechos humanos: tensiones y perspectivas

Fotografía: Dominio público.



En este segundo capítulo el análisis se centrará en el sistema internacional de fiscalización de drogas. En primer lugar se procede a una revisión histórica de los tratados celebrados desde principios del siglo xx con la finalidad de evidenciar el origen y las distintas etapas de la consolidación del sistema actual. En un segundo momento se abordarán las implicaciones de la aplicación de las disposiciones internacionales en el plano nacional y sus principales consecuencias en término de respeto, protección, garantía y promoción de los derechos humanos tanto de las personas usuarias como de la población en general. Se finalizará con una reflexión sobre las alternativas legales y la jerarquía entre ambas materias de política internacional: fiscalización de drogas *vs.* derechos humanos.

A. Descripción del sistema internacional de fiscalización de drogas

1. Los primeros acuerdos multilaterales de control de drogas

Los primeros esfuerzos para establecer un régimen internacional de control de drogas remontan formalmente a la celebración de la Convención Internacional del Opio en 1912 en La Haya.¹¹⁵ Firmada por 12 naciones preocupadas por el contexto de creciente consumo de opio en China,¹¹⁶ y con la intención de “proseguir la supresión progresiva del abuso del opio, de la morfina, de la cocaína, así como de las drogas preparadas o derivadas de esas sustancias”,¹¹⁷ esta primera convención tenía un carácter esencialmente comercial, aunque también preveía la posibilidad de penalizar en los países signatarios la posesión ilegal del opio en bruto, del opio preparado, de la morfina, de la cocaína y de sus derivados.¹¹⁸

Al cierre de la Conferencia Internacional del Opio –propuesta por el gobierno de Estados Unidos y convocada por el gobierno de los Países Bajos– se consideró oportuno investigar la cuestión del cáñamo indio (*indian hemp*) desde el punto de vista estadístico y científico, para determinar la necesidad de regularlo, ya sea por medio de la legislación interna o por medio de un acuerdo internacional.¹¹⁹ El interés de la comunidad internacional por regular el cannabis se mostró nuevamente y de manera más formal 13 años después, en el nuevo Convenio del Opio firmado en el marco de la Segunda Conferencia del Opio en 1925.¹²⁰ Los Estados reunidos en esta conferencia propusieron establecer un sistema de inspección y vigilancia del comercio internacional más estrecho, a través de un Comité Central Permanente cuyos miembros serían nombrados por el Consejo de la Sociedad de las Naciones.¹²¹ Además de las sustancias psicoactivas –también referidas como *estupefacientes*– ya mencionadas en la Convención de 1912 y cuya fabricación, importación, venta, distribución, exportación y empleo debían restringirse exclusivamente al uso médico o científico, se agregó el cannabis –referido como cáñamo indio y definida como la extremidad seca, en flor o con fruto de los pies hembras del *Cannabis sativa*–¹²² como sustancia sujeta a control para impedir su comercio internacional ilícito.¹²³ En el texto de este convenio se encomendaba al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones la tarea de definir la *toxicomanía* de las distintas sustancias medicamentosas preparadas

¹¹⁵ Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya, 1912.

¹¹⁶ David Bewley-Taylor y Martin Jelsma, *Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica*, TNI (serie Reforma Legislativa en materia de Drogas núm. 12), marzo de 2011, p. 2.

¹¹⁷ Convención Internacional del Opio, Preámbulo.

¹¹⁸ *Ibidem*, artículo 23.

¹¹⁹ Protocolo de Clausura de la Conferencia Internacional del Opio celebrada en La Haya, 1 de diciembre de 1911.

¹²⁰ Convenio del Opio, firmado con ocasión de la Segunda Conferencia del Opio, Ginebra, 19 de febrero de 1925.

¹²¹ *Ibidem*, artículo 19.

¹²² *Ibidem*, artículo 1°.

¹²³ *Ibidem*, artículos 5° y 11.

a partir de estos estupefacientes o de otros nuevos fueran “susceptibles de dar lugar a abusos análogos y producir efectos tan perjudiciales como las sustancias previstas”, para definir su inclusión o no bajo el régimen definido en dicho convenio.¹²⁴

En 1931, a través de la Convención para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes,¹²⁵ se estableció un sistema aún más rígido sobre la producción de opio, morfina, cocaína y sus derivados con el objetivo de limitar las cantidades producidas a las estrictamente necesarias para fines médicos y científicos.¹²⁶ Así, se creó otro organismo, el Órgano de Control, con el fin de establecer los límites a la producción de cada país o territorio.¹²⁷ El cannabis no fue incluido entre las sustancias reguladas por esta nueva convención.

Para hacer frente al desarrollo de un mercado ilegal, el Consejo de la Sociedad de las Naciones convocó nuevamente en 1936 a una conferencia que resultó en la Convención para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas.¹²⁸ A diferencia de las disposiciones establecidas en las convenciones anteriores, que se centraban en la reglamentación de las actividades lícitas en el marco del control de drogas, la Convención de 1936 previó por primera vez sanciones penales para las actividades relacionadas con el tráfico ilícito. Es decir, esta convención obligaba a los Estados Parte a adoptar las medidas legislativas necesarias para castigar, especialmente con penas de prisión u otras penas privativas de la libertad, los delitos de fabricación, transformación en general, extracción, preparación, oferta, posesión, oferta de venta, distribución, compra, venta, corretaje, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, que se realizaran en contravención de ésta.¹²⁹

En el contexto de la disolución de la Sociedad de Naciones, y conforme al nuevo mandato de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1946 se creó la Comisión de Estupefacientes como un organismo bajo la autoridad del Consejo Económico y Social (Ecosoc) para “dar plena efectividad a los convenios internacionales relativos a los estupefacientes, y asegurar la vigilancia continua y el progreso del control internacional de los estupefacientes”.¹³⁰ Las funciones y la maquinaria de control de estupefacientes fueron transmitidas a este nuevo organismo internacional por medio del Protocolo de Lake Success,¹³¹ y las convenciones existentes en materia de drogas se modificaron dos años después a través del Protocolo de París.¹³² Este último amplió el control sobre los estupefacientes que no habían sido considerados en las anteriores convenciones, en particular las drogas sintéticas que contenían los preparados y compuestos de las sustancias bajo régimen de fiscalización.¹³³ En 1953 se adoptó otro protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la planta adormidera del opio, así como su producción y comercio internacional, con el fin de asegurar que su uso sólo respondiera a necesidades médicas y científicas.¹³⁴

¹²⁴ *Ibidem*, artículos 8° y 10.

¹²⁵ Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931.

¹²⁶ *Ibidem*, artículo 4.1.

¹²⁷ *Ibidem*, artículos 5.6 y 5.8.

¹²⁸ Convenio para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas, firmado en Ginebra el 26 de junio de 1936.

¹²⁹ *Ibidem*, artículo 2°.

¹³⁰ Ecosoc, *Resolución 9 (I)*, aprobada el 16 de febrero de 1946.

¹³¹ Protocolo que modifica los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936, Protocolo de Lake Success, suscrito en Lake Success, Nueva York, el 11 de diciembre de 1946.

¹³² Protocolo que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado en Lake Success, Nueva York, el 11 de diciembre de 1946, adoptado en París, el 19 de noviembre de 1948.

¹³³ *Ibidem*, Preámbulo.

¹³⁴ Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio, Protocolo del Opio de Nueva York, firmado en Nueva York el 23 de junio de 1953, Preámbulo.

Cuadro II.1 Principales instrumentos multilaterales sobre drogas, anteriores a la Convención Única de 1961

Nombre del tratado	Fecha de ratificación por México	Principales disposiciones
Convención Internacional del Opio (1912)	2 de abril de 1925	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita la exportación o importación del opio en bruto. • Se suprime gradualmente la fabricación, el comercio interior y el uso del opio preparado, y se prohíbe su importación y exportación. • Se limita la fabricación, venta y empleo de la morfina, la cocaína y de sus sales respectivas para usos medicinales y legítimos, así como su exportación e importación.
Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado (1925)	No ratificado	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece que la importación, venta y distribución de opio serán monopolio del gobierno. • Se prohíbe la venta de opio a personas menores de edad. • Se exige a los gobiernos que limiten en la mayor medida posible el número de locales de venta de opio al por menor. • Se reglamenta la exportación y el transporte de opio. • Se exhorta a los gobiernos a desalentar el uso de opio a través de la educación institucional, la literatura y otros medios.
Convenio del Opio (1925)	19 de febrero de 1925	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece un sistema de control más estrecho del comercio internacional a través de un Comité Central Permanente. • Se restringe la fabricación, importación, venta, distribución, exportación y empleo de estas sustancias al uso médico o científico. • Se designa al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones para definir la <i>toxicomanía</i> de las distintas sustancias. • Se agrega al cáñamo indio (<i>Cannabis sativa</i>) como sustancia sujeta a control para impedir su comercio internacional ilícito.
Convención para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupeficientes (1931)	13 de marzo de 1933	<ul style="list-style-type: none"> • Se establece un sistema rígido sobre la producción de opio, morfina, cocaína y de sus derivados para limitar las cantidades producidas por los países a las estrictamente necesarias para fines médicos y científicos. • Se crea un órgano de control para controlar y establecer límites a la producción. • No se contempla al cannabis en estas disposiciones.
Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente (1931)	No ratificado	<ul style="list-style-type: none"> • Las disposiciones de este acuerdo sólo son aplicables al Lejano Oriente. • Se establece que la venta y distribución de opio sólo puede realizarse en establecimientos bajo el control y supervisión del gobierno. • Se prohíbe a toda persona menor de 21 años de edad fumar y entrar en los establecimientos donde se vende y distribuye opio.

Cuadro II.1 Principales instrumentos multilaterales sobre drogas, anteriores a la Convención Única de 1961 (*continuación*)

Nombre del tratado	Fecha de ratificación por México	Principales disposiciones
Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas (1936)	6 de mayo de 1955	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecen por primera vez sanciones penales para las actividades relacionadas con el tráfico ilícito. • Se obliga a las partes contratantes a adoptar las medidas legislativas necesarias para castigar severamente, y especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad, los delitos vinculados a la fabricación, transformación, en general extracción, preparación, ofertas, posesión, ofertas de venta distribución, compra, venta, corretaje, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes no conformes a las disposiciones del Convenio.
Protocolo de Lake Success (1946)	6 de mayo de 1955	<ul style="list-style-type: none"> • Se traspasan las funciones y aparato de control de estupefaciente a la ONU y la OMS.
Protocolo de París (1948)	19 de noviembre de 1948	<ul style="list-style-type: none"> • Se amplía el control sobre estupefacientes que no habían sido considerados en las convenciones anteriores, en particular las drogas sintéticas.
Protocolo del Opio de Nueva York (1953)	No ratificado	<ul style="list-style-type: none"> • Se precisa la reglamentación sobre el cultivo de la adormidera, así como la producción y el comercio internacional en vista de que su uso sólo responda a necesidades médicas y científicas.

Fuente: Elaboración propia. Las fechas de ratificación fueron consultadas en el portal de internet de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

De todos los acuerdos multilaterales citados se pueden extraer a grandes rasgos las principales características que habrían de marcar la pauta de los tratados posteriores. En primera instancia, las convenciones priorizaban el control de la oferta sobre la reducción de la demanda. Así, dichas disposiciones jurídicas se centraron en regular todos los aspectos relacionados con la producción, transporte y comercio de las drogas que regulaban, sin atender ni considerar acciones en torno a las razones de origen de la demanda de drogas ilícitas, y sin tomar en consideración la variedad de uso ni las necesidades o situación de las personas usuarias. Respecto de la aplicación de las disposiciones internacionales a nivel nacional, las partes se comprometían a notificar a los organismos pertinentes de las estadísticas nacionales relativas a sus provisiones de drogas controladas, pero éstos no tenían poder de incidencia en las transacciones notificadas.

2. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y su protocolo de modificación de 1972

En el marco de las Naciones Unidas, una de las funciones que asumió la Comisión de Estupefacientes fue llevar a cabo los preparativos para la elaboración del proyecto de una convención para unificar y sustituir todos los anteriores tratados celebrados desde la Convención de La Haya de 1912.¹³⁵ Consecuentemente y después de una espera de varios años, en marzo de 1961 se convocó¹³⁶ en Nueva York a la Conferencia Plenaria que habría de aprobar finalmente la Convención Única de 1961 sobre Estupe-

¹³⁵ Ecosoc, Resolución 246D (IX), aprobada el 23 de julio de 1949.

¹³⁶ En virtud de: Ecosoc, Resolución 689 J (XXVI), aprobada el 28 de julio de 1958.

facientes.¹³⁷ A más de 50 años de su adopción se considera que más que unificar los tratados anteriores, el principal legado de esta convención ha sido introducir un sistema o régimen internacional de control o fiscalización de drogas de corte prohibicionista, el cual desde su entrada en vigor ha determinado y dominado las políticas internacionales de control de drogas en relación con la mayor parte de sustancias psicoactivas de origen natural y fármacos (semi) sintéticos con propiedades similares.¹³⁸

El contenido de la Convención Única recoge muchas de las disposiciones de los anteriores acuerdos sobre fiscalización de estupefacientes. En el contexto en que fue celebrado este tratado, la cooperación internacional en materia de fiscalización de drogas se justificaba con el objetivo de limitar exclusivamente el uso de las drogas bajo control internacional a fines médicos y científicos, así como de prevenir y combatir el uso indebido de estupefacientes que en esa época fueron considerados “un mal grave para las personas” y un “peligro social y económico para la humanidad”.¹³⁹ Al respecto, es interesante señalar que esta convención es la única en el ámbito internacional que incluye la palabra mal (*evil*) en su texto, lo que señala la influencia que tuvo en su conformación la pesada carga moral negativa que históricamente ha existido en torno a las drogas y a las personas usuarias de éstas.¹⁴⁰ Asimismo, cabe señalar que ni la Convención Única ni sus antecesores hicieron mención del uso no problemático de drogas, por lo que todo uso de tales sustancias no destinado a fines médicos o científicos fue considerado bajo el término genérico de *uso indebido*.

Esta convención mantuvo el sistema burocrático de notificaciones e informes estadísticos sobre las previsiones de estupefacientes requeridos para fines médicos y científicos en cada país acordado por las convenciones anteriores; así como la producción, fabricación, consumo, importaciones, exportaciones de estupefacientes y superficie determinable de cultivo, áreas en las que se buscó mantener un estricto control a través del establecimiento de cantidades máximas de las drogas que podían ser utilizadas *legalmente* para dichos fines.¹⁴¹

Asimismo, con la entrada en vigor de la Convención Única se estableció la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la cual a lo largo de su existencia ha fungido como la cabeza del sistema internacional de inspección de drogas, en coordinación con la anterior Comisión de Estupefacientes.¹⁴² De acuerdo con este régimen de control, cuando un gobierno no cumple con las disposiciones de la Convención, la Junta se encuentra facultada para establecer medidas de intervención, pedir información y explicaciones sobre la falta de cumplimiento de las disposiciones de la Convención, solicitar medidas correctivas y, en su caso, llamar la atención de las demás partes para que cesen sus importaciones de drogas controladas al país en cuestión.¹⁴³

Otra de las características de la Convención Única es que establece la clasificación de las drogas sujetas a control de este sistema en cuatro listas, conforme a su procedencia de tres plantas madres (la paja de adormidera, el arbusto de coca y la planta de cannabis), así como de sus productos derivados.¹⁴⁴ Esta clasificación se estableció y es periódicamente revisada en estrecha colaboración con la OMS.¹⁴⁵ Uno de los aspectos innovadores de la Convención Única es que colocó al derecho penal (y obviamente a las sanciones penales) como el eje central de las políticas

¹³⁷ Convención Única sobre Estupefacientes, adoptada en Nueva York el 30 de marzo de 1961.

¹³⁸ David Bewley-Taylor y Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 16.

¹³⁹ Convención Única sobre Estupefacientes, Preámbulo.

¹⁴⁰ Damon Barrett, “The war on drugs: A human rights indictment”, conferencia magistral pronunciada en el marco del Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos, México, 7 de agosto de 2013.

¹⁴¹ Convención Única sobre Estupefacientes, *doc. cit.*, artículos 19-33.

¹⁴² *Ibidem*, artículo 5°.

¹⁴³ *Ibidem*, artículo 14.

¹⁴⁴ *Ibidem*, anexos.

¹⁴⁵ *Ibidem*, artículo 3°.

internacionales de fiscalización de drogas y, por consecuencia, de las políticas nacionales. Así, la Convención Única fue el primer tratado que, con el requisito de ser ratificada por 40 Estados para su entrada en vigor,¹⁴⁶ obligó a las partes a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes fueran considerados –y tipificados– como delitos y, por ende, sancionados penalmente siempre que hayan sido cometidos de forma intencional y conforme a los principios constitucionales de cada Estado, especialmente con penas privativas de la libertad.¹⁴⁷ Al respecto, la Convención no establece de forma explícita la obligación de sancionar penalmente el consumo de drogas sujetas a fiscalización internacional, y contempla la aplicación de medidas para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de personas con dependencia.¹⁴⁸

Cuadro II.2 Principales disposiciones de la Convención Única de 1961

- Somete a la fiscalización internacional las tres plantas madres (adormidera, arbusto de coca y planta de cannabis) de las sustancias psicoactivas de mayor uso a nivel mundial.
- Reconoce un doble objetivo del sistema internacional de fiscalización de drogas: procurar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos, y reducir su disponibilidad para fines ilícitos.
- Prioriza el control de la oferta; establece que la acción sobre la demanda de drogas está sujeta a la discreción de los Estados.
- Obliga a los Estados a adoptar disposiciones penales para perseguir y castigar toda actividad relacionada con las drogas controladas que fuera contraria a la Convención. Asimismo, se establece que las conductas más graves sean castigadas con penas de prisión u otras medidas de privación de la libertad.
- No incluye una obligación de sancionar penalmente el uso de drogas que se haga en contravención con ella, dejando la decisión sobre perseguir o no penalmente el uso o consumo al libre arbitrio de los Estados.
- Prevé plazos para la completa eliminación de los usos tradicionales de la hoja de coca, el cannabis y el opio.
- Establece la cooperación judicial internacional como medida de lucha contra el tráfico ilícito.

Fuente: Elaboración propia.

Si bien la Convención Única dejó al arbitrio de los Estados el autorizar ciertos usos tradicionales de la hoja de coca, el cannabis y el opio, este tipo de consumo debía cesar en un plazo máximo de 25 años para la hoja de coca y el cannabis y 15 años para el opio, a partir de la entrada en vigor de la Convención.¹⁴⁹

A pesar del esfuerzo internacional para crear una convención integral que comprendiera en un solo instrumento todos los aspectos relativos a la regulación mundial de las drogas, los años posteriores a su entrada en vigor –el 13 de diciembre de 1964– fueron un “periodo de actividad diplomática de inusitada intensidad para reforzar el marco de fiscalización de estupefacientes de la ONU”¹⁵⁰ por

¹⁴⁶ *Ibidem*, artículo 41.

¹⁴⁷ *Ibidem*, artículos 36.1 y 36.2.

¹⁴⁸ *Ibidem*, artículos 38.1 y 38.2. En la Convención se usa el término de *toxicómanos* para referirse a personas con dependencia a las drogas.

¹⁴⁹ *Ibidem*, artículo 49.

¹⁵⁰ A., Lande, “The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961”, en *International Organization*, vol. 16, núm. 4, otoño de 1962, pp. 776-797, citado en David Bewley-Taylor y Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 14.

parte de Estados Unidos, quien se negó a firmar la Convención Única por considerar que las medidas de fiscalización eran más laxas que las contenidas en convenciones anteriores.¹⁵¹

Finalmente, este país se adhirió a la Convención en 1967; sin embargo, en 1972 se convocó a una Conferencia de Plenipotenciarios para modificarla a través de un conjunto de enmiendas que resultaron en el Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.¹⁵²

Éste, además de incorporar las sustancias psicoactivas sintéticas a la lista de drogas sujetas a control internacional, concretó algunas disposiciones en torno al sistema de previsiones, informes estadísticos y limitaciones de la producción del opio,¹⁵³ la aplicación de la ley a nivel nacional y la cooperación internacional contra el tráfico ilícito.¹⁵⁴ Asimismo, con la entrada en vigor del Protocolo se reforzó el papel de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la cual fue facultada para establecer, comunicar y publicar previsiones y medidas de intervención en caso de que un Estado incumpla la Convención.¹⁵⁵

3. El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Paralelamente al proceso de ratificación del Protocolo de Modificación, se aprobó en 1971 el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas,¹⁵⁶ motivado nuevamente por la preocupación de incorporar en el régimen de fiscalización internacional a un mayor número de drogas, en esta ocasión ciertas sustancias psicoactivas –estimulantes y depresoras del sistema nervioso central– y alucinógenas, considerando que ocupaban un lugar cada vez más importante “entre las drogas nefastas de las que se hace uso indebido”.¹⁵⁷ El uso del calificativo *nefasto* en el texto de este convenio nuevamente enfatiza la influencia de juicios morales en su negociación y composición final.

Siguiendo los criterios de la Convención Única de 1961, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas también clasificaba las sustancias en cuatro listas en función del estado de dependencia que pudieran causar, de sus impactos en el sistema nervioso y de su potencial de uso indebido, siendo igualmente la OMS, la autoridad responsable de definirlo y de decidir la inclusión o exclusión de cualquier sustancia en dicha lista.¹⁵⁸ Conforme a este convenio, la fabricación, comercio y distribución de drogas controladas dependería de la concesión de licencias gubernamentales, y su suministro sólo sería posible con una autorización del Estado.¹⁵⁹ No obstante, el Convenio de 1971 adoptó un enfoque diferente al de la Convención de 1961, estableciendo que las sustancias debían ser fiscalizadas sólo si existieran pruebas concluyentes sobre su peligrosidad.¹⁶⁰

¹⁵¹ ONU, *Conferencia de las Naciones Unidas para la aprobación de una Convención Única sobre Estupefacientes, Nueva York, 24 de enero-25 de marzo de 1961, Documentos oficiales, volumen I: Actas resumidas de las sesiones plenarias*, E/CONF.34/24, Nueva York, ONU, 1964, pp. 233 y 234.

¹⁵² Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, adoptado en Ginebra el 25 de marzo de 1972.

¹⁵³ *Ibidem*, artículos 9°, 10 y 11.

¹⁵⁴ *Ibidem*, artículos 13 y 14.

¹⁵⁵ *Ibidem*, artículos 5° y 6°.

¹⁵⁶ Convenio de Sustancias Sicotrópicas, adoptado en Viena el 21 de febrero de 1971.

¹⁵⁷ ONU, *Conferencia de las Naciones Unidas para la adopción de un Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas, Viena, 11 de enero-19 de febrero de 1971. Documentos oficiales, vol. II: Actas resumidas de las sesiones plenarias*, E/CONF.58/7/Add.I, Nueva York, ONU, 1973, párr. 6.

¹⁵⁸ Convenio de Sustancias Sicotrópicas, artículo 6°.

¹⁵⁹ Michael Woodiwiss y Dave Bewley-Taylor, *La componenda global. La construcción de un régimen global de control*, Ámsterdam, Transnational Institute Series, núm. 2005/3, 2005, pp. 13-15.

¹⁶⁰ Convenio de Sustancias Sicotrópicas, artículo 6°.

Cabe señalar que si bien este convenio amplió el número de sustancias sujetas a control internacional, contempla una estructura de fiscalización menos rígida que la Convención anterior, en particular debido a la presión que ejercieron las industrias farmacéuticas europea y estadounidense durante las negociaciones, las cuales buscaron impedir que sus productos se vieran sometidos a rigurosos controles.¹⁶¹

Por otro lado, el tema del uso tradicional de algunas plantas fue objeto de discusión entre los países asistentes a la conferencia para determinar el grado de fiscalización que se les aplicaría. De hecho, el artículo 32 del Convenio incluyó la posibilidad para los Estados de formular reservas, con el fin de permitir a “ciertos grupos reducidos, claramente determinados”,¹⁶² el uso de plantas que contengan sustancias psicotrópicas en ceremonias mágico-religiosas. En este sentido, México condicionó la aceptación del instrumento a la reserva expresada respecto de los usos del peyote y de los hongos, asociados en este país a rituales o ceremonias de los pueblos indígenas.¹⁶³

Asimismo, el Convenio introdujo una medida novedosa: la inclusión de disposiciones sobre la prevención del uso indebido de sustancias, sin vincularlas con sanciones penales o la comisión de un delito. En tal sentido, se contemplaba la adopción de medidas “para prevenir el uso indebido de sustancias psicotrópicas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas”, junto con la formación del personal y el fomento del conocimiento entre el público en general.¹⁶⁴

Cuadro II.3 Principales disposiciones del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

- Amplía el número de sustancias psicoactivas bajo el régimen de fiscalización internacional (estimulantes, depresores, alucinógenos, etcétera).
- Faculta a la OMS para decidir la inclusión o exclusión de cualquier sustancia en las listas de sustancias bajo control internacional, considerando su potencial de causar dependencia.
- Permite a los Estados formular reservas a las disposiciones de la convención, a fin de permitir a “ciertos grupos reducidos, claramente determinados”, el uso de plantas que contengan sustancias psicoactivas en ceremonias mágico-religiosas.
- Introduce la figura de la prevención del uso indebido de sustancias, sin vincular dichos usos con sanciones penales o la comisión de un delito. Asimismo, introduce la adopción de medidas de formación de personal vinculado con prevención y tratamiento de la dependencia, así como el fomento del conocimiento entre el público en general.

Fuente: Elaboración propia.

4. La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

El último tratado que conforma el sistema internacional de fiscalización de drogas se aprobó en 1988. Debido a la preocupación de la comunidad internacional por el contexto de aumento de la producción, la demanda y el tráfico de drogas ilícitas que “representan una grave amenaza para la sa-

¹⁶¹ Martin Jelsma, *El desarrollo de la fiscalización internacional de estupefacientes. Lecciones del pasado y desafíos estratégicos para el futuro*, TNI (Serie Reforma Legislativa en materia de Drogas núm. 10), febrero de 2011, p. 4.

¹⁶² Convenio de Sustancias Sicotrópicas, artículo núm. 32.

¹⁶³ México formuló una reserva expresa a la aplicación de la Convención, con base en lo que establece el párrafo 4 de su artículo 32, en virtud de que “en su territorio aún existen ciertos grupos étnicos indígenas que en rituales mágico-religiosos usan tradicionalmente plantas silvestres que contienen algunas de las sustancias psicotrópicas incluidas en la lista I”. Véase Convenio de Sustancias Sicotrópicas.

¹⁶⁴ *Ibidem*, artículo 20.

lud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad”, en 1988 se celebró en Viena la Conferencia Internacional sobre el Uso Indevido y el Tráfico Ilícito de Drogas, la cual dio como resultado la Convención de Viena contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.¹⁶⁵

Esta convención se celebró con el propósito de reforzar y acentuar el alcance e intensidad de las actividades policiales internacionales contra el comercio de drogas, y destacaba su conexión estrecha con la delincuencia organizada.¹⁶⁶ En particular, este instrumento contemplaba el fortalecimiento de medios jurídicos eficaces de cooperación internacional en asuntos penales para combatir las actividades delictivas relacionadas con tráfico ilícito de sustancias psicoactivas. Para ello, se instó a los gobiernos a endurecer su normatividad interna en la materia, en especial por medio de la tipificación (es decir, de su definición como delitos en el marco jurídico interno) de la producción, venta, transporte y distribución con fines no médicos de las sustancias incluidas en las listas de aquellas sujetas a fiscalización de las convenciones de 1961 y 1971; así como al cultivo de la paja de adormidera, el arbusto de coca o la planta de cannabis con objeto de producir estupefacientes.¹⁶⁷ Conforme a este instrumento, las partes se encontraban obligadas a establecer códigos penales modernos en los que se contemplaran los diferentes aspectos del tráfico ilícito y que estas actividades fuesen consideradas como delitos graves por parte de las autoridades judiciales y de los ministerios públicos.¹⁶⁸

En su época, otro aspecto innovador de esta convención fue la inclusión de medidas para el control de drogas como los decomisos o los embargos preventivos de bienes, ingresos y propiedades procedentes del tráfico de drogas.¹⁶⁹ Asimismo, en esta convención se introdujo la figura de extradición y la asistencia judicial recíproca multilateral en materia de drogas, entre otras formas de cooperación internacional entre los Estados Parte¹⁷⁰ en pro del combate al tráfico ilícito de sustancias usadas para fines no médicos o científicos.

Cuadro. II.4 Principales disposiciones de la Convención sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

- Amplía el alcance e intensidad de las políticas internacionales de control de drogas, extendiéndolos a las vinculadas con la delincuencia organizada.
- Refuerza significativamente la obligación de los países de tipificar como delitos graves en su marco jurídico y aplicar sanciones penales a todos los aspectos de la producción y el tráfico de drogas, y establece la posesión, adquisición o cultivo para consumo personal como *delitos de naturaleza menos grave*.
- Introduce nuevas medidas de control y figuras de cooperación internacional en materia de drogas entre las partes como los decomisos, la extradición o la asistencia judicial recíproca, quedando la aplicación de éstas limitada a los delitos de tráfico más graves.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶⁵ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, adoptado en Viena en 1988.

¹⁶⁶ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 9.

¹⁶⁷ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 3.1.

¹⁶⁸ ONU, *Comentarios a la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988*, Nueva York, 1999, p. 43.

¹⁶⁹ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 5°.

¹⁷⁰ *Ibidem*, artículos 6° y 7°.

En el texto de la Convención se estableció por primera vez una diferencia entre la intención de tráfico y el consumo personal, afirmando que “la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal” también debían ser clasificados como delitos, pero “con sujeción a los principios constitucionales y los conceptos básicos de su ordenamiento jurídico”.¹⁷¹ Sin embargo, en realidad se consideraba a la posesión, adquisición o cultivo para uso personal como delitos de naturaleza menos grave.¹⁷²

De manera similar a las convenciones anteriores, el mecanismo de monitoreo de ésta es la presentación de reportes por parte de los Estados relativos a los esfuerzos que han emprendido para cumplir las disposiciones de la Convención, pero en este nuevo contexto respecto de las leyes y reglamentos que los Estados promulgaban, así como información sobre los casos de tráfico ilícito que estimaban importantes para advertir cualquier nueva tendencia.¹⁷³ Asimismo, por medio de este instrumento se ratificaron las funciones de la Comisión de Estupefacientes como el órgano responsable de “estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos de la presente Convención”, y de la Junta como ente responsable de asegurar el cumplimiento de sus disposiciones.¹⁷⁴

5. El sistema actual de fiscalización de drogas: configuración y propósitos

En la actualidad, la configuración del sistema internacional de fiscalización de drogas es parecido al de hace varias décadas. La Comisión de Estupefacientes, una comisión orgánica del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, constituye el principal organismo intergubernamental cuya misión es estudiar el uso problemático y el tráfico de drogas en el mundo y formular propuestas para fortalecer la fiscalización internacional.¹⁷⁵ Asimismo, es la encargada de dirigir las actividades de la UNODC, creada en 1997 como el programa rector de todas las actividades de las Naciones Unidas en este ámbito.¹⁷⁶ Por su parte, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, un órgano independiente y cuasijurídico, supervisa el cumplimiento de los Estados de los tratados de fiscalización internacional de drogas y presta cooperación técnica en ese ámbito.¹⁷⁷

Cuadro II.5 Marco jurídico e institucional del sistema internacional de fiscalización de drogas

Arquitectura legal del sistema internacional de fiscalización

- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y su protocolo de modificación de 1972.
- Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
- Convención sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

¹⁷¹ *Ibidem*, artículo 3.2.

¹⁷² ONU, *Comentarios a la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988*, *op. cit.*, p. 29.

¹⁷³ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 20.

¹⁷⁴ *Ibidem*, artículos 21-23.

¹⁷⁵ CINU, “Fiscalización de drogas”, disponible en <<http://www.cinu.mx/temas/fiscalizacion-de-drogas/>>, página consultada el 1 de octubre de 2013.

¹⁷⁶ *Idem*.

¹⁷⁷ *Idem*.

Cuadro II.5 Marco jurídico e institucional del sistema internacional de fiscalización de drogas (*continuación*)

Órganos que conforman el sistema internacional de fiscalización	
<i>Nombre</i>	<i>Mandato</i>
Comisión de Estupefacientes	Estudiar el problema del uso y el tráfico de drogas en el mundo y formular propuestas para fortalecer la fiscalización internacional.
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	Fungir como programa rector de todas las actividades de la Organización de las Naciones Unidas en el ámbito de las drogas y el crimen organizado.
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	Supervisar el cumplimiento por parte de los Estados de los tratados de fiscalización internacional de drogas y prestar cooperación técnica en ese ámbito.

Fuente: Elaboración propia.

Los objetivos que persigue este sistema se encuentran plasmados en las convenciones antes referidas, firmadas bajo el auspicio de la ONU y respaldadas por más de 181 Estados.¹⁷⁸ Su propósito principal reside en limitar el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y proporcionar la estructura jurídica al sistema internacional de fiscalización. Además, se ha centrado en crear un mundo libre de drogas casi exclusivamente mediante la aplicación de políticas de ejecución de la ley y sanciones penales.¹⁷⁹

Este enfoque mayoritariamente punitivo en la práctica implica que los Estados desarrollen estrategias de penalización y combate a la producción, venta, consumo, transporte y distribución con fines no médicos ni científicos; así como al cultivo de la paja de adormidera, del arbusto de coca o de la planta de cannabis, considerados como delitos conforme a las tres convenciones que dan base jurídica a dicho sistema. En tal sentido, se ha criticado severamente el enfoque esencialmente punitivo de esas convenciones y los resultados que ha producido en la práctica.¹⁸⁰

A través del repaso histórico se evidencia que los derechos humanos han sido tradicionalmente excluidos en todo lo relativo a la fiscalización internacional de drogas. Al respecto, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 establece la obligación de los Estados de adoptar medidas que respeten los derechos humanos fundamentales, los *usos lícitos* tradicionales, y que permitan la protección del medio ambiente en la implementación de las obligaciones internacionales en materia de fiscalización de drogas. No obstante, la Convención establece estas obligaciones únicamente en lo relativo a las estrategias de erradicación del cultivo ilícito de paja de adormidera, arbustos de coca y plantas de cannabis.¹⁸¹ En esas convenciones, los derechos humanos no son considerados como principios rectores para la aplicación de medidas de fiscalización, y tampoco han sido prioridad para los órganos de monitoreo de esos tratados—la Junta, la Comisión de Estupefacientes y UNODC—, aunque se observan algunos avances en tal sentido.¹⁸²

Recientemente, la UNODC ha insistido en la importancia de que el respeto universal y la observancia de todos los derechos humanos y de las libertades fundamentales guíen la implementación de las obligaciones derivadas de los tratados internacionales en materia de drogas, habiendo reconocido que ésta es una condición indispensable para el éxito del sistema internacional de fiscalización de drogas en sí

¹⁷⁸ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, *doc. cit.*, párr. 9.

¹⁷⁹ *Ibidem*, p. 2.

¹⁸⁰ *Ibidem*, párr. 5. Asimismo, véase Count the Costs, *op. cit.*, p. 4; y UNODC, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A human rights perspective*, E/CN.7/2010/CRP.6-E/CN.15/2010/CRP.1, 3 de marzo de 2010, párr. 9.

¹⁸¹ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 14.2.

¹⁸² Véase, por ejemplo, ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, *doc. cit.*, párrs. 11 y 13.

mismo.¹⁸³ Por su parte, la Comisión de Estupeficientes también ha subrayado –alentadoramente– la prioridad del respeto a los derechos humanos, de reforzar la lucha contra el VIH/sida y de garantizar el acceso a medicamentos sujetos a control internacional en la conducción de medidas y actividades de fiscalización de drogas.¹⁸⁴ No obstante dichos reconocimientos, como se verá en el siguiente apartado, las medidas que ha tomado la comunidad internacional con el fin de garantizar el pleno respeto a los derechos humanos en la implementación de las políticas internacionales de drogas, aún no son suficientes ni para consolidar a tales derechos como el eje rector de la fiscalización –tanto nacional como internacional– ni para revertir el impacto que dichas políticas han tenido en el pleno ejercicio de éstos.

B. Políticas de fiscalización y derechos humanos: impactos y perspectivas

En su reporte anual de 2009,¹⁸⁵ la UNODC resaltó las consecuencias *no intencionadas* de las políticas internacionales de fiscalización de drogas; entre ellas, dicha Oficina destacó “la aparición de un mercado negro de drogas lucrativo y la corrupción y violencia que genera”.¹⁸⁶ Si bien esta fue la primera mención explícita que hizo el organismo sobre las consecuencias negativas del sistema internacional de fiscalización, dicha evaluación no redundó en un análisis profundo de las implicaciones que tienen las políticas internacionales de control de estupeficientes para el pleno disfrute de los derechos humanos, tanto de las personas usuarias como de aquellas que no lo son. Este último punto ha sido retomado en varias ocasiones por diferentes órganos internacionales de protección a los derechos humanos. A continuación se presentan las principales observaciones¹⁸⁷ emitidas por los órganos de los tratados que monitorean las convenciones de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos, así como algunos de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre el impacto negativo que el sistema internacional de fiscalización de drogas ha tenido en el pleno disfrute de estos derechos, haciendo especial énfasis en las problemáticas relacionadas con América Latina. Posteriormente, se analizarán algunas perspectivas y alternativas a la penalización del uso de drogas y la criminalización de las personas usuarias.

1. Impacto de las políticas de control de drogas en el ejercicio de los derechos humanos

a) POLÍTICAS DE COMBATE A LAS DROGAS, VIOLENCIA Y DERECHOS HUMANOS

Los esfuerzos de los Estados para combatir la producción y el tráfico ilícito de sustancias psicoactivas sujetas a fiscalización internacional se han venido fortaleciendo en las últimas décadas, más aún frente a la existencia de vínculos entre estas actividades y la financiación de grupos armados como los denominados *cárteles* de droga mexicanos, las bandas emergentes en Colombia, los Comandos en Brasil y las *maras* en Centroamérica.¹⁸⁸

¹⁸³ UNODC, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A human rights perspective*, doc. cit., párr. 9.

¹⁸⁴ Véanse las resoluciones 49/4 (E/CN.7/2006/10), 51/12 (E/CN.7/2008/15) y 53/9 (E/CN.7/2010/18), citadas en: ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 13.

¹⁸⁵ UNODC, *Informe mundial sobre las drogas*, Nueva York, ONU, 2009.

¹⁸⁶ *Ibidem*, p. 19.

¹⁸⁷ Las que forman parte del *corpus iuris* internacional en la materia.

¹⁸⁸ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 14.

En la región el clima de violencia ligada a las drogas es innegable. Existe poca información confiable al respecto; no obstante, se advierte un número importante de homicidios en el continente americano asociados a la actividad del crimen organizado, y relacionados a su vez con la economía ilegal de drogas.¹⁸⁹ En México se estima que durante los seis años de la administración del presidente Felipe Calderón (2006-2012) más de 60 mil personas murieron y 150 mil se convirtieron en desplazadas a causa de la violencia asociada al tráfico ilegal de drogas.¹⁹⁰ La llamada *guerra contra las drogas* generó un contexto marcado por la inseguridad y la violencia derivadas de la respuesta militarizada a la delincuencia organizada.¹⁹¹ Si bien los cárteles y otras bandas delictivas son responsables de la mayoría de los homicidios dolosos, secuestros y otros actos violentos, se han evidenciado situaciones de connivencia con servidores públicos.¹⁹² Asimismo, prevalece un contexto de impunidad donde 98% de los homicidios quedan sin sancionarse.¹⁹³

Además del clima de violencia que generan, las estrategias de combate al tráfico de drogas han sido cuestionadas por las políticas y prácticas extremas que sustentan,¹⁹⁴ las cuales comúnmente redundan en afectaciones a los derechos humanos. Estas violaciones se presentan, por ejemplo, en el accionar de las autoridades, quienes en ocasiones han sido señaladas de abusar de su poder en el marco de las investigaciones e interrogatorios vinculados con el combate al tráfico ilícito de drogas. En el caso de República Dominicana, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas observó con inquietud las denuncias sobre ejecuciones extrajudiciales de personas prisioneras que se encontraban bajo la custodia del Estado Parte, en particular en la Dirección Nacional para el Control de Drogas, y la aparente impunidad de la cual gozaron los perpetradores de dichas violaciones a los derechos humanos.¹⁹⁵

Por otro lado, en este contexto, como parte de las estrategias del combate al narcotráfico se ha observado el uso de prácticas policiales que van desde la vigilancia hasta el uso excesivo o indebido de la fuerza contra poblaciones en situación de vulnerabilidad. Varios de los órganos de protección a los derechos de grupos específicos que se encuentran en situación de particular vulnerabilidad han documentado los efectos adversos de las políticas de combate a las drogas, especialmente hacia las niñas y los niños, las mujeres y las poblaciones indígenas. Por ejemplo, el Comité de los Derechos del Niño ha expresado su preocupación por la participación de niños en escuelas militares, quienes son utilizados en operaciones de combate al narcotráfico en México, particularmente en labores de búsqueda y destrucción de drogas ilegales;¹⁹⁶ así como por la situación de las niñas y los niños que son cooptados por grupos del crimen organizado y narcotráfico para ser obligados a trabajar en la producción y/o transporte de estas sustancias.¹⁹⁷

¹⁸⁹ OEA, *op. cit.*, p. 80.

¹⁹⁰ Amnistía Internacional, *Informe 2013 Amnistía Internacional. El estado de los derechos humanos en el mundo*, *op. cit.*, p. 228.

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 229.

¹⁹² *Ibidem*, p. 228. Véase también Human Rights Watch, *Ni seguridad, ni derechos. Ejecuciones, desapariciones y tortura en la "guerra contra el narcotráfico" de México*, *op. cit.*; Human Rights Watch, *Los desaparecidos de México. El persistente costo de una crisis ignorada*, *op. cit.*, pp. 190-191; ONU-Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, *Recopilación preparada por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos con arreglo al párrafo 15 b) del anexo de la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos y al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo, México*, A/HRC/WG.6/17/MEX/2, Ginebra, 12 de agosto de 2013, p. 8.

¹⁹³ *Idem*.

¹⁹⁴ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, *doc. cit.*, párr. 14.

¹⁹⁵ Comité CCPR, *Observaciones del Comité de Derechos Humanos: Dominican Republic*, CCPR/CO/71/DOM, 26 de abril de 2001, párr. 8.

¹⁹⁶ Comité CDN, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. México 2011*, CRC/C/OPAC/MEX/CO/1, 7 de abril de 2011, párrs. 17-18.

¹⁹⁷ Comité CRC, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo al artículo 44 de la Convención. Observaciones finales a Colombia*, CRC/C/COL/CO/3, 8 de junio de 2006, párrs. 88 y 89.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD, por sus siglas en inglés), por su parte, ha expresado su preocupación por la violencia derivada de la lucha contra el crimen organizado y sus posibles repercusiones negativas sobre la protección de los derechos humanos de la población, incluidas las personas pertenecientes a los pueblos indígenas y afrodescendientes, que suelen encontrarse en mayor vulnerabilidad.¹⁹⁸ Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha denunciado los altos niveles de inseguridad y violencia relacionados con la lucha contra el narcotráfico en México, los cuales afectan de modo negativo el disfrute de los derechos humanos, particularmente de las mujeres y las niñas. Al respecto, el Comité CEDAW ha documentado que las estrategias de seguridad pública implementadas en México durante el gobierno del expresidente Calderón, combinadas con la impunidad y corrupción persistentes, afectaban de forma desproporcionada a las mujeres y contribuían a reforzar la discriminación y violencia generalizadas hacia ellas. En virtud de lo anterior, dicho Comité ha recomendado a México la revisión de la estrategia de lucha contra la delincuencia organizada con el fin de adaptarla a sus obligaciones internacionales de derechos humanos y acabar con los altos niveles de inseguridad y violencia en el país,¹⁹⁹ especialmente atendiendo a las causas endémicas y estructurales²⁰⁰ que han dado origen al problema del crimen organizado en su territorio.

El Comité CEDAW advierte también la problemática que enfrentan, cada vez con más frecuencia, las mujeres que se ven forzadas a participar en actividades relacionadas con el narcotráfico como medio de subsistencia y el aumento significativo del número de mujeres y niñas que se encuentran en prisión por cometer delitos relacionados con el narcotráfico, en particular por haber transportado drogas (como *mulas*). Este fenómeno es distinguido por dicho Comité en países como Perú, Brasil, Colombia y México.²⁰¹

Entre las consecuencias que ha tenido el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, y en particular las políticas contra el narcotráfico, sobre los derechos humanos el Comité CEDAW ha observado cómo los grupos armados, entre ellos narcotraficantes, han obligado a muchas familias a desplazarse de sus lugares de origen.²⁰² Asimismo, el CERD ha señalado cómo la apropiación de tierras por parte de grupos de narcotraficantes atenta contra los derechos culturales, de propiedad y los derechos humanos en general de minorías étnicas en Colombia.²⁰³

Otro de los riesgos de las políticas de drogas es la erradicación de cultivos *ilícitos*. En la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 se insta a las partes a implementar medidas en ese sentido.²⁰⁴ Los órganos integrantes del sistema internacional de fisca-

¹⁹⁸ CERD, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 9º de la Convención. Observaciones finales a México*, CERD/C/MEX/CO/16-17, 7 de diciembre de 2010, párr. 13.

¹⁹⁹ Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a México*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012, párrs. 11-12. Asimismo, Véase Francesca Tronco y Erick Monterrosas, *Información enviada al Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en virtud de la consideración de los 7º y 8º informes consolidados de México*, Nueva York, Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidio, junio de 2012, pp. 12-21.

²⁰⁰ Como los altos niveles de pobreza, desigualdad, falta de oportunidades educativas, laborales y en otros ámbitos del desarrollo humano, y las causas estructurales que lo han agravado como la corrupción e impunidad.

²⁰¹ ONU-AG, *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer A/50/38/1*, 31 de mayo de 1995, párr. 441; Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a Brasil*, CEDAW/C/BRA/CO/7, 23 de febrero de 2012, párr. 32; Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a Colombia*, Comité CEDAW/C/COL/CO/6, 2 de febrero de 2007, párrs. 20 y 21; y, Comité CEDAW, *Observaciones finales Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a México*, *doc. cit.*, párr. 20.

²⁰² Comité CEDAW, *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, periodos de sesiones 18º y 19º, Asamblea General, Documentos Oficiales, A/53/38/Rev.1, 1998, párr. 20.

²⁰³ CERD, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial a Colombia*, CERD/C/COL/CO/14, 28 de agosto de 2009, párr. 19.

²⁰⁴ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 14.

lización de drogas han promovido activamente la implementación de este tipo de medidas, por ejemplo, proveyendo a través de la UNODC asistencia técnica en la materia a gran variedad de países.

En el caso de Colombia, esta obligación se implementó a base de campañas de fumigación aérea, las cuales han provocado graves consecuencias para la seguridad alimentaria, la salud y los medios de subsistencia de muchas poblaciones que viven del cultivo de la coca. Así lo reconoció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) en el documento de Observaciones Finales a Colombia, emitido a raíz de la comparecencia de este país en 2010 en virtud del Examen Periódico Universal.²⁰⁵

b) CRIMINALIZACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

De manera paralela, diversos órganos internacionales han documentado cómo las políticas de fiscalización de drogas han contribuido a reforzar –e incluso institucionalizar– los estereotipos negativos y prejuicios acerca de las personas usuarias. En efecto, al convertir la posesión, adquisición o cultivo de sustancias para el consumo personal en una conducta delictiva, las convenciones internacionales tienden a criminalizar y reforzar las percepciones negativas hacia este grupo de personas. Así generan, perpetúan e institucionalizan en el imaginario social la figura de la persona usuaria como *criminal* o *delincuente*. Por ello, la persona usuaria, y más aún cuando está involucrada en un uso problemático de drogas, es excluida de los espacios de integración social, y en múltiples ocasiones también de los programas de tratamiento para la dependencia, pudiendo provocar esto un deterioro considerable de sus condiciones de vida.²⁰⁶

En tal sentido, frecuentemente se ha criticado la implementación de un sistema punitivo de fiscalización de drogas que convierte al derecho penal en una poderosa herramienta a través de la cual el estigma en contra de las personas usuarias es producido y reproducido.²⁰⁷

Se traduce en múltiples afectaciones en el reconocimiento y el ejercicio de los derechos humanos y la igualdad real de oportunidades para muchas personas que usan drogas, quienes a menudo se encuentran entre los sectores más vulnerables de la sociedad.²⁰⁸ En estos casos aumenta la vulnerabilidad de las personas de por sí ya en esa condición y se exagera el impacto de las violaciones a sus derechos humanos. Como se mencionó anteriormente, es muy común que muchas de las personas usuarias y poblaciones afectadas por la implementación de políticas de drogas experimenten varios tipos de discriminación.²⁰⁹

²⁰⁵ Comité DESC, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a Colombia*, E/C.12/COL/CO/5, 2010, párrs. 27 y 28.

²⁰⁶ OEA, *op. cit.*, p. 75.

²⁰⁷ Sobre los procesos de producción y reproducción del estigma véase Rebecca J. Cook y Susannah Howard, “Accommodating Women’s Differences under the Women’s Anti-Discrimination Convention”, en *Emory Law Journal*, núm. 56, 2006-2007, p. 1081. Véase también, Damon Barrett, “Towards a Human Rights Framework: Reflections on Human Rights and International Drug Control”, en *Governing The Global Drug Wars*, SR14, Londres, LSE Ideas/London School of Economics, octubre de 2012, pp. 57-58.

²⁰⁸ Véase Count the Costs, *op. cit.*, p. 1. Véase también Damon Barrett, “Towards a Human Rights Framework: Reflections on Human Rights and International Drug Control”, *op. cit.*, p. 58.

²⁰⁹ Count the Costs, *op. cit.*, p. 1.

c) DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A LA SALUD

Si bien los preámbulos de las tres convenciones que sustentan el actual sistema internacional de fiscalización de drogas advierten preocupaciones respecto de la “salud física y moral de la humanidad”²¹⁰ —cuya protección constituyó uno de los principales objetivos de su celebración—, por “el bienestar de los seres humanos”, un primer motivo de preocupación de los diferentes órganos de derechos humanos es el fracaso del actual régimen punitivo en cumplir sus objetivos de salud pública.²¹¹ En particular se advierte el acceso limitado y desigual que tienen las personas usuarias de drogas a la atención médica. En efecto, a pesar de que el sistema internacional de fiscalización alienta a los Estados a promover políticas de prevención y tratamiento, al centrarse esencialmente en la penalización las políticas actuales no han logrado garantizar a aquellas personas usuarias que tienen un uso problemático de drogas su derecho a la salud.

Al contrario, la estigmatización generada o reforzada por los regímenes punitivos de tratamiento o aplicación de la ley también puede aumentar los riesgos para la salud, en particular porque propician prácticas de consumo en la clandestinidad y disuaden a las personas usuarias de acudir a servicios de salud debido a la amenaza de que su consumo de drogas sea “denunciado por el personal de salud, y consecuentemente sean objeto de sanciones penales relacionadas con el uso de drogas o porque temen que el personal las discrimine y les niegue el acceso a la atención de la salud”.²¹² Por ejemplo, para el caso peruano, el Comité de los Derechos del Niño ha señalado la constante discriminación de la que son víctimas las niñas, los niños y las y los adolescentes usuarios de drogas a la hora de acceder a la atención médica. Al respecto, la OEA ha advertido que “en la medida que el consumo de drogas está penalizado o estigmatizado, las poblaciones más vulnerables al consumo problemático se ven inhibidas de recurrir a la información oportuna, a los servicios de salud pública y, en general, a los programas de prevención y tratamiento”.²¹³ Este tipo de diagnóstico es válido también para Colombia, en donde el Comité DESC ha observado las limitaciones de una política que se ha focalizado en atacar la demanda de estupefacientes mediante la penalización del consumo, en detrimento de políticas de prevención y atención más eficaces.²¹⁴

Lo anterior implica consecuencias graves para el ejercicio del derecho a la salud de las personas con un uso problemático de drogas, y en relación con la propagación de enfermedades, que son caldo de cultivo de un consumo de riesgo, en particular en el caso de las drogas inyectables. Cabe recordar que en Europa Oriental se estima que 70% de las infecciones por VIH/sida se produjo entre las personas que consumen drogas inyectables.²¹⁵ En tal sentido, la falta de reglamentación puede entrañar otras afectaciones como dar pie a la contaminación de las sustancias o generar el desarrollo de comportamientos de consumos más riesgosos, por ejemplo, el compartir jeringas o material de inyección, inyectarse de forma más apresurada o en lugares inseguros e incluso insalubres.²¹⁶

Por otra parte, los órganos de derechos humanos también han mostrado su preocupación en torno al funcionamiento de los centros de rehabilitación de personas con un uso problemático y/o dependencia.

²¹⁰ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Preámbulo; Convenio de Sustancias Sicotrópicas, Preámbulo; y Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Preámbulo.

²¹¹ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. p. 2.

²¹² *Idem*. Véase también párrs. 19-24.

²¹³ OEA, *op. cit.*, p. 75.

²¹⁴ Comité DESC, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a Colombia*, doc. cit., párrs. 27 y 28.

²¹⁵ OMS, UNUSIDA y Unicef, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, Ginebra, 2008, p. 24, citado en ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 22.

²¹⁶ *Ibidem*, párrs. 26 y 27.

Por ejemplo, este problema es retomado por el Comité contra la Tortura para el caso de Guatemala, que denota con preocupación las peligrosas condiciones existentes en los centros privados de rehabilitación de drogas, así como sobre los malos tratos a los que son sometidas las personas que ingresan a ellos.²¹⁷ En este caso, se ha destacado la especial vulnerabilidad en que se encuentran las personas usuarias de drogas sujetas a servicios residenciales para la rehabilitación o el tratamiento de la dependencia a las drogas, debido a que usualmente estos lugares conllevan formas de privación o restricción de la libertad que, al ser contrarias a la voluntad de las personas, se tornan en ilegales y arbitrarias.

Aunque la Convención de 1988 hace mención de medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación,²¹⁸ los organismos de supervisión del sistema de fiscalización de drogas, en particular la Junta Internacional de Fiscalización, siguen asumiendo posiciones conservadoras respecto de programas novedosos para atender la dependencia a estas sustancias, promovidas por otros organismos internacionales. Por ejemplo, mientras que la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la UNODC se han posicionado a favor de la terapia de sustitución con derivados opiáceos como un elemento central para el control del VIH/sida, la Junta sigue manteniendo una posición de rechazo frente a la incorporación de este tipo de tratamientos debido a su preocupación por la desviación hacia mercados ilícitos de la metadona y la buprenorfina, sustancias con propiedades psicoactivas sujetas a fiscalización internacional y necesarias para tratar la dependencia a las drogas.²¹⁹

d) DERECHOS CULTURALES Y USO TRADICIONAL DE DROGAS

Finalmente, otra de las discusiones que se han dado en el seno del sistema de fiscalización internacional es la relativa al uso tradicional de la hoja de coca. En junio de 2011, Bolivia denunció a la Convención Única, ya que en su artículo 49 establece la obligación de erradicar la masticación de la hoja de coca en un plazo máximo de 25 años desde su entrada en vigor, plazo que finalizó en 1989. Consecuentemente, Bolivia presentó una reserva para proteger la masticación tradicional de la hoja de coca en su territorio;²²⁰ y confirmó que su adhesión a las convenciones estaría sujeta a la aceptación de dicha reserva.²²¹ Más de un tercio de los Estados Parte objetaron la reserva en el plazo convenido, y consecuentemente Bolivia retiró su adhesión a las tres convenciones internacionales de control de drogas.²²²

El Estado Plurinacional de Bolivia objetó bajo el párrafo segundo del artículo 14 de la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, que explicita que las medidas para eliminar la demanda y el cultivo de estupefacientes “deberán respetar los derechos humanos fundamentales y tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica, así como la protección del medio ambiente”.²²³ Las objeciones a la reserva de un grupo de países entre los que se encuentra Estados Unidos, así como las preocupaciones y recomendaciones de la Junta expresadas en sus últimos informes,²²⁴ demuestran una postura rígida y conservadora de ciertos Estados y organismos en cuanto a la posibilidad de abrir el debate hacia la incorporación de la perspectiva de los derechos humanos.

²¹⁷ CAT, *Observación generales del Comité contra la Tortura a Guatemala*, CAT/C/SR.1161 y 1162, 2013, párr. 20.

²¹⁸ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, párr. 14.4.

²¹⁹ Joanne Csete, “Poniendo a punto la vigilancia: Los derechos humanos en la JIFE”, en *Governing The Global Drug Wars*, SR14, Londres, LSE Ideas/London School of Economics, octubre de 2012, pp. 73-80.

²²⁰ IDPC, *Guía sobre políticas de drogas*, Londres, IDPC, marzo de 2012, pp. 144-145.

²²¹ ONU-JIFE, *Informe anual 2012 E/INCB/2012/1*, 2013, pp. 13-14.

²²² *Ibidem*, p. 14.

²²³ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, artículo 14.2.

²²⁴ Información disponible en <<http://www.incb.org>>, página consultada el 14 de junio de 2013.

En 2007, en la Asamblea General de la ONU se adoptó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, la cual reconoce el derecho a practicar y revitalizar las tradiciones y costumbres culturales, entre otros derechos de los pueblos indígenas y originarios.²²⁵ En tal sentido, diversas obligaciones en materia de fiscalización de drogas son incompatibles con esta declaración, por ejemplo, entran en contradicción con el marco jurídico de fiscalización de la hoja de coca, ya que la prohibición de su cultivo atenta directamente contra las tradiciones culturales de los pueblos indígenas de Bolivia. Del mismo modo, las observaciones que el CERD hizo en su examen y recomendaciones a Bolivia también expresan estas contradicciones, ya que “si bien comprende la necesidad de que se elaboren políticas destinadas a reducir la producción y el tráfico ilegales de coca, al Comité le preocupan las posibles consecuencias negativas de esas políticas, particularmente para los miembros de las comunidades indígenas”.²²⁶

En síntesis, las “consecuencias no intencionadas” que reconoció la UNODC en 2009 habían sido ya denunciadas por los órganos de derechos humanos desde la década de 1990. En tal sentido, y como se vio en páginas precedentes, las consecuencias negativas que tiene el actual sistema internacional de fiscalización de estupefacientes oscilan dentro de un rango extremadamente amplio de derechos de las personas usuarias y no usuarias de drogas: acceso a la salud, prohibición de la tortura, garantías procesales, presunción de inocencia, derechos de propiedad y derechos de minorías étnicas y pueblos indígenas y originarios son sólo algunos de los derechos que se ven vulnerados por las políticas actuales en materia de drogas. En consecuencia, resulta esencial promover políticas alternativas que atiendan y den respuesta a este tipo de violaciones a los derechos humanos.

2. Alternativas legales y regulatorias

Hasta la fecha la mayoría de los países de la región y en el mundo han aplicado con cierto rigor las disposiciones de las convenciones internacionales, reformando sus códigos penales y sus estrategias de persecución del delito hacia un enfoque punitivo con la consecuente penalización de la posesión, cultivo y consumo personal. No obstante, en un contexto en que el modelo tradicional de fiscalización internacional es criticado por su inmovilidad,²²⁷ además de sus impactos en los derechos humanos, se enfatiza la necesidad de implementar modelos regulatorios alternativos como los que se han desarrollado en varios países de la región y en otras partes del mundo. Ciertas opciones se sitúan dentro de los límites interpretativos de las convenciones de drogas, otras resultan controversiales ante el marco de fiscalización internacional, pero todas coinciden en buscar reducir o eliminar los controles estrictos sobre la posesión y uso para el consumo personal²²⁸ —en algunos casos el cultivo— de sustancias psicoactivas bajo el régimen de fiscalización internacional. Estos modelos menos restrictivos

²²⁵ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007, artículo 11.1.

²²⁶ CERD, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial a Bolivia*, CERD/C/63/CO/2, 10 de diciembre de 2003, párr. 16.

²²⁷ Véase, por ejemplo, David Bewley-Taylor y Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 17; Martin Jelsma, *op. cit.*, pp. 14-16; y ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, *doc. cit.*, párr. 49.

²²⁸ Cabe advertir una confusión entre los términos de descriminalización, despenalización, legalización y regulación; no existe una definición universalmente aceptada; al contrario, las interpretaciones varían mucho. En este documento consideramos las distinciones que realiza el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud (véase ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, *doc. cit.*, párrs. 62-69) y que coinciden con varios autores de referencia citados en este Informe. Véase, por ejemplo IDPC, *op. cit.*, pp. 25-28; Martin Jelsma, *op. cit.*, pp. 8-14; y David Bewley-Taylor y Martin Jelsma, *Los límites de la flexibilidad. Las convenciones de control de drogas de la ONU*, TNI, (serie Reforma Legislativa en materia de Drogas núm. 18), marzo de 2012. En el informe de la OEA se utiliza el término *despenalización* para caracterizar una situación de descriminalización en nuestros términos.

se presentan como opciones viables para reducir ciertos riesgos asociados al uso de drogas, aumentar la participación de las personas con un uso problemático de éstas en los tratamientos y reducir la privación de la libertad.²²⁹

a) DESPENALIZACIÓN

Ante los problemas que la penalización ha traído, ciertos países han optado por despenalizar, es decir, una situación en donde se mantiene el estatus de delito como tal pero se *relaja* la sanción prevista por la ley penal para él. El objetivo de esta política es reducir o eliminar la aplicación de penas privativas de libertad para ciertas conductas relacionadas con las drogas como la posesión, el uso y en algunos casos el cultivo, aunque éstas siguen siendo tipificadas como delitos.²³⁰

Por ejemplo, en 2004 Reino Unido inició el Programa de Advertencias de Cannabis, el cual permite a la policía adoptar un enfoque escalonado frente a los delitos de posesión de pequeñas cantidades de esta droga. Las personas que son intervenidas por posesión por primera vez pueden recibir una *advertencia por cannabis*, la cual se tramita en la calle y no prevé el arresto. En caso de ser intervenida por segunda vez, la persona recibe un aviso por desorden y una multa, la cual no conlleva antecedentes penales si se paga en el plazo estipulado. Cuando una persona es intervenida por tercera ocasión se prevé el arresto y amonestación, ya que de lo contrario será procesada. Fuentes oficiales destacan que desde 2004 el uso de cannabis en Reino Unido ha disminuido de forma significativa, especialmente entre las y los jóvenes.²³¹

Por su parte, diversos estados en Australia han adoptado una política equilibrada entre la aplicación de la ley y los servicios de tratamiento, de tal manera que las sanciones para el cultivo y la posesión de cannabis constituyen sanciones en materia civil como multas o notificaciones de infracción de la ley en lugar del encarcelamiento. Se estima que la aplicación de este sistema ha tenido un efecto positivo en los niveles de encarcelamiento, ya que en 2010 sólo 11% de la población penitenciaria estaba interna por delitos relacionados con las drogas.²³²

En España y Alemania se mantienen las sanciones penales por uso personal de drogas, aunque no se imponen condenas y nunca se encarcela a las personas que son encausadas únicamente por cargos de consumo.²³³

b) DESCRIMINALIZACIÓN *DE FACTO*

En este modelo, el uso o la posesión y, en algunos casos, el cultivo para uso personal de drogas siguen siendo conductas ilícitas y tipificadas como delitos en la legislación penal o en otras materias, como de salud, pero no se aplican las condenas penales por la comisión de dichos delitos. En la práctica, la persona que consume, posee y cultive drogas para uso personal no es arrestada ni enjuiciada.²³⁴

²²⁹ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 62.

²³⁰ IDPC, *op. cit.*, p. 26.

²³¹ Department of Health, *United Kingdom drug situation, 2011 Edition-Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Londres, Department of Health, octubre de 2011, citado en IDPC, *op. cit.*, p. 26.

²³² Australia Bureau of Statistics, *Prisoners in Australia*, Melbourne, Australian Bureau of Statistics, 2010, citado en IDPC, *op. cit.*, p. 47.

²³³ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 65.

²³⁴ IDPC, *op. cit.*, p. 26; y ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 62.

La limitante de esa estrategia es que se trata de una orden informal hacia los agentes policiales en su actuar, cuestión que se puede revertir en un cambio de gobierno.

En la década de los setenta, el Ministerio de Justicia de los Países Bajos decidió no aplicar la ley y optar por la descriminalización *de facto* de la posesión de menos de cinco gramos de cannabis. Ya para los años ochenta se autorizó –aunque no legalmente– la compra y venta de pequeñas cantidades de cannabis en *coffee shops* que deben contar con una licencia y respetar la regulación correspondiente.²³⁵ En estos casos, se ejerce el principio de oportunidad, una figura del derecho penal holandés que faculta a las autoridades para abstenerse de interponer acciones penales. En el caso de los Países Bajos se descriminalizó también el cultivo de un máximo de cinco plantas de cannabis por persona para consumo personal.²³⁶

c) DESCRIMINALIZACIÓN O DESTIPIFICACIÓN

La descriminalización o destipificación se refiere a la revocación de las leyes que tipifican, es decir, que definen el consumo, la posesión y/o el cultivo de drogas para su uso personal como un delito. Esta medida ha sido implementada en los contextos jurídicos donde las sanciones asociadas con ciertos actos son de carácter administrativo o se han suprimido por completo. La ventaja de esta política alternativa frente a la descriminalización *de facto* es que está formalizada por medio de la ley; además de que, a diferencia de la despenalización, la persona que es sorprendida por posesión, uso y/o en su caso cultivo de drogas no tendrá antecedentes penales,²³⁷ pues dichas conductas no constituyen un delito.

En julio de 2001, Portugal adoptó una ley a nivel nacional por medio de la cual se descriminalizó la adquisición, posesión y uso de todas las drogas controladas para el uso personal, las cuales se regularon como infracciones administrativas²³⁸ de distinta naturaleza: servicios comunitarios, multas, suspensión de licencias profesionales y la prohibición de acudir a determinados lugares, así como recomendación de programas de tratamiento o con la formación para las personas dependientes de drogas.²³⁹ La destipificación se acompañó de una ampliación de los programas de tratamiento de drogas, campañas de información y la interrupción de los operativos policiales de control.²⁴⁰ Este proceso fue concebido desde un enfoque integral de salud pública y ha contribuido a reducir significativamente los problemas de salud relacionados con las drogas (como los contagios de VIH/sida y las muertes relacionadas con sustancias psicoactivas), a una mayor asistencia a los programas para el tratamiento de la dependencia a las drogas, una menor sobrecarga en las cárceles y los sistemas de procuración y administración de justicia penal, el incremento en las acciones de aplicación de la ley enfocadas al tráfico de drogas en gran escala, así como en su efectividad y la falta de aumento significativo en la prevalencia del consumo de drogas.²⁴¹

²³⁵ IDPC, *op. cit.*, p. 48.

²³⁶ Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 12.

²³⁷ IDPC, *op. cit.*, p. 27.

²³⁸ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párr. 64.

²³⁹ IDPC, *Guía sobre políticas de drogas, op. cit.*, p. 48.

²⁴⁰ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párr. 67.

²⁴¹ Artur Domostawski, *Drug policy in Portugal-the benefits of decriminalising drug use*, Varsovia, Open Society Foundations, 2011; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, *Drug policy profiles-Portugal*, Lisboa, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2011; Hughes, C. y A. Stevens, *Beckley Briefing Paper 2012-The effects of decriminalization of drug use in Portugal*, Oxford, Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2012, citados en IDPC, *op. cit.*, p. 48.

La descriminalización puede plantear en la práctica ciertos problemas a los gobiernos para distinguir entre la posesión para el consumo personal y la posesión con intención de suministro a terceras personas. Para revertir eso, algunos gobiernos han establecido *cantidades umbral* o *cantidades límite* como parámetro para indicar si la posesión se encuentra destinada para el uso personal o comercial. Otros gobiernos han dejado esta facultad discrecional para determinar la intención de la tenencia a las y los magistrados o agentes policiales.²⁴²

Se ha avanzado en varios países en la descriminalización del uso de cannabis, por lo menos hasta un cierto punto. Es el caso, por ejemplo, de Suiza, Bélgica, Luxemburgo, España, Portugal, Irlanda y la República Checa, 13 estados de Estados Unidos y varios de Australia. En la mayoría de los países europeos, la posesión de hasta 30 gramos de cannabis no suele ser objeto de acciones penales o sólo entraña sanciones administrativas.²⁴³ En Austria se autorizan 1.5 gramos de cocaína, un gramo de estimulantes del tipo anfetamínico y 0.5 gramos de heroína; en Finlandia el límite para una sentencia de prisión es de 10 gramos de estimulantes del tipo anfetamínico, 40 pastillas de éxtasis, cuatro gramos de cocaína y dos gramos de heroína.²⁴⁴

En el caso de la República Checa se descriminalizó la posesión de hasta 15 gramos de cannabis, 1.5 gramos de heroína, un gramo de cocaína, dos gramos de metanfetamina o cinco pastillas de éxtasis, lo que lo sitúa en uno de los países más laxos en relación con la tenencia personal; la posesión por arriba de estos límites es considerada un delito menor, pero en la práctica sólo se traduce en una amonestación de la policía.²⁴⁵

d) REGULACIÓN LEGAL

Si bien la política de regulación, al igual que la legalización, permiten la producción, el suministro y el consumo de drogas, dicha estrategia prevé normas administrativas estrictas para controlar las mencionadas actividades. En la última década han surgido propuestas que representan opciones para el control de los productos (contenido, dosis, preparación y envasado), las y los vendedores (licencias, requisitos de formación, capacitación, *marketing* y promociones), los establecimientos (ubicación, densidad del establecimiento, apariencia, servicios prestados y estándares de calidad), el acceso (controles de edad, compradores autorizados, programas de afiliación en clubes), y cuándo y dónde se pueden consumir drogas.²⁴⁶

El informe *Propuesta para la regulación*²⁴⁷ analiza opciones para reglamentar distintas drogas entre diversas poblaciones y sugiere varios modelos de regulación que podrían administrar los mercados de drogas con menos daños tanto sociales como sanitarios. Asimismo, se sugiere analizar los éxitos y fracasos en la regulación del tabaco y el alcohol en diversos países y demás productos y actividades nocivas que han sido reguladas. En este mismo sentido, se enmarca la propuesta del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud que insta a utilizar como modelo el Convenio Marco

²⁴² *Ibidem*, p. 27.

²⁴³ Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 11.

²⁴⁴ Tom Blickman y Martin Jelsma, "La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos", en *Nueva Sociedad*, núm. 222, julio-agosto de 2009, p. 90.

²⁴⁵ Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 11.

²⁴⁶ King County Bar Association Drug Policy Project, *Effective drug control: toward a new legal framework. State-level intervention as a workable alternative to the "war on drugs"*, Seattle, King County Bar Association, 2005; Health Officers Council of British Columbia, *A public health approach to drug control*, Victoria, Health Officers Council of British Columbia, 2005; S. Rolles, *After the War on Drugs Blueprint for Regulation*, Bristol, Transform Drug Policy Foundation, 2009, citados en IDPC, *op. cit.*, pp. 27-28.

²⁴⁷ *Idem*.

para el Control del Tabaco, que representa un cambio de paradigma en la formulación de una estrategia reguladora de las sustancias que crean dependencia, con el fin de proteger a las personas usuarias y al mismo tiempo reducir al máximo los daños asociados a las drogas.²⁴⁸

En tal sentido, a continuación se proponen cinco modelos básicos para regular la oferta de drogas sujetas a control:²⁴⁹

- Prescripción médica o centros supervisados (aplicable a drogas que se pueden utilizar de forma nociva: heroína y metanfetaminas).
- Venta al por menor por especialistas en farmacia (aplicable a drogas de riesgo moderado: anfetaminas, cocaína en polvo y éxtasis).
- Venta al por menor bajo licencia (aplicable a drogas y preparados de riesgo menor: bebidas estimulantes de baja potencia).
- Establecimientos autorizados para venta y consumo (*coffee shops* para cannabis u opio y clubes sociales de cannabis).
- Venta sin licencia (aplicable a productos de menor riesgo: mate de coca).

Asimismo, cabe mencionar los clubes de consumidores de cannabis que fueron establecidos a partir de 2001 en Barcelona y en varias ciudades del País Vasco, en España, en los que se cultiva colectivamente una plantación de cannabis. Los miembros del club tienen un determinado número de plantas y pueden consumir una cierta cantidad por miembro y por año.²⁵⁰ Asimismo, Uruguay se distingue por su ambiente favorable a la descriminalización y regulación del cultivo de cannabis para uso personal, junto con un fuerte cuestionamiento del modelo internacional de prohibición. El 10 de diciembre de 2013 el Senado uruguayo ratificó una ley para regular el mercado de cannabis, en virtud del cual el Estado se encargaría de su producción y distribución.²⁵¹

Cuadro II.6 Modelos alternativos a la penalización del uso, posesión y/o cultivo de drogas para consumo personal

- *Despenalización*: la posesión, consumo y/o cultivo constituyen delitos, pero las sanciones penales se reducen y se eliminan las penas privativas de la libertad (Inglaterra, Australia, España y Alemania).
- *Descriminalización o destipificación de facto*: la posesión, consumo y/o cultivo siguen siendo conductas tipificadas en la legislación penal, pero en la práctica no se persiguen estos delitos (Países Bajos).
- *Descriminalización o destipificación*: se refiere a la revocación de las leyes que definen el consumo, la posesión y/o el cultivo de drogas para uso personal como un delito penal; se pueden aplicar sanciones administrativas o no (Portugal, Brasil y República Checa).
- *Legalización*: se elimina todo tipo de sanciones penales o administrativas para la producción, el suministro y el uso de drogas, a la fecha no se ha implementado en ningún país.
- *Regulación legal*: prevé normas administrativas estrictas para controlar las actividades de producción, suministro y uso de drogas, manteniendo un control sobre los productos, vendedores, establecimientos, acceso y lugares para el uso.

Fuente: Elaboración propia con base en las obras citadas en este apartado.

²⁴⁸ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 73.

²⁴⁹ S. Rolles, "An alternative to the war on drugs", en *British Medical Journal*, julio de 2010, citado en IDPC, doc. cit., p. 28.

²⁵⁰ Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 14.

²⁵¹ Para más información véase el portal de internet de TNI, disponible en <<http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/uruguay>>, página consultada el 5 de octubre de 2013.

e) REFLEXIONES FINALES SOBRE LA JERARQUÍA JURÍDICA ENTRE EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DROGAS

Es evidente la falta de vinculación entre el desarrollo histórico del derecho internacional de los derechos humanos y los tratados internacionales en materia de drogas, así como en la implementación de las obligaciones de los Estados derivadas de ambas ramas; y es más evidente aún si consideramos la ausencia de los derechos humanos en las disposiciones sobre el control internacional de dichas sustancias. Los organismos que se ocupan de instrumentar la lucha contra las drogas y los que vigilan el respeto a los derechos humanos en el ámbito internacional se encuentran desarticulados.²⁵² Dicha desvinculación en la práctica ha resultado en crecientes tensiones entre el régimen de drogas y la protección y el respeto a los derechos humanos en la implementación de medidas de control de éstas,²⁵³ así como en preocupaciones ante el peligro de que la fiscalización de tal tipo de sustancias se haya convertido en un fin en sí mismo.²⁵⁴

Aun cuando las convenciones internacionales de control de drogas representan una rama separada del derecho internacional, éstas no desplazan a los derechos humanos.²⁵⁵ Al respecto, el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado que “cuando los objetivos y enfoques del régimen internacional de fiscalización de drogas entren en conflicto con los del régimen internacional de derechos humanos, las obligaciones en materia de derechos humanos deberán prevalecer”.²⁵⁶ De hecho, la Asamblea General ha emitido resoluciones en este sentido, declarando que la fiscalización internacional de las drogas debe llevarse a cabo de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y respetando plenamente los derechos humanos.²⁵⁷

La superioridad de los derechos humanos en la jerarquía de las normas internacionales es irrefutable, y fue cristalizada en el derecho internacional en el mismo acto de fundación de la ONU, así como por medio de la sólida resolución de la comunidad internacional de reafirmar la fe en los derechos fundamentales y en la dignidad de la persona humana.²⁵⁸ Los derechos humanos constituyen uno de los cuatro propósitos de las Naciones Unidas,²⁵⁹ y uno de los tres pilares fundamentales e interconectados de la actuación de la comunidad internacional en su conjunto.²⁶⁰

²⁵² ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párr. 48.

²⁵³ David Bewley-Taylor, “El sistema internacional contemporáneo para el control de drogas: Un recuento de la década de UNGASS”, en LSE Ideas, *Regulando las guerras contra las drogas*, SR014, octubre de 2012, p. 59.

²⁵⁴ Damon Barrett y Manfred Nowak, “The United Nations and Drug Policy: Towards a human rights-based approach”, en Aristotle Constantinides y Nikos Zaikos (eds.), *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Professor Kalliopi K. Koufa*, Brill/Martinus Nijhoff, 2009, p. 453.

²⁵⁵ *Ibidem*, pp. 449-477.

²⁵⁶ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párr. 10.

²⁵⁷ Véanse las resoluciones 62/176 y 63/197 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, citadas en *ibidem*, párr. 10.

²⁵⁸ Carta de las Naciones Unidas, Preámbulo.

²⁵⁹ *Ibidem*, artículo 1.3.

²⁶⁰ Los tres pilares que guían toda la actuación de las Naciones Unidas son la paz y la seguridad, el desarrollo y los derechos humanos. UNODC, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A human rights perspective, doc. cit.*, párr. 1.

Por el contrario, la actuación internacional en materia de fiscalización de drogas fue específicamente omitida de la Carta de las Naciones Unidas²⁶¹ y en su lugar, durante la Conferencia de San Francisco –en la que fue redactada la Carta–, se estableció de manera clara una jerarquía inferior para la fiscalización de drogas, la cual constituía una subcategoría de los “problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos” contenidos en el artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas, y respecto de los cuales dicha organización tiene competencia para conocer.²⁶²

Consecuentemente, y debido a la supremacía jerárquica de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos, ha sido subrayado que el derecho internacional de los derechos humanos debe ser completamente respetado en la implementación de las convenciones internacionales en materia de control de drogas.²⁶³ Lo anterior, como ya se mencionó, ha sido reconocido incluso por los órganos responsables de monitorear y conducir la fiscalización de drogas en el marco de las Naciones Unidas, entre ellos por la Comisión de Estupefacientes y la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal.²⁶⁴ Incluso, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha afirmado que el “debido respeto de los derechos humanos universales, los deberes de las personas y el Estado de derecho es importante para la aplicación efectiva de los tratados de fiscalización internacional de drogas”,²⁶⁵ pues no respetar los estándares de derechos humanos en la conducción de actividades de fiscalización de drogas, entre otras cosas, puede socavar la capacidad del sistema de justicia penal para hacer cumplir la ley, dar lugar a reacciones desproporcionadas y discriminatorias de los agentes del Estado ante toda actividad relacionada con las drogas y redundar en menoscabo de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.²⁶⁶

Es cierto que toda ley, política pública o práctica del Estado que obstaculice, restrinja o contribuya a la denegación de los derechos y libertades fundamentales de manera generalizada es claramente incompatible con el derecho internacional de los derechos humanos; así que, aun cuando el enfoque punitivo de las políticas de drogas se justificase nacional e internacionalmente como una respuesta a una “amenaza excepcional y existencial a nuestra salud, nuestra seguridad, y al tejido mismo de nuestra sociedad”,²⁶⁷ si la aplicación de dicho enfoque resulta en una violación a los derechos humanos dicha actuación del Estado es claramente incompatible con el derecho internacional.

Para contrarrestar las continuas violaciones derivadas de las políticas de control de droga, el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud apela por promover un enfoque de fiscalización basado en los derechos humanos que coloque al respeto, protección, garantía y promoción de éstos en el centro de sus actividades y cumpla cabalmente sus objetivos en materia de protección a la salud,²⁶⁸ en un marco de respeto a la autonomía de las personas.

²⁶¹ Damon Barrett y Manfred Nowak, *op. cit.*, p. 459.

²⁶² *Idem.*

²⁶³ UNODC, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A human rights perspective, op. cit.*, párr. 8.

²⁶⁴ *Ibidem*, párr. 9.

²⁶⁵ ONU-JIFE, *Informe anual 2007*, E/INCB/2007/1, capítulo 1, párr. 38.

²⁶⁶ *Idem.*

²⁶⁷ Count the Costs, “La guerra contra las drogas: socavando los derechos humanos”, p. 2, disponible en <<http://www.countthecosts.org/es/los-siete-costos/socavando-los-derechos-humanos>>.

²⁶⁸ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párrs. 48 y 49.

III. Sistema de justicia y política de drogas en México y el Distrito Federal: una revisión desde la perspectiva de los derechos humanos



Fotografía: Jorge Hernández Tinajero.

En el presente capítulo se desarrolla un análisis del conjunto de normas y disposiciones que rigen el uso de drogas en México y en el Distrito Federal, así como los impactos y los retos que este régimen jurídico y la política de drogas presentan frente a los derechos humanos de las personas usuarias. Esta reflexión se guía a partir de los estándares internacionales de protección a los derechos humanos establecidos por el derecho internacional de los derechos humanos, en particular en el ámbito de la autonomía, de la libertad y la seguridad personales y del acceso a la justicia.

A. Régimen jurídico sobre drogas en México y el Distrito Federal²⁶⁹

1. Marco jurídico nacional sobre delitos contra la salud

a) EL SISTEMA VIGENTE EN MÉXICO SOBRE LOS DELITOS CONTRA LA SALUD

Con base en la justificación de protección al derecho a la salud, el marco normativo sobre drogas en México establece una estructura jurídica compleja, fragmentada y en ocasiones difusa cuyos elementos atraviesan niveles normativos nacionales y estatales, así como disposiciones de orden constitucional, administrativo y penal.²⁷⁰

En nuestro país el marco legal que existe sobre las drogas gira en torno a la protección del derecho a la salud, reconocido constitucionalmente en el artículo 4º.²⁷¹ Por tanto, las conductas relacionadas con ellas son consideradas como un tema de salud pública²⁷² y un tema de seguridad nacional perseguido por el aparato punitivo del Estado. De ahí se explica que los delitos que involucran este tipo de sustancias se contemplen dentro del apartado denominado por la ley como *delitos contra la salud*.²⁷³ Adicionalmente, la regulación administrativa sobre drogas forma parte de la materia de salubridad general y, en el mismo sentido, el derecho penal se utiliza como una herramienta para la protección del derecho a la salud.

Un momento determinante sobre esta temática se remonta a 2004, cuando la Comisión Permanente del Congreso de la Unión recibió un paquete de iniciativas por parte del Ejecutivo, entre las que se incluyó una reforma constitucional que dotara de facultades al Congreso para establecer en las leyes federales los supuestos en que las autoridades de los estados podrían conocer y sancionar delitos federales, argumentando entre otras cosas que el narcomenudeo constituía un problema de interés nacional que lesionaba en primer lugar a las y los habitantes de cada entidad federativa.²⁷⁴ Esta iniciativa fue aprobada por las cámaras de Diputados y Senadores y, tras superar la aprobación necesaria de los gobiernos estatales, fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de noviembre de 2005.²⁷⁵

²⁶⁹ Este apartado fue elaborado con una gran aportación de estudios realizados por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) a través de su programa Incubadora del Programa de Política de Drogas (IPPD)-Área de control de sustancias.

²⁷⁰ Héctor Aguilar Camín *et al.*, *op. cit.*, p. 207.

²⁷¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º.

²⁷² Ley General de Salud, artículo 3º, fracción. XXI.

²⁷³ Código Penal Federal, título séptimo denominado Delitos contra la salud, artículos 193-199.

²⁷⁴ Decreto por el que se declara adicionado un párrafo tercero a la fracción XXI, del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de noviembre de 2005, Exposición de motivos.

²⁷⁵ *Idem*.

Con posterioridad a la reforma mencionada, en 2009 fue presentada una serie de reformas que serían conocidas como la “Ley de Narcomenudeo”,²⁷⁶ o mejor dicho la “Ley contra el Narcomenudeo”, las cuales lograron que la competencia para conocer de las conductas relacionadas con estas sustancias dejara de ser exclusiva del ámbito federal. En tal sentido, las modificaciones a la Ley General de Salud,²⁷⁷ al Código Penal Federal,²⁷⁸ y al Código Federal de Procedimientos Penales²⁷⁹ modificaron en forma importante las atribuciones de las autoridades federales y locales en la materia. De esta forma, actualmente la asignación de facultades y competencias en la persecución de los delitos relacionados con drogas se encuentra establecida en los tres ordenamientos anteriores.

Para comprender el marco jurídico en materia de drogas es importante tener en mente tres cosas. La primera es que la Federación, a través del Congreso de la Unión, es el único órgano que puede legislar en materia de salubridad general y sus disposiciones son de orden común para todas las autoridades administrativas del país; la segunda es que la CPEUM²⁸⁰ establece la actuación concurrente entre la Federación y los estados al respecto,²⁸¹ lo que significa que existe una asignación de facultades determinada por una ley federal que coordina los esfuerzos entre la Federación y los gobiernos estatales en un mismo tema; y la tercera es que cuando se trate de una materia concurrente establecida en la Constitución, las leyes federales establecerán, además, los supuestos en que una autoridad de fuera común podrá conocer y resolver delitos federales.

Ahora bien, el término de drogas no está definido en ninguna ley. En la Ley General de Salud sólo se presenta una lista de sustancias consideradas respectivamente como *estupefacientes* y *sustancias psicotrópicas*, pero sin proporcionar una definición ni explicar la diferencia entre ambas.²⁸² A su vez, dicho ordenamiento estipula en forma general que todo acto que esté relacionado con tales sustancias y sus derivados se encontrará sujeto a la ley y sus reglamentos, tratados internacionales, disposiciones que emita el Consejo de Salubridad General, y las leyes generales o cualquier otra que se emita sobre ellas.²⁸³

Es importante precisar que no todos los *estupefacientes* y *sustancias psicotrópicas* señaladas en la legislación de salud se encuentran prohibidos. Dentro de esta normativa, la prohibición de siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo o cualquier acto, está dirigida exclusivamente para:

²⁷⁶ La conocida Ley contra el Narcomenudeo en realidad se trató de un decreto presidencial emitido el 20 de agosto de 2009, “por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales”, que dio lugar a una nueva estrategia nacional en materia de drogas.

²⁷⁷ Ley General de Salud.

²⁷⁸ Código Penal Federal.

²⁷⁹ Código Federal de Procedimientos Penales, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de agosto de 1934; última reforma publicada el 3 de mayo de 2013.

²⁸⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 73, fracción xvi.

²⁸¹ Entenderemos por concurrencia lo señalado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en las controversias constitucionales 29/2000 y 54/2009, así como en la acción de inconstitucionalidad 119/2008. Entre otras cosas señalan que por concurrencia se entiende: “i. La facultad del legislador federal para distribuir las competencias entre el Estado y las entidades federativas. ii. La legislación que el Congreso federal establece en la materia es considerada como una base mínima que los estados pueden ampliar sólo si aumenta la esfera de protección de los ciudadanos y es acorde a los principios constitucionales. iii. La regulación secundaria (léase NOM) emitida por la autoridad federal es de carácter obligatorio para todas los estados de la república”.

²⁸² Véase Ley General de Salud, artículos 234 y 245. Para efectos de este informe se hace uso del término *drogas* para referirse por igual a éstas. Véase capítulo I de este Informe.

²⁸³ *Ibidem*, artículos 235 y 247.

- Los siguientes estupefacientes: “opio preparado para fumar; diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados; cannabis sativa, índica y americana o marihuana; *Papaver somniferum* o adormidera; *Papaver bracteatum* y *Erythroxylon novogratense* o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones”.²⁸⁴
- Aquellas sustancias psicotrópicas que “constituyen un problema especialmente grave para la salud pública”, dentro de las cuales se incluyen el LSD, MDA, MDMA, DMT y los hongos alucinógenos de cualquier variedad botánica.²⁸⁵

El carácter penal y delictivo de las actividades relacionadas con las sustancias prohibidas arriba mencionadas se encuentra en el Código Penal Federal y en la Ley General de Salud. Con independencia de señalar la paradoja que conlleva el contenido de disposiciones de naturaleza penal en una ley de carácter administrativo como lo es la Ley General de Salud, encontramos que ésta hace referencia en su capítulo VII a los “delitos contra la salud en su modalidad de narcomenudeo”,²⁸⁶ y a su vez el Código Penal Federal tipifica la producción, tenencia, tráfico y otras actividades vinculadas con estas sustancias en los artículos correspondientes a los delitos contra la salud.²⁸⁷ A la distribución de competencias para conocer de estos delitos que establece la Ley General de Salud en su artículo 474 y que se estudiará a profundidad más adelante, en conjunto con las disposiciones del Código Penal Federal, se le conoce como *conurrencia en materia penal*.

b) CRIMINALIZACIÓN DEL USO PERSONAL DE DROGAS

La Ley contra el Narcomenudeo tuvo como finalidad sancionar tres conductas primordiales entre las que no se encontró al consumo; éstas son:²⁸⁸ el comercio o suministro de drogas (aun en forma gratuita y sin autorización), la posesión de drogas con la finalidad de comercializarlas o suministrarlas, y la posesión simple de estas sustancias (es decir, sin que se haya comprobado la finalidad de comercio o suministro). El uso de drogas entonces, pese a la prohibición general para *todo acto* arriba referida, pasó a gozar de un estatus particular en la normatividad federal, toda vez que la Ley General de Salud contempla en su artículo 479 una excluyente de responsabilidad para el uso de ciertas sustancias en cantidades definidas de acuerdo con lo señalado en el cuadro de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato. Es decir, México optó por un modelo de descriminalización²⁸⁹ del consumo personal de ciertas drogas en cantidad limitada.

²⁸⁴ *Ibidem*, artículo 237.

²⁸⁵ *Ibidem*, artículos 245 y 248.

²⁸⁶ *Ibidem*, capítulo VII.

²⁸⁷ Código Penal Federal, título séptimo, Delitos contra la salud, artículos 193-199.

²⁸⁸ Iniciativa de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, Exposición de Motivos, Cámara de Senadores, 2 de octubre de 2008, p. 4.

²⁸⁹ Véase capítulo II de este Informe.

Cuadro III.1 Tabla de orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato

Sustancias	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o heroína	50 mg.	
<i>Cannabis sativa, indica</i> o marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA,	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
Metilendioxfanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Fuente: Ley General de Salud, artículo 479.

El cuadro anterior presenta las sustancias y las cantidades máximas permitidas para el uso personal sin responsabilidad penal, siempre y cuando la persona usuaria cumpla con los siguientes supuestos: *a)* sea una persona farmacodependiente o consumidora; *b)* se encuentre en posesión de una sustancia contemplada en el cuadro; *c)* la posesión de dicha sustancia sea en una cantidad igual o inferior a las presentadas por el cuadro, y *d)* no se encuentre dentro o alrededor de centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión.²⁹⁰ Es decir que los parámetros establecidos anteriormente indican la porción límite de droga que una persona puede tener para ser considerada como persona usuaria –*consumidora* o *farmacodependiente* en los términos de la ley–, sin que por ello soporte consecuencias penales. En este sentido, el uso de drogas en cantidades inferiores a las establecidas en el cuadro no constituye una actividad sancionable, lo que en principio significa que el uso de drogas no está penalizado y, por tanto, que la persona usuaria de drogas no debe verse en problemas con el aparato penal en caso de encontrarse con cantidades iguales o menores permitidas por éste. De hecho, la ley marca que para las personas que sean dependientes o usuarias,²⁹¹ la autoridad debe únicamente proporcionarles información u orientación sobre los tratamientos o programas contra la dependencia.²⁹²

No obstante, esta disposición tiene un límite. Si bien la Ley General de Salud especifica que no se ejercerá acción penal en contra de quien posea para su estricto consumo personal alguna de las sustancias señaladas en igual o inferior cantidad a la prevista en el cuadro, el Ministerio Público tendrá que hacer un reporte de no ejercicio de la acción penal dirigido a la autoridad sanitaria correspondiente.²⁹³ Cabe resaltar que si bien la persona consumidora o dependiente es liberada, no enfrenta un contacto menor con el sistema penal, pues la determinación del Ministerio Público se dará después de iniciar una averiguación previa para la investigación de estos casos y verificación del supuesto normativo. Es decir, la retención de una persona que, en principio, la ley parece tratar como no merecedora de la acción punitiva del Estado en la realidad sufre una interferencia por parte de éste. Asimismo, se establece que al tercer reporte del Ministerio Público esa persona deberá someterse de forma obligatoria a un programa contra la dependencia a las drogas,²⁹⁴ indistintamente de su voluntad y consentimiento libre e informado.²⁹⁵

²⁹⁰ Código Penal Federal, artículos 475, fracción II; y 478.

²⁹¹ Ley General de Salud, artículo 473. La ley hace distinción entre *farmacodependencia* y *consumidor* en los siguientes términos: “Para los efectos de este capítulo se entenderá por: [...] III. Farmacodependiente: Toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos; IV. Consumidor: Toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia”. A continuación se usarán los términos de *dependencia* y *personas usuarias* para referirse a estas dos situaciones respectivamente.

²⁹² *Ibidem*, artículo 478.

²⁹³ *Idem*.

²⁹⁴ *Ibidem*, artículo 193 bis.

²⁹⁵ El consentimiento libre e informado se define más ampliamente en el siguiente capítulo.

Además hay que mencionar que las cantidades umbral establecidas en la legislación mexicana se han hecho acreedoras de importantes críticas, a pesar de que se sostuvo que su definición fue producto de un *intercambio de experiencias* entre la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República (PGR) y el Centro Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud.²⁹⁶ En primer lugar, porque las cantidades autorizadas son sumamente restrictivas y presentan un enfoque poco realista. Recuérdese, por ejemplo, que en el caso del cannabis en México se reconoce como consumo personal una cantidad igual o inferior a cinco gramos, en contraste con los 30 gramos que se suelen tolerar en los países europeos.²⁹⁷ Por otro lado, se ha evidenciado que este cuadro no responde en forma adecuada a la oferta del mercado y, por el contrario, contempla cantidades más bien inadecuadas que tienen como resultado inmediato la criminalización de las personas usuarias. Según distintos testimonios, la cocaína comúnmente se vende en *grapas*, es decir, en bolsitas que contienen un gramo, por ser ésta la unidad de consumo que más frecuentemente circula en el mercado; sin embargo, la cantidad máxima establecida por el cuadro es de 500 mg para esta sustancia. Así, cualquier persona que adquiera en el mercado la dosis mínima y que la posea para su consumo personal e inmediato será objeto de sanciones penales y, como se verá más adelante, señalada como *narcomenudista*.²⁹⁸ A manera de principio legislativo, el juez debería tener la posibilidad de tomar en consideración otras cuestiones (cantidad de delitos, condiciones sociales, circunstancias del arresto, etc.) para determinar las penas cuando se supera la cantidad mínima de las dosis.²⁹⁹

c) EL COMPLEJO SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA PERSECUCIÓN DE LOS DELITOS CONTRA LA SALUD

Además de definir las dosis permitidas para uso personal, la tabla de orientación de dosis máximas de consumo personal e inmediato tiene otra función, ya que sirve para determinar la participación de las autoridades en el conocimiento de delitos contra la salud, según la cantidad de sustancia o sustancias que una persona posea al momento de ser detenida. Para entender esta distribución de competencias, es necesario pensar las cantidades establecidas en la tabla de orientación, multiplicadas por mil. Hecho lo anterior, se define que cuando una persona posea una cantidad que sea igual o mayor a este resultado entonces será competencia de la autoridad federal la investigación, persecución y sanción de los delitos que las involucren (pues se consideran actividades propias del narcotráfico en donde además suele vincularse a la delincuencia organizada); por el contrario, si es menor, corresponderá a las autoridades de cada entidad federativa perseguirlos (ya que se considera que forman parte del narcomenudeo).³⁰⁰

Las autoridades locales se encuentran obligadas a informar al Ministerio Público Federal de las investigaciones que inicien, a efecto de que este último pueda proceder en cualquier momento a solicitar su remisión en términos del artículo 474 de la Ley General de Salud.³⁰¹ Asimismo, las autoridades locales pueden integrar las averiguaciones previas en los casos en que deba conocer la autoridad federal y remitir las actuaciones correspondientes a ésta hasta el término de tres días posteriores a haberlas concluido, las cuales gozarán de plena validez salvo que haya una persona detenida, en cuya situación

²⁹⁶ Iniciativa de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, p. 3.

²⁹⁷ Tom Blickman y Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 90. Véase también Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 11.

²⁹⁸ Héctor Aguilar Camín *et al.*, *op. cit.*, p. 227.

²⁹⁹ Tom Blickman y Martin Jelsma, *op. cit.*, p. 93.

³⁰⁰ Ley General de Salud, artículo 474.

³⁰¹ *Idem*. El Ministerio Público Federal también puede solicitar informes a las autoridades locales sobre los delitos que conozca.

la remisión del expediente al Ministerio Público Federal será inmediata.³⁰² En cualquier caso, las sustancias siempre se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal para determinar, conforme a la ley, su aprovechamiento o destrucción.³⁰³

Además de lo anterior, la regulación de las drogas se caracteriza por ser parte de una estrategia penal que incluye a la delincuencia organizada, figura para la cual se ha instrumentado un régimen excepcional sumamente restrictivo en materia de derechos humanos, con el uso de figuras como el arraigo, la retención ampliada, la incomunicación, las medidas de vigilancia especial y la extinción de dominio, entre otras; que también ha sido receptor de críticas importantes por considerarse un conjunto normativo trasgresor de derechos y principios rectores de derecho penal como son el debido proceso, la libertad personal y la presunción de inocencia, entre otros.³⁰⁴ En los casos en que se presume delincuencia organizada, así como en aquellos casos donde la sustancia involucrada no se encuentre contemplada en el Cuadro de orientación de dosis máxima; o si el Ministerio Público Federal lo solicita en forma expresa, será la autoridad federal la encargada de conocer y resolver estos delitos aun si la cantidad de droga es menor a la requerida en principio.³⁰⁵

d) LAS PENAS APLICABLES COMO INSTRUMENTO CENTRAL DE LA POLÍTICA DE DROGAS

En palabras de Catalina Pérez Correa,³⁰⁶ lo que se establece en la práctica con las reformas de la Ley de Narcomenudeo, es que el gobierno federal tiene como atribución hacerse cargo del fenómeno de narcotráfico y sancionarlo por medio del Código Penal Federal, mientras que los estados son responsables de combatir el narcomenudeo a través de lo establecido en la Ley General de Salud. Si bien la ley propiamente no hace uso del término *narcotráfico*, éste se refiere al intercambio en cantidades mayores en mil veces a las establecidas en la tabla antes citada.

De esa manera, dicha tabla se convirtió además en la base para distinguir entre *personas usuarias*, *personas narcomenudistas* o *personas narcocontraficantes*, tomando sólo en cuenta la cantidad de la sustancia que posean al momento de su detención. Si ésta es menor o igual a lo previsto allí, entonces se trata de una persona usuaria; si es mayor, pero menor al resultado de multiplicarlas por mil, entonces automáticamente se convierte en una persona con actividad de narcomenudeo; y si lo rebasa, la categoría que se le confiere asciende a narcotraficante. Los dos últimos automáticamente son perseguidos por la ley,³⁰⁷ aunque con diferentes modalidades.

El detalle no es menor, pues el supuesto en que se encuentre una persona será la diferencia entre sólo ser encaminada a llevar un tratamiento o a enfrentar una pena estipulada por la Ley General de Salud en casos de narcomenudeo, que va de cuatro a ocho años de prisión más 200 a 400 días de multa cuando se comprueba la actividad de comercio o suministro; de tres a seis años de prisión y 80 a 300 días de multa si no hay flagrancia pero las circunstancias permiten inferir que dicha cantidad estaba destinada para realizar estas actividades y; de 10 meses a tres años y hasta 80 días de multa cuando el contexto no posibilite hacer tal presunción.³⁰⁸

³⁰² Ley General de Salud, artículo 474.

³⁰³ Código Penal Federal, artículo 193.

³⁰⁴ Para ahondar más en este tema, véase Héctor Aguilar Camín *et al.*, *op. cit.*, pp. 214-217.

³⁰⁵ Ley General de Salud, artículo 474; y Código Penal Federal, artículo 195.

³⁰⁶ Catalina Pérez Correa, *Desproporcionalidad y delitos contra la salud en México*, México, CIDE, agosto de 2012, p. 12.

³⁰⁷ *Ibidem*, p. 14.

³⁰⁸ Ley General de Salud, artículos 475-478.

En el caso del Código Penal Federal, las sanciones por actividades de tráfico de drogas van de 10 a 25 años y de 100 a 500 días de multa a quien produzca, transporte, trafique, comercie, suministre, introduzca o extraiga del país, financie o realice actos de publicidad con drogas ilícitas;³⁰⁹ y de cinco a 15 años de cárcel y entre 100 y 350 días de multa si las circunstancias permiten inferir que dicha cantidad estaba destinada a realizar alguna de las actividades prohibidas por el artículo 194 del Código Penal Federal. Si por el contrario, el contexto no posibilita esta presunción, en cualquier forma la pena asciende de cuatro a siete años seis meses en reclusión y de 50 a 150 días de multa.³¹⁰ Al no distinguir la ley entre tipos de droga ni mayor o menor afectación cometida, actualmente queda en manos del juez o la jueza, al momento de individualizar la pena, decidir tomando en consideración las circunstancias del hecho, la cantidad y especie de la droga que se trate, la mayor o menor afectación o puesta en peligro de la salud pública, así como las condiciones personales del autor o partícipe y la reincidencia que en su caso exista.³¹¹

Aunado a lo anterior, en cualquiera de los casos anteriormente expuestos –ya sea que se trate de hechos calificados como narcomenudeo o narcotráfico–, si la persona se encontraba en compañía de dos personas más entra automáticamente en el supuesto de delincuencia organizada, sancionada con las penas del Código Penal Federal y el régimen excepcional que acompaña a esta figura.³¹² Las penas aplicables podrán ir de 20 a 40 años de prisión y de 500 a 25 mil días de multa para quien tenga funciones de administración, dirección o supervisión respecto de la delincuencia organizada; o de 10 a 20 años de prisión y de 250 a 12 500 días de multa en los demás casos.³¹³

En cuanto al cultivo, cabe señalar que también es una de las actividades prohibidas por la ley y una de las merecedoras de las penas más altas por el Código Penal Federal, que será dos terceras partes de la impuesta por la o el juez entre un rango de 10 a 25 años, si se realiza con la finalidad de producir, transportar, traficar, comerciar, suministrar, introducir o extraer del país; de no comprobarse esta finalidad, la pena será de dos a ocho años.³¹⁴ Mientras que en otros países el cultivo se considera un acto preparatorio del consumo, en México se entiende como un acto preparatorio del tráfico.

En caso de que esta acción sea realizada por una persona que tenga como actividad principal las labores del campo, ya sea que las realice por cuenta propia o con financiamiento de terceras personas o que consienta esta actividad en algún predio de su propiedad, tenencia o posesión, pero presente poca instrucción y extrema necesidad económica, entonces la pena será de uno a seis años de prisión.³¹⁵

³⁰⁹ Código Penal Federal, artículo 194.

³¹⁰ *Ibidem*, artículos 195 y 195 bis.

³¹¹ *Ibidem*, artículo 193.

³¹² Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de noviembre de 1996, artículo 2º.

³¹³ *Ibidem*, artículo 4º.

³¹⁴ Código Penal Federal, artículo 198; Ley General de Salud, artículo 482.

³¹⁵ *Idem*.

Cuadro III.2 Delitos contra la salud y sanciones previstas en la normatividad federal

Actividad	Supuesto normativo	Autoridad que persigue	Ley	Sanción (pena de privación de libertad y multa)	Excepción y/o agravantes
Consumo	Consumo en vía pública	Autoridad local	Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal	25-36 horas (arresto) + 21-30 d/m	NA
Narcomenudeo	Poseisión. Persona farmacodependiente o consumidora Sustancia en cantidad igual o inferior a las establecidas en el artículo 479 de la LGS.	Autoridad local	Ley General de Salud, artículo 478	No ejercicio de la acción penal (no hay sanción)	Excepción: si se encuentra dentro o cerca de los lugares señalados en el artículo 475 de las LGS (escuelas, centros de reclusión).
	Poseisión. Sin la finalidad de comerciar o suministrar Sustancia prevista en la tabla y en cantidad inferior a multiplicar por mil veces las establecidas en el artículo 479 de la LGS.	Autoridad local	Ley General de Salud, artículo 477	10 meses-tres años (p) + hasta 80 d/m	Conocerá la autoridad federal cuando: a) Delincuencia organizada. b) La sustancia no esté prevista en el cuadro. c) Cantidad igual o mayor a multiplicar por mil las establecidas en el artículo 479 de la LGS.
	Poseisión. Con la finalidad de comerciar o suministrar Sustancia en cantidad inferior a multiplicar por mil veces las establecidas en el artículo 479 de la LGS.	Autoridad local	Ley General de Salud, artículo 476	Tres a seis años (p) + 80-300 d/m	d) Ministerio Público Federal lo solicite. Agravante: en caso de comercio o suministro, si la víctima es persona menor de edad o con discapacidad mental.
	Comercio o suministro sin autorización (aun gratuitamente) Sustancia prevista en el cuadro y en cantidad inferior a multiplicar por mil veces las establecidas en el artículo 479 de la LGS.	Autoridad local	Ley General de Salud, artículo 475	Cuatro a ocho años (p) + 200-400 d/m	

Cuadro III.2 Delitos contra la salud y sanciones previstas en la normatividad federal (*continuación*)

Actividad	Supuesto normativo	Autoridad que persigue	Ley	Sanción (pena de privación de libertad y multa)	Excepción y/o agravantes
Narcotráfico	Poseción Sustancia en cantidad superior a multiplicar por mil veces las establecidas en el artículo 479 de la LGS y sin finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194 del CPF.	Autoridad federal	Código Penal Federal, artículo 195 <i>bis</i>	Cuatro a siete años y seis meses (p) + 50-150 d/m	Excepción: • Medicamento prescrito. • Peyote.
	Poseción Sustancia en cantidad superior a multiplicar por mil veces las establecidas en el artículo 479 LGS y con finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194 del CPF.	Autoridad federal	Código Penal Federal, artículo 195	Cinco a 15 años (p) + 100-350 d/m	NA
	Desviar o contribuir a desviar Precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.	Autoridad federal	Código Penal Federal, artículo 196 <i>ter</i>	Cinco a 15 años (p) + 100-300 d/m + decomiso de instrumentos, objetos y productos	Agravante: en caso de servidor público.

Cuadro III.2 Delitos contra la salud y sanciones previstas en la normatividad federal (*continuación*)

Actividad	Supuesto normativo	Autoridad que persigue	Ley	Sanción (pena de privación de libertad y multa)	Excepción y/o agravantes
Producir Transportar Traficar Comerciar Suministrar Introducir o extraer del país Aportar recursos Realizar actos de propaganda o publicidad	Sustancia en cantidad superior a multiplicar por mil veces la establecida en el artículo 479 de la LGS.	Autoridad federal	Código Penal Federal, artículo 194	10-25 años (p) + 100-500 d/m	Agravante: en caso de servidor público. En caso de introducir o extraer del país: de no llegar a consumirse, pero los actos presuman estas actividades, la pena será de hasta 2/3 partes de la sanción.
Cultivar o permitir el cultivo	Cultive o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares por cuenta propia o financiamiento de terceros. Finalidad de actividades del artículo 194, fracciones I y II del CPF.	Autoridad federal	Código Penal Federal, artículo 198	Hasta 2/3 partes de pena de artículo 194 (en un rango de 10 a 25 años)	Excepción: persona con actividad principal del campo + escasa instrucción y extrema necesidad. Sin finalidad de actividades de artículo 194, fracciones I y II, del CPF. Agravante: en caso de servidor público.
Casos de delincuencia organizada	Realizar cualquiera de las actividades con funciones de administración, dirección o supervisión.	Autoridad federal	Ley de Delincuencia Organizada	20-40 años (p) + 500 25 000 d/m	NA
	Realizar cualquiera de las actividades con otra función.			10-20 años (p) + 250 a 12 500 d/m	NA

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normatividad.

Nota: p = prisión; d/m = días de multa; NA = no aplica.

2. Marco jurídico y áreas de oportunidad en el Distrito Federal

a) COMPETENCIAS LIMITADAS DEL DISTRITO FEDERAL

Por tratarse de un asunto sobre salubridad general establecido en la legislación nacional, donde además el Estado fijó vía constitucional la actuación *concurrente* de las entidades con la Federación, el Distrito Federal se encuentra sujeto a las disposiciones que esta última determine en materia de drogas.³¹⁶ En otras palabras, esto quiere decir que en el ámbito local de su competencia no existe una normativa que se pueda modificar al respecto sin tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la ley general. Al contrario, las entidades federativas están obligadas a cumplir estas disposiciones, actuando dentro de las facultades que les sean asignadas.³¹⁷

Como resultado de lo anterior, y específicamente en materia de la persecución de los delitos que estén relacionados con las drogas, los tipos penales y las sanciones que les correspondan se encuentran definidos por la Ley General de Salud y deben ser aplicadas por los estados,³¹⁸ quienes tienen delegada la facultad de perseguir los delitos de posesión, comercio y suministro en la modalidad de narcomenudeo. El Distrito Federal no tiene incidencia en la modificación de estos términos ni de los tipos penales o sanciones a imponer que la ley determina. Lo anterior queda expuesto si se observa el artículo 1º de la Ley de Salud para el Distrito Federal,³¹⁹ que enuncia claramente como una de sus finalidades vigilar la realización de las disposiciones de la Ley General de Salud dentro de sus competencias, y particularmente para efectos de este Informe, en la prevención del uso de drogas, el tratamiento de la dependencia y la persecución de los delitos contra la salud,³²⁰ cuyos supuestos penales quedan comprendidos en dicho ordenamiento.

Es decir que, con motivo de las modificaciones que introdujo la llamada Ley de Narcomenudeo, desde 2009 el Distrito Federal asumió competencia en el combate a los delitos contra la salud de esta índole conforme a las disposiciones del artículo 474 de la Ley General de Salud, teniendo un año para realizar las modificaciones que fueran necesarias respecto a la aplicación particular de este artículo y tres años para dar cabal cumplimiento al resto de las reformas introducidas.³²¹ Como resultado, entre otras cosas, se publicó en 2012 un acuerdo para crear la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo.³²²

Cabe señalar que algunos autores han apuntado la ambigüedad existente entre los términos utilizados en la CPEUM, el Código Penal Federal y la Ley General de Salud, al referirse a la concurrencia en el ámbito penal para la persecución de los delitos contra la salud. En tal sentido, de acuerdo con la CPEUM, en las materias que sean concurrentes “las leyes federales establecerán los supuestos en que las autoridades del fuero común podrán conocer y resolver sobre delitos federales”.³²³ Al utilizar el término *podrán* establece una potestad de cada estado para decidir hacerlo o no; por otro lado, la Ley General

³¹⁶ *Vide supra*, “Marco jurídico nacional sobre delitos contra la salud”, pp. 67-76.

³¹⁷ En 2005 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue reformada para agregar una fracción XXI al artículo 73 que regula las facultades del Congreso de la Unión para legislar y en qué materias.

³¹⁸ Véase Ley General de Salud, artículos 475-478.

³¹⁹ Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009, última reforma publicada el 30 de noviembre de 2010, artículo 1º, fracción II.

³²⁰ Ley General de Salud, artículo 13, apartado C.

³²¹ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, artículo primero transitorio.

³²² Acuerdo para crear la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 20 agosto de 2012.

³²³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 73, fracción XXI.

de Salud parece obligar a los estados a perseguir estos delitos cuando se traten de narcomenudeo, utilizando el término *conocerán*,³²⁴ mientras que el Código Penal Federal retoma el uso facultativo *podrán* al hablar de los estados en su artículo 195.³²⁵ Esta aparente contradicción abre el camino para que cada entidad federativa, incluido el Distrito Federal, determine la persecución, investigación y sanción de los delitos de mayor impacto dentro de su ámbito y acorde a sus necesidades.³²⁶

b) ÁREAS DE OPORTUNIDAD

No obstante las limitaciones que la Ley General de Salud establece en materia de sanciones y tipos penales, las autoridades del Distrito Federal, con base en sus respectivas competencias, tienen facultades para legislar o regular otras materias que impacten en el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias. En esa tarea deben sujetarse al principio de no regresividad, es decir, legislar o regular en un sentido progresivo, de tal forma que siempre se busque una mejor y mayor protección a los derechos humanos de las y los usuarios de drogas y de la población en general. Estas áreas pueden convertirse en oportunidades para ampliar el ejercicio de los derechos, a la vez que no deben ser aprovechadas de forma regresiva para limitar los derechos o reproducir el modelo punitivo que domina a nivel federal.

Por ejemplo, en 2010 se establecieron las bases de la política local en materia de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal como resultado de la adopción de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal,³²⁷ que se analizará con mayor profundidad en el siguiente capítulo. Asimismo, se puede mencionar que en la Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal también hay disposiciones que regulan el uso de drogas, prohibiendo el uso de sustancias psicoactivas en lugares públicos por ser considerada como una infracción contra la seguridad ciudadana sancionada con multa de 21 a 30 días de salario mínimo vigente en el Distrito Federal o arresto de 25 a 36 horas.³²⁸ Las personas probables infractoras son presentadas por el elemento policial ante el juez, independientemente de los posibles delitos en que se incurra por la posesión de tales sustancias.³²⁹ Lo anterior lleva a una conclusión de suma trascendencia para el Distrito Federal, pues si bien la legislación federal establece que el consumo de ciertas sustancias en cantidades limitadas no se encuentra penalizado, lo cierto es que esa actividad sí lo está a nivel local, al menos con una multa administrativa o arresto menor. El consumo de drogas ilícitas, por tanto, sólo puede realizarse de acuerdo con las cantidades establecidas y en el estricto ámbito privado.

Otro tema que ha sido materia de discusión en el recinto legislativo local es lo referente a los tribunales o cortes de drogas. En este sentido, la Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal, presentada por primera vez en la v Legislatura y nuevamente durante la vi Legislatura,³³⁰ pretende implementar tales figuras

³²⁴ Ley General de Salud, artículo 474.

³²⁵ Código Penal Federal, artículo 195.

³²⁶ Héctor Aguilar Camín *et al.*, *op. cit.*, p. 214.

³²⁷ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 2010; última reforma publicada el 23 de agosto de 2012.

³²⁸ Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 31 de mayo de 2004; última reforma publicada el 16 de febrero de 2011, artículo 25, fracción v.

³²⁹ *Ibidem*, artículo 55.

³³⁰ Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal. Esta propuesta ya había sido presentada por las y los diputados Alejandra Barrales Magdaleno y Horacio Martínez Meza, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, en el marco de la v Legislatura. Esta iniciativa de ley fue aprobada en

con el objetivo de “propiciar la rehabilitación e integración comunitaria de las personas inculpadas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas bajo la supervisión de un Tribunal de Tratamiento para las Adicciones”.³³¹ Esta iniciativa se justifica desde la necesidad de adoptar un modelo de derecho penal mínimo y garantista que respete y proteja los derechos humanos de las personas inculpadas y de la población penitenciaria; se presenta además como un esfuerzo para proponer penas alternativas a la privación de la libertad.³³²

comisiones el 7 de mayo de 2013. Véase portal de internet de la ALDF, disponible en <<http://www.aldf.gob.mx/comsoc-buscaran-crear-tribunal-tratamiento-adicciones--13203.html>> página consultada el 18 de octubre de 2013.

³³¹ *Ibidem*, p. 23.

³³² *Ibidem*, p. 22.

Cuadro III.3 Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal

Principales disposiciones

Motivada por:

- Uso excesivo de la aplicación en materia penal de penas privativas de la libertad.
- Orientación deformada del derecho penal con penas menos idóneas para la readaptación.
- Sobrepoblación penitenciaria.
- Obligación internacional de contar con medidas no privativas de la libertad.

Objetivo:

Establecer un sistema de justicia terapéutico mediante tribunales de Tratamiento para las Adicciones, que fomenten la rehabilitación e integración comunitaria de las personas en conflicto con la ley y reduzcan los índices delictivos.

Requisitos para ser candidato:

- Ser una persona condenada por auto de formal prisión, sujeción o vinculación, y por un delito patrimonial no violento (no ser reincidente).
- Ser una persona consumidora (*sic*) de sustancia psicoactivas.
- Presentar la solicitud de suspensión de proceso a prueba de tratamiento.

Facultades y obligaciones

Participante deberá (artículo 9º)	Centro de Tratamiento deberá (artículos 12 y 26)	Jueces especializados (JE) (artículo 22)	Ministerio Público (artículo 24)
<ul style="list-style-type: none"> • Residir en un lugar determinado. • No amenazar ni agredir físicamente a la víctima, ofendido o testigo. • Someterse al plan de tratamiento personal. • Someterse a vigilancia judicial en los casos que se amerite. • No cometer un nuevo delito. • No consumir sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar ante JE informes periódicos de evaluación de la o el participante. • Informar y motivar al JE de aquellos casos en los que no sea posible ofrecer el tratamiento apropiado. • Realizar los diagnósticos confirmatorios. • Aplicar pruebas de toxicología respectivas. • Elaborar plan de tratamiento. • Asistir a reuniones con los distintos operadores del programa. • Operar el plan de tratamiento. • Llevar el expediente de cada participante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver solicitudes de admisión al procedimiento. • Solicitar al centro de tratamiento la elaboración del diagnóstico confirmatorio y remitirlo al juez penal. • Presidir las audiencias de introducción al procedimiento, seguimiento y egreso. • Resolver solicitudes de modificación o término del tratamiento. • Solicitar informes de evaluación. • Resolver solicitudes de expulsión o cancelación voluntaria del participante. • Fungir como facilitadores del progreso del programa en general. • Dictar adecuaciones o nuevas medidas para el mejor tratamiento de la o el participante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar requisitos de elegibilidad de la o el candidato. • Revisar informes de evaluación. • Emitir aprobación u oposición a la admisión de la o el participante al tratamiento. • Informar a la víctima respecto del programa. • Verificar cumplimiento de reparación del daño. • Mantener comunicación con el centro de tratamiento para ajustes y progreso de candidatos. • Solicitar expulsión de la o el participante. • Solicitar revocación de la suspensión del proceso a prueba. • Asistir a audiencias o reuniones que se soliciten.

Cuadro III.3 Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal (*continuación*)

Causas de expulsión: presentar *reiteradamente* alguna de las siguientes conductas:

- *Antidoping* positivo o consumo de otras sustancias psicoactivas.
- Inasistencia a las sesiones del centro de tratamiento sin justificación.
- Abandonar el plan de tratamiento.
- No acudir a las audiencias judiciales.
- Encontrarse en posesión de armas o sustancias psicoactivas.
- Haber cometido algún delito o haber sido arrestado administrativamente por motivo de consumo de sustancias psicoactivas.
- No comunicar cambios de domicilio.
- Falsear pruebas de *antidoping*.

Fuente: Véase n. 330.

A partir de la presentación de esta iniciativa se recibió una serie de cuestionamientos; OSC se pronunciaron en contra de este proyecto.³³³ Asimismo, la CDHDF remitió una serie de observaciones³³⁴ en el marco del proceso legislativo de aprobación del nuevo Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, en relación con la figura de las y los jueces de Control de Adicciones propuestos en los artículos 33, 40, 729 y 732. Ambos posicionamientos cuestionan de fondo estas iniciativas; en particular, se cuestiona el hecho que supone un nexo causal entre la comisión de los delitos y el uso de drogas, a la vez que condiciona el acceso a un tratamiento a la comisión de un delito cuando en realidad se trata de un derecho universal para todas las personas que hayan delinquido o no.³³⁵ Adicionalmente, se contempla que las y los usuarios, en caso de volver a usar drogas, son considerados como reincidentes; es decir, se transforma al consumo de drogas en un delito, lo que rompe con la dinámica de tratamiento médico donde la recaída es parte de él y no una causa de punibilidad.³³⁶

La iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal³³⁷ plantea un esquema en el que las personas a las que se les ha dictado un auto de formal prisión o de vinculación a proceso por la comisión de un delito patrimonial no grave pueden optar por solicitar la suspensión de su proceso a prueba cuando reúnen ciertos requisitos, entre los que se encuentra el ser consumidores de una sustancia psicoactiva. La medida permite que las personas que ingresen a esta modalidad no enfrenten un proceso penal por la posible comisión de aquel delito. Ese tipo de medidas también puede incidir en la reducción de personas sujetas a prisión preventiva por la comisión de delitos patrimoniales no graves. Si bien el texto de la iniciativa se relaciona estrechamente con los objetivos del artículo 17 de la CPEUM en relación con la posibilidad de incorporar salidas alternas a los procesos penales, se pueden hacer varios cuestionamientos.

³³³ Véase Pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil respecto de la iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal, presentado el 26 de abril de 2012, punto segundo.

³³⁴ Las observaciones se remitieron a la ALDF a través del Oficio CDHDF/OE/PVG/0030/2013 del 10 de julio de 2013, firmado por Mario Ernesto Patrón Sánchez, primer visitador general de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

³³⁵ Pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil..., *doc. cit.*, puntos cuarto y sexto; e *ibidem*, punto 5 c).

³³⁶ *Ibidem*, punto 5 g).

³³⁷ El análisis de la iniciativa que se presenta a continuación es de José Antonio Caballero, consejero de la CDHDF.

En primer lugar, la iniciativa no es clara al establecer el significado de la palabra *consumo* y sugiere que el uso de sustancias psicoactivas implica necesariamente la *adicción* a ellas, ya sea un uso problemático o una dependencia. Lo anterior genera una concepción errónea de la realidad y contribuye a estigmatizar conductas que no necesariamente implican un riesgo para la sociedad. Con el fin de resolver este problema, se propone definir con claridad las situaciones en donde el consumo de sustancias psicoactivas puede resultar problemático y entrar en los supuestos de la presente iniciativa. En general, el lenguaje de la iniciativa debe revisarse para evitar la generación de estigmatizaciones hacia las y los usuarios de drogas y visiones alejadas de la realidad. Asimismo, resulta necesario precisar el tipo de sustancias que se consideran en esta definición, y ampliar estos mecanismos al consumo de alcohol y tabaco.

Una segunda cuestión estrechamente relacionada con la anterior tiene que ver con los requisitos clínicos que se exigen para considerar que las personas son candidatas idóneas para el tratamiento en suspensión del proceso a prueba. El proyecto contiene una definición vaga de lo que se entenderá por *diagnóstico confirmatorio*. Lo que se requiere es definir con claridad los supuestos clínicos de procedencia y las expectativas que se pueden tener sobre el efecto de los programas en las personas que acepten voluntariamente el tratamiento.

Una tercera cuestión tiene que ver con la duración del tratamiento establecido con motivo de la suspensión del proceso a prueba. El artículo 15 de la iniciativa establece que dicho tratamiento podrá durar hasta dos años. La duración del tratamiento es problemática pues, al margen de las necesidades clínicas existentes para cada tratamiento, no es congruente con una política apegada a los derechos humanos mantener a una persona bajo la amenaza de un proceso penal durante dos años. El efecto de cualquier incumplimiento del tratamiento puede resultar en la reapertura del proceso penal. En tales circunstancias una persona sujeta a tratamiento puede encontrarse con que debe enfrentar un proceso penal en el mes 23 de éste. Con ello se genera una reacción desproporcionada del Estado ante la persona acusada de cometer un delito patrimonial no grave. Por tal motivo, sería conveniente reducir la duración de la suspensión del proceso a prueba a un periodo breve que no sea mayor a los nueve meses.

Si bien se reconoce la importancia de promover salidas alternativas a la privación de la libertad, la propuesta planteada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) sobre establecer tribunales de Tratamiento para las Adicciones presenta una serie de imprecisiones e incluso disposiciones que promueven una visión estigmatizadora de las personas usuarias de drogas. Para adecuarse a un enfoque respetuoso de los derechos humanos, el mecanismo alternativo propuesto debería acotarse a aquellas personas con un uso problemático de ciertas sustancias, y cuando se haya comprobado la relación con la comisión de un delito. Valdría la pena entonces identificar el tamaño de la población que efectivamente cumpliría con estos criterios y revisar los resultados de medidas similares implementadas en otros estados de la república –en Nuevo León, por ejemplo–, y frente a ello valorar si se justifica tal esfuerzo presupuestal respecto de esta política pública.

B. Uso de drogas en México y el Distrito Federal: una reflexión desde los estándares internacionales de derechos humanos

1. Uso de drogas y derechos a la autonomía, libertad e integridad personales

El uso de drogas, en primer lugar, es un acto privado que se circunscribe a la esfera de la vida personal y privada de las personas, protegida por el derecho internacional de los derechos humanos, en particular por los derechos a la autonomía, a la libertad y a la integridad personales.

En virtud del principio de la autonomía, las personas poseen la capacidad de conducir su vida, de resolver sobre la mejor forma de hacerlo, de valerse de medios e instrumentos para este fin, seleccionados y utilizados con autonomía –entendida como prenda de madurez y condición de libertad–.³³⁸ En ese contexto, la penalización del uso de drogas se pudiera analizar como un acto de restricción a la autonomía de las personas; como una tentación opresora por parte del Estado, bajo un supuesto afán de beneficiar o proteger a las personas, de establecer lo que les conviene y anticipar o iluminar sus decisiones, asumiendo erróneamente la falta de capacidad para tomar decisiones racionales.³³⁹

Con base en el derecho a la libertad, las personas deben gozar del derecho a autodeterminarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias preferencias y convicciones,³⁴⁰ lo que incluye el escoger de manera libre el usar drogas o no. En consecuencia, se considera que este derecho protege a las personas usuarias de drogas como tales, quienes pueden decidir libremente hacer uso de ellas, enmarcando esta práctica en la búsqueda de experiencias relacionadas con el sentido que pretendan darle a su vida.

Asimismo, a partir del derecho a la integridad personal, todas las personas son merecedoras de respeto, sin que nadie pueda, en principio, interferir con ellas o con sus decisiones personales;³⁴¹ es decir, todas las personas, usuarias o no de drogas, son dueñas de sí mismas y poseen autonomía personal y, por lo tanto, están facultadas –al ser sujetos de derecho con capacidad plena– para decidir sobre su vida, sin que el Estado tenga, en principio, la facultad de impedirselo.

Desde esta perspectiva, el derecho a la integridad personal está en íntima conexión con el derecho a la vida privada y a la intimidad, el cual tiene dos aspectos principales: uno que tutela la confidencialidad o inviolabilidad del hogar, de las comunicaciones y de las relaciones familiares, esto es, del ámbito privado; y otro que consagra el derecho de las personas a desarrollar su personalidad.³⁴² En tal sentido, el concepto de *vida privada* incluye el derecho a la autonomía y desarrollo personal, los cuales son prerequisites para el ejercicio de derecho a la vida privada.³⁴³

Así, podemos considerar que el uso de drogas por parte de las personas se basa en el libre desarrollo de la personalidad como parte de las decisiones que una persona puede tomar sobre sí misma. En virtud de lo anterior, las decisiones de las personas adultas de usar o no drogas integran el derecho a la vida privada y como tales deben ser respetadas por el Estado y la ciudadanía en general, pues ellas son la manifestación del ejercicio de esa serie de derechos humanos de los que las personas usuarias de drogas son titulares en condiciones de igualdad frente a las personas que libremente han decidido no usarlas.

Los derechos humanos anteriormente enunciados conllevan la obligación del Estado de respetarlos, protegerlos, promoverlos y cumplirlos. Algunos ejemplos de las obligaciones genéricas de los Estados en ese ámbito se enuncian en el siguiente cuadro.

³³⁸ Corte IDH, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia del 4 de julio de 2006, voto del juez Sergio García Ramírez, párr. 10.

³³⁹ *Idem*.

³⁴⁰ *Ibidem*, párr. 142.

³⁴¹ Cecilia Medina Quiroga, *La Convención Americana: teoría y jurisprudencia, vida, integridad personal, libertad personal, debido proceso y recurso judicial*, San José, Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho-Universidad de Chile, 2005, p. 138.

³⁴² Daniel O'Donnell, *op. cit.*, p. 562.

³⁴³ Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 28 de noviembre de 2012, párr. 142.

Cuadro III.4 Obligaciones internacionales relativas a las personas usuarias de drogas en el ámbito de la autonomía y la libertad e integridad personales

Derecho	Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Autonomía personal	No interferir arbitrariamente en las decisiones ni en la forma en la que las personas usuarias conducen su vida, incluyendo su libre decisión de usar drogas.	Prevenir interferencias arbitrarias por parte de particulares en la forma en la que las personas usuarias conducen su vida.	Tomar todas las medidas necesarias, incluyendo las legislativas y de políticas públicas con el fin de garantizar la autonomía personal de las personas usuarias de drogas.	Combatir, prevenir y poner fin a las injerencias arbitrarias, ya sea por parte del Estado o de particulares, en la autonomía personal de las personas usuarias de drogas.
Integridad personal	No interferir arbitrariamente en la vida ni en el ámbito personal de las personas usuarias de drogas.	Prevenir interferencias arbitrarias por parte de particulares en la vida de las personas usuarias de drogas.	Tomar todas las medidas necesarias, incluyendo las legislativas y de políticas públicas con el fin de garantizar la integridad personal de las personas usuarias de drogas.	Combatir, prevenir y poner fin a las injerencias arbitrarias, ya sea por parte del Estado o de particulares, en la integridad personal de las personas usuarias de drogas.
Libertad personal	No interferir arbitrariamente en la libertad de las personas adultas de usar drogas.	Prevenir interferencias arbitrarias por parte de particulares en la libertad de las personas de usar drogas.	Tomar todas las medidas necesarias, incluyendo las legislativas y de políticas públicas con el fin de garantizar la libertad de las personas de usar drogas.	Combatir, prevenir y poner fin a las injerencias arbitrarias, ya sea por parte del Estado o de particulares, en la libertad de las personas de usar drogas.
Vida privada	No interferir arbitrariamente en la vida privada de las personas usuarias de drogas.	Prevenir interferencias arbitrarias por parte de particulares en la vida privada de las personas usuarias de drogas.	Tomar todas las medidas necesarias, incluyendo las legislativas y de políticas públicas con el fin de garantizar el respeto a la vida privada de las personas usuarias de drogas.	Combatir, prevenir y poner fin a las injerencias arbitrarias, ya sea por parte del Estado o de particulares, en la vida privada de las personas usuarias de drogas.
Libre desarrollo de la personalidad	No interferir arbitrariamente en el uso de drogas como un elemento del libre desarrollo de la personalidad.	Prevenir interferencias arbitrarias por parte de particulares en el uso de drogas como un elemento del libre desarrollo de la personalidad.	Tomar todas las medidas necesarias, incluyendo las legislativas y de políticas públicas con el fin de no interferir con el uso de drogas como un elemento del libre desarrollo de la personalidad.	Combatir, prevenir y poner fin a las injerencias arbitrarias, ya sea por parte del Estado o de particulares, en el uso de drogas como un elemento del libre desarrollo de la personalidad.

Fuente: Elaboración propia.

2. Análisis desde la perspectiva del derecho penal de corte democrático

a) USO DE DROGAS Y DERECHO PENAL

La utilización del sistema penal como instrumento principal para combatir y reducir el uso de drogas, tal y como está establecido en México, presenta contradicciones en su interior que la hace incompatible

con un régimen democrático de derechos humanos. En efecto, en ese esquema se parte de la presunción de que las conductas relacionadas con las drogas, en particular con el uso de ellas, son *per se* punibles por el Estado y que las personas que se ven involucradas por ende deben ser castigadas; es decir, la regla se convierte en la persecución y la excepción en la inocencia de las personas.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha señalado que el uso del derecho penal es el más restrictivo y severo para establecer la responsabilidad de una persona respecto de una conducta;³⁴⁴ su uso se manifiesta como una expresión de la potestad punitiva del Estado que tiene como consecuencia el menoscabo, privación o alteración de los derechos de las personas.³⁴⁵ Su utilización por tanto, para ser compatible con un régimen democrático, debe respetar y responder a los principios de *mínima intervención* y *ultima ratio*.³⁴⁶ El primero (la *mínima intervención*) significa que el derecho penal es de aplicación subsidiaria, una vez que el resto de las medidas legales o procesales han demostrado no funcionar. Asimismo, en virtud de la *ultima ratio*, el uso del derecho penal sólo deberá entrar a juego como último recurso disponible por el Estado. Además, la Corte IDH señala que el poder punitivo debe únicamente ejercerse en la medida en que sea estrictamente necesario para proteger los bienes jurídicos fundamentales y sólo de los ataques más graves que los dañen o pongan en peligro; de lo contrario, puede hablarse de un ejercicio abusivo del aparato punitivo por parte del Estado.³⁴⁷

La aplicación de sanciones penales en el caso del uso personal de drogas implica cercenar la autonomía y el derecho a la privacidad de las personas usuarias,³⁴⁸ y estas restricciones no son justificables, a menos que cumplan con los requisitos que el derecho internacional de los derechos humanos ha establecido para restringir³⁴⁹ o suspender³⁵⁰ los derechos; esto es, que su finalidad sea legítima en una democracia y que tales limitaciones sean necesarias y proporcionales para lograr el fin que se ha propuesto; y finalmente, que éstas no impliquen o constituyan discriminación.³⁵¹

La legislación mexicana justifica la adopción de un régimen punitivo en pro de la protección del derecho a la salud, siguiendo las pautas de estrategia de penalización y combate establecidas por las convenciones internacionales del denominado régimen de fiscalización de sustancias.³⁵² Al ser analizadas a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos, estas disposiciones resultan incompatibles con los principios de un sistema penal de orientación democrática, al ser utilizadas como herramienta principal y no subsidiaria, y como primera alternativa antes de demostrar la insuficiencia de otras. Este enfoque, además, resulta cuestionable al retomar, entre otras, la postura del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, que establece claramente que el uso

³⁴⁴ Corte IDH, *Caso Ricardo Canese vs. Paraguay (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 31 de agosto de 2004, párr. 104; y Corte IDH, *Caso Palamara Iribarne vs. Chile (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 22 de noviembre de 2005, párr. 79.

³⁴⁵ Corte IDH, *Caso Lori Berenson Mejía vs. Perú (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 25 de noviembre de 2004, n. 152; Corte IDH, *Caso García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 25 de noviembre de 2005, párr. 223.

³⁴⁶ Corte IDH, *Caso Herrera Ulloa vs. Costa Rica (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 2 de julio de 2004, p. 22.

³⁴⁷ Corte IDH, *Caso Kimel vs. Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 2 de mayo de 2008, p. 76.

³⁴⁸ Human Rights Watch, “Los gobiernos de las Américas deben despenalizar el consumo personal de drogas”, 4 de junio de 2013, disponible en <<http://www.hrw.org/es/news/2013/06/04/los-gobiernos-de-las-americas-deben-despenalizar-el-consumo-personal-de-drogas>>, página consultada el 18 de agosto de 2013.

³⁴⁹ Sobre la limitación legítima de los derechos económicos, sociales y culturales, véase en el sistema universal, PIDESC, artículo 4º; y en el sistema interamericano, Protocolo de San Salvador, artículo 5º.

³⁵⁰ Sobre la suspensión legítima de los derechos civiles y políticos, véase en el sistema universal, PIDCP, artículo 4º; y en el sistema interamericano, CADH, artículo 27. Asimismo, sobre el test de legitimidad de las injerencias del Estado en la vida privada, véase Daniel O’Donnell, *op. cit.*, p. 569; y Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 16. Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, artículo 17, derecho a la intimidad, HRI/GEN/1/Rev.7, adoptada en 1988, párr. 1.

³⁵¹ Human Rights Watch, “Los gobiernos de las Américas deben despenalizar el consumo personal de drogas”, *doc. cit.*

³⁵² Véase el capítulo II de este Informe.

de drogas no implica necesariamente un problema de salud³⁵³ e incluso cuestiona la eficacia de tales sanciones para lograr cumplir con sus objetivos declarados en materia de salud pública y de reducción del uso de drogas.³⁵⁴ En este sentido, se cuestionan las medidas desproporcionadas que representan el encarcelamiento de las personas usuarias como una medida desmesurada e inadecuada para lograr el fin que dio origen a dichas limitaciones.

b) CRIMINALIZACIÓN, DEBIDO PROCESO Y ACCESO A LA JUSTICIA

Como se ha observado, el uso de drogas se ha enmarcado en una lógica de carácter penal, por lo que las personas usuarias entran en contacto con el sistema judicial. Incluso en el supuesto de un uso en los límites permitidos por la ley, como se vio anteriormente, el contacto con el sistema penal no es menor debido a que la persona usuaria queda sujeta a la determinación de no ejercicio de la acción penal por parte del Ministerio Público, lo que ya constituye una serie de actos de molestia a su libertad e integridad personales.

En ese contexto, las personas usuarias de drogas deben ver protegidas sus garantías judiciales y de acceso a la justicia, específicamente sus derechos a la libertad y a la seguridad personales; así como a un juicio igualitario y justo que incluye las garantías de debido proceso. En relación con las personas usuarias de drogas, los derechos a la libertad y seguridad personales³⁵⁵ cobran gran relevancia. En este ámbito, la libertad personal se refiere a la garantía que tienen las personas de no ser expuestas a un confinamiento físico, entendido como toda privación de la libertad, sea cual fuere su motivo; y restringe aquellos casos en los que resultaría válido privar de la libertad a una persona, por ejemplo, cuando existe la comisión de alguna falta administrativa o un delito, sujetando tales restricciones a una exigencia de proporcionalidad. En cuanto a las garantías derivadas de las restricciones a este derecho, son básicamente de carácter procesal, tales como el derecho de todas las personas a conocer las razones de la detención, su derecho a ser informadas de los cargos en su contra y a ser presentadas a la brevedad posible ante un tribunal o autoridad administrativa competente, con el fin de que éstos determinen su situación jurídica sin demora.³⁵⁶

Por su parte, el derecho a la seguridad personal protege tanto a la libertad como a la integridad corporal, ya sea física o mental, de las personas usuarias de drogas; y particularmente en cuanto a esta última, las protege de que las y los funcionarios o agentes del Estado, sin justificación, inflijan lesiones corporales, independientemente de que se encuentren detenidas o no.³⁵⁷

En relación con el derecho de acceso a la justicia, en el caso de las personas usuarias de drogas es especialmente relevante el *derecho a un juicio imparcial*. En términos generales, éste fija una garantía general de igualdad frente a las cortes y tribunales,³⁵⁸ por lo cual las personas usuarias o no de drogas,

³⁵³ ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 7.

³⁵⁴ *Ibidem*, p. 2 y párr. 15.

³⁵⁵ Debido a su importancia, los derechos a la libertad y a la seguridad personales se encuentran reconocidos y protegidos en un gran número de instrumentos de derechos humanos; en el sistema universal éstos se encuentran consagrados, entre otros documentos, en la DUDH, artículos 1º, 3º y 11.2, y en su forma vinculante en el PIDCP, artículos 9º, 11, 14 y 15; y la CDN, artículos 37 y 39. En el sistema interamericano estos derechos están plasmados en la DADDH, artículos I y XXV; y en la CADH, artículos 5º, 7º, 9º y 10. Mientras que la DUDH y la DADDH consagran en términos generales el derecho a la libertad de la persona, el PIDCP y la CADH reconocen este derecho y establecen los elementos claves de su definición y varias garantías para su protección. Daniel O'Donnell, *op. cit.*, p. 300.

³⁵⁶ *Idem*.

³⁵⁷ *Ibidem*, párr. 8.

³⁵⁸ Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 32. Artículo 14. El derecho a un juicio imparcial y a la igualdad ante los tribunales y cortes de justicia, CCPR/C/GC/32, 23 de agosto de 2007, párr. 3. Esta precisión se omitió en el texto original del PIDCP, por lo cual el Comité de Derechos Humanos desarrolló la aclaración relativa por medio de su facultad interpretativa con el fin de superar

deben ser tratadas en condiciones de igualdad y no ser discriminadas con base en el uso de drogas a lo largo de toda la cadena de administración de justicia.³⁵⁹ Al respecto, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas considera que la obligación de igualdad no sólo responsabiliza a las cortes y tribunales de justicia en la determinación de cualquier cargo de naturaleza penal, sino que también debe respetarse siempre que el derecho interno confíe a un órgano una función judicial.³⁶⁰ Esto quiere decir que esta garantía aplica, por ejemplo, en el caso de las personas usuarias de drogas, tanto cuando son sujetas a detenciones administrativas por uso de drogas en la vía pública como en aquellos casos en donde les han fincado cargos por la probable comisión de delitos relacionadas con éstas.

Toda persona usuaria o no de drogas acusada de un delito debe tener la *garantía mínima de debido proceso*, que establece que tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.³⁶¹ Al respecto, esta garantía cobra especial relevancia en el contexto del combate contra las drogas, debido a que se considera que en términos generales la aplicación de la ley en temáticas relacionadas con las drogas ha provocado una inversión en la carga de la prueba, donde la presunción de inocencia efectivamente ha sido remplazada por la presunción de culpabilidad.³⁶² En ese sentido, todas las autoridades públicas tienen el deber de abstenerse de prejuzgar los resultados de un juicio, por ejemplo, absteniéndose de hacer comentarios públicos en que se declare la culpabilidad de la persona acusada,³⁶³ garantía que en el caso de los delitos relacionados con las drogas y de las personas usuarias imputadas por cualquier delito es especialmente relevante frente a la pesada carga moral que imponen los procesos de estigmatización, discriminación y criminalización relacionados con las drogas a lo largo de la cadena de procuración y administración de justicia.

Asimismo, este marco establece la obligación del Estado de tomar en cuenta la edad y la importancia de estimular la reinserción social en los procedimientos penales aplicables a las personas menores de edad,³⁶⁴ lo cual es especialmente importante en el caso de niñas, niños y adolescentes usuarios de drogas que por alguna razón se ubican frente al sistema de justicia, pues ellos se encuentran en una situación de vulnerabilidad múltiple.

Adicionalmente, el derecho internacional de los derechos humanos³⁶⁵ establece algunos principios especialmente relevantes para las personas usuarias de drogas a lo largo de la cadena de procuración y administración de justicia, entre los cuales se encuentra el principio de proporcionalidad entre la gravedad del delito cometido y la sanción aplicada a éste.

A continuación se ejemplifican algunas obligaciones genéricas de los Estados en el ámbito de la seguridad humana y la justicia, relacionadas con las personas usuarias de drogas:

la idea de que esta garantía es únicamente aplicable en procesos de carácter penal. A nivel regional, esta precisión se encuentra incluida en el artículo 8.1 de la CADH.

³⁵⁹ Sobre los componentes de la cadena de administración de justicia, Véase UN Women, *Progress of the world's women 2011-2012: in pursuit of justice*, UN Women, 2011.

³⁶⁰ Contenida, por ejemplo, en el PIDCP, artículo 14.1.

³⁶¹ PIDCP, artículo 14.2; y CADH, artículo 8.2.

³⁶² Véase Count the Costs, "La guerra contra las drogas: socavando los derechos humanos", *op. cit.*, p. 4.

³⁶³ Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 32, párr. 30.

³⁶⁴ PIDCP, artículo 14.4. La CADH no contiene ninguna mención relativa a procedimientos de personas jóvenes.

³⁶⁵ Específicamente PIDCP, artículo 15; y CADH, artículo 9º.

Cuadro III.5 Obligaciones internacionales relativas a las personas usuarias de drogas en el ámbito de la seguridad y la justicia

Derecho	Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Libertad personal	Informar a las personas usuarias o no de drogas que sean detenidas, en el momento de su detención, de las razones de ello, y ser notificadas sin demora de la acusación formulada contra ellas.	Prohibir y sancionar toda privación de la libertad en contra de la voluntad de las personas sean usuarias o no de drogas por proveedores privados de servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento de la dependencia a las drogas, con el fin de someterlas a tratamiento forzado.	Regular y supervisar de manera adecuada los servicios residenciales de tratamiento de dependencia a las drogas, ya sean públicos o privados, con el fin de garantizar que ninguna persona usuaria sea sometida a ello o retenida de manera forzada.	Garantizar el acceso a recursos judiciales efectivos para que toda persona usuaria o no de drogas que sea privada de la libertad en virtud de detención (arresto) o prisión pueda apelar o combatir a la brevedad posible sobre la legalidad de su detención o prisión y ordene su libertad si éstas fueran ilegales.
Seguridad personal	Presentar sin demora ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales a toda persona que sea usuaria o no de drogas que se encuentre detenida a causa de la comisión de un delito, ya sea relacionado con las drogas o no.	Prevenir, sancionar y castigar todo maltrato en contra de las personas usuarias o no, llevado a cabo por particulares en virtud del suministro de servicios privados de tratamiento de la dependencia a las drogas.	Suministrar sensibilización, capacitación y entrenamiento adecuado en materia de drogas y dependencia a éstas a las autoridades del sector salud encargadas de proveer servicios de salud relacionados con las drogas.	Prevenir, sancionar y penalizar la aplicación de castigos en el ámbito penitenciario a las personas usuarias de drogas que viven en reclusión en virtud de su uso.
Justicia	Erradicar todas las formas de discriminación en contra de las personas, particularmente las que son usuarias de drogas a lo largo de las cadenas de procuración e impartición de justicia, especialmente las actitudes hostiles y prejuicios perpetrados en su contra por agentes del Ministerios Público y el personal de administración de justicia.	Evitar toda interferencia de prejuicios y juicios de valor relacionados con el uso de drogas formulados por particulares en el resultado de los procesos de procuración y administración de justicia.	Tomar todas las medidas necesarias para erradicar las prácticas de extorsión con base en el uso (y posesión) y <i>siembra</i> de drogas perpetradas por autoridades de procuración y administración de justicia, incluyendo, por ejemplo, aumentar las dosis máximas de posesión de drogas para consumo personal con el fin de que reflejen las tendencias reales de consumo de drogas.	Erradicar de manera efectiva la tolerancia a la aplicación de estereotipos y prejuicios sobre las personas usuarias de drogas a lo largo de las cadenas de procuración y administración de justicia.

Fuente: Elaboración propia.

C. Política de drogas en el Distrito Federal: una valoración desde la perspectiva de los derechos humanos

1. Atribuciones en materia de persecución, investigación y sanción de delitos contra la salud

De acuerdo con la Ley General de Salud, la persecución, investigación y sanción de los delitos contra la salud por posesión, comercio y suministro de drogas en la modalidad de narcomenudeo establecidos para las entidades federativas, deben regirse conforme a las disposiciones locales respectivas; es decir, cada procedimiento que se inicie respecto a estos delitos deberá conducirse conforme a las facultades y reglas que cada entidad establezca.³⁶⁶ La distribución en estos términos queda entonces de la manera siguiente: los estados quedan sujetos a los tipos penales y sanciones establecidas, así como a asumir la competencia concurrente por la Ley General de Salud para perseguirlos; sin embargo, los procedimientos y la ejecución de sanciones se llevarán a cabo por las normas particulares de cada entidad.

a) DELITOS CONTRA LA SALUD Y SEGURIDAD PÚBLICA

En materia de seguridad pública, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSPDF) dispone de un grupo contra narcomenudeo, conformado por 229 elementos para la investigación y persecución de estos delitos en coordinación con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) y, cuando lo amerite, con la PGR. Entre las funciones de este grupo se encuentra la de intercambiar información con otros organismos de gobierno, conocer y presentar las denuncias que estén relacionadas con delitos contra la salud, crear mecanismos y controles para la aplicación de sistemas logísticos de información, elaborar estrategias que permitan desarticular organizaciones criminales y disminuir la delincuencia en la ciudad.³⁶⁷

A pesar de la especialización de este grupo, la propia dependencia señala que no cuenta con un manual específico para la actuación de sus elementos en la detención de personas relacionadas con delitos contra la salud. En este sentido, cabe señalar que la SSPDF reconoce a las personas usuarias de drogas como un grupo vulnerable; sin embargo, atribuye esta vulnerabilidad a una enfermedad merecedora de atención sanitaria antes que de protección en el marco de las actividades policiales.³⁶⁸

Destaca, asimismo, el papel de la Unidad de Seguridad Escolar (USE), adscrita a esta Secretaría, que se encarga de la realización de pláticas y talleres dirigidos a estudiantes.³⁶⁹ El hecho de que una unidad policiaca sea la responsable de la prevención del uso de drogas es indicador de que las políticas de drogas en la ciudad tienen un enfoque netamente punitivo y de seguridad, más cercano a la idea de que la prevención del consumo es prevención del delito que a la noción de que lo relativo al uso de drogas deben ser asunto de salud. Así, se sigue privilegiando la prevención desde la autoridad policial, dejando de lado el tema de salud y atención de la dependencia a las drogas desde el ámbito profesional.

³⁶⁶ Ley General de Salud, artículo 480. Con excepción de los casos que traten de destino y destrucción de narcóticos y la clasificación de los delitos como graves para fines del otorgamiento de la libertad provisional bajo caución, en los cuales se observarán las disposiciones del Código Federal de Procedimientos Penales.

³⁶⁷ Oficio SSP/SPCyPD/DGDH/7413/2013 del 8 de julio de 2013, firmado por Alberto Raúl López García, director general de Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.

³⁶⁸ *Idem.*

³⁶⁹ *Idem.*

b) DELITOS CONTRA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PROCURACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

En el ámbito de la procuración y administración de justicia en el Distrito Federal, desde 2011 se llevaron a cabo las modificaciones para que los juzgados penales y de justicia para adolescentes conocieran de los delitos de narcomenudeo conforme a la Ley General de Salud.³⁷⁰ Esta disposición entraría en vigor sesenta días después de que se hicieran las modificaciones conducentes a la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal,³⁷¹ quien determinaría las unidades administrativas y órganos desconcentrados que se encargarían de la investigación y persecución de los delitos de posesión, comercio y suministro de drogas ilícitas que en su caso conocerán los y las jueces.³⁷²

En 2012, mediante acuerdo de la PGJDF se da vida a la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo.³⁷³ Las fiscalías son instancias de organización y funcionamiento del Ministerio Público;³⁷⁴ en tal caso, esta Fiscalía tiene a su cargo la investigación de las conductas relacionadas con los delitos contra la salud en la modalidad de narcomenudeo y la persecución de las personas presuntas responsables; está dirigida por un fiscal e integrada por agentes del Ministerio Público, oficiales secretarios, policías de investigación, peritos y el personal administrativo que requiera. Para llevar a cabo su labor en materia de investigación y persecución de los delitos, la Fiscalía tiene asignadas las siguientes facultades:³⁷⁵

- a) Iniciar las averiguaciones previas que corresponda y dar aviso al agente del Ministerio Público Federal para que, en su caso, solicite la remisión del expediente.
- b) Solicitar medidas cautelares de cateo, arraigo y, en su caso, intervención de comunicaciones privadas.
- c) Asegurar en los casos que proceda los bienes muebles e inmuebles que sean producto o instrumento del delito investigado, así como la droga de la que se trate.
- d) Remitir a la Fiscalía Especializada en Extinción de Dominio los documentos necesarios para que actúe en términos del artículo 22 de la Constitución.
- e) Coordinar con las fiscalías desconcentradas de investigación la práctica de las diligencias urgentes que eviten poner en riesgo los indicios o evidencias relacionados con los hechos denunciados y que resulten ser materia de su competencia.
- f) Ejercer la facultad de atracción de las averiguaciones previas que inicien las fiscalías desconcentradas de investigación, por ser de relevancia o alto impacto social.
- g) Ejecutar la acción penal ante la autoridad judicial competente.
- h) Ayudar al Ministerio Público que corresponda a acreditar los elementos del delito y la responsabilidad de las personas que presuntamente lo cometieron.

³⁷⁰ Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de junio de 2011, p. 21.

³⁷¹ *Ibidem*, artículo segundo transitorio.

³⁷² Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de junio de 2011, artículo 44.

³⁷³ Acuerdo A/011/2012 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo, y se otorgan facultades de investigación en la misma materia, a las fiscalías desconcentradas de investigación.

³⁷⁴ Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, artículo 29: "Las fiscalías centrales de investigación previstas en la presente ley, serán las instancias de organización y funcionamiento del Ministerio Público para la investigación de los delitos y persecución de los imputados, de acuerdo a su competencia".

³⁷⁵ Acuerdo A/011/2012, *doc. cit.*, numeral cuarto.

Junto a la creación de la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo, se dotó de facultad a las fiscalías desconcentradas de investigación ubicadas en cada delegación, pero sólo para el supuesto de posesión sin fines de comercio o suministro y para perseguir a las personas imputables de que tengan conocimiento en las coordinaciones territoriales de su adscripción. Éstas deben dar aviso por escrito a la Fiscalía de la puesta a disposición por delitos cometidos en flagrancia y remitirle informes semanales sobre las averiguaciones previas iniciadas, y comparten junto con ésta la facultad para poder enviar las actuaciones que procedan a la Fiscalía Especializada en Extinción de Dominio. Asimismo, pueden otorgar la libertad provisional de las personas imputadas cuando sea procedente y siempre que se fije la garantía correspondiente, actuar en coordinación con la Fiscalía en las diligencias necesarias para preservar los indicios o evidencias relacionados con el delito, así como ejercer acción penal ante las autoridades judiciales que, en el caso, resulten competentes.³⁷⁶

Además de las facultades anteriores, el Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal³⁷⁷ establece un capítulo especial donde fija las facultades a cargo del Ministerio Público ante la autoridad judicial para la persecución de las personas que resulten imputables en delitos contra la salud de competencia concurrente con la federación, entre las que se encuentra el requerimiento de las averiguaciones previas, la interposición de recursos que procedan, la presentación de pruebas a la o el juez tendientes a acreditar el delito y la responsabilidad de la persona, así como estar presente en la audiencia de desahogo de pruebas y formular conclusiones por escrito, entre otros.³⁷⁸

2. Actuación de la autoridad e impactos en los derechos humanos

a) ESTADÍSTICA OFICIAL SOBRE DELITOS CONTRA LA SALUD

En el marco de la presente investigación, la SSPDF reportó³⁷⁹ un total de 3 427 personas detenidas entre los meses de enero de 2010 y enero de 2013 bajo el supuesto de la comisión de un delito contra la salud, principalmente hombres (75.5%). Estos datos no corresponden con los obtenidos por Cupihd a través de la Subsecretaría de Información e Inteligencia Policial de la SSPDF, que señalan un número mucho mayor de detenciones, alcanzando en total 28 463 personas detenidas entre 2009 y mayo de 2012.³⁸⁰

Comparado con el tamaño de la población que consume drogas ilícitas en la ciudad de México, se obtiene una razón de aproximadamente una persona detenida por cada 10 usuarias. Este resultado no corresponde con la perspectiva del mercado, ya que no es posible que un comerciante al menudeo pueda mantener su negocio con sólo 10 clientes, lo que hace suponer que entre las personas detenidas habría varias que son simples usuarias.

³⁷⁶ *Ibidem*, numeral sexto.

³⁷⁷ Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, aprobado mediante decreto del 20 de septiembre de 2011, artículo 6º, fracción xxxiii.

³⁷⁸ *Ibidem*, artículo 25.

³⁷⁹ Oficio SSP/SPCYPD/DGDH/7413/2013, *doc. cit.*

³⁸⁰ Carlos Zamudio Angles, *Drogas DF: los mercados de drogas ilícitas de la ciudad de México*, México, Cupihd (Cuadernos Cupihd, núm. 6), 2013, p. 18. Estos datos corresponden a los que se han reportado en la prensa. Véase, por ejemplo, Luis Brito, “Cinco delegaciones acaparan detención de narcos en el DF”, en *Milenio*, México, 7 de septiembre de 2012. Se menciona que “de acuerdo con cifras de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSPDF), policías preventivas detuvieron en flagrancia a 28 463 personas por ilícitos relacionados con drogas entre 2009 y mayo de este año [2012] en la ciudad”.

Cuadro III. 6 Razón de personas detenidas respecto al tamaño de la población usuaria

Año	Detenciones	Razón respecto a prevalencia anual 2011 (113 832)	Razón respecto a prevalencia actual 2011 (85 819)
2009	8 642	1:13	1:10
2010	10 780	1:11	1:8
2011	7 106	1:16	1:12
2012 (enero-mayo)	1 935		

Fuente: Elaboración de Cupihd con base en los datos de la Subsecretaría de Información e Inteligencia Policial de la SSPDF y la ENA 2011.

Casi la totalidad de las remisiones (87.2%) corresponde a detenciones realizadas de forma individual, esto pese a que el narcomenudeo por definición se realiza entre un mínimo de dos personas. Asimismo, casi la totalidad (99.9%) se realiza en flagrancia. Esta situación constituye un riesgo en cuanto a la vulneración de los derechos de las personas, ya que es común encontrar casos en que las personas son revisadas por prejuicios basados en la discriminación por su forma de vestir, color de piel o zona de la ciudad en que transitan. Es decir, esas detenciones se hacen con base en la sospecha de los policías, tal como lo reconoce, por ejemplo, la Unidad de Protección Ciudadana Roma cuando señala que las detenciones en flagrancia se realizan cuando se observa una *actitud sospechosa*.³⁸¹

Tales detenciones tienen lugar principalmente en las delegaciones Venustiano Carranza, Cuauhtémoc, Tláhuac e Iztapalapa. La SSPDF estima que transcurren de cinco a 30 minutos entre el momento de la detención y de la presentación ante el Ministerio Público, y que las sustancias que se encuentran con mayor frecuencia en el momento de la detención son marihuana, cocaína y psicotrópicos, en cantidad variable entre los 100 gramos y los dos kilogramos.

Por su parte, la PGJDF reporta que en el periodo de referencia (enero de 2010 a enero de 2013) 3 609 personas fueron puestas a disposición del Ministerio Público por delitos contra la salud, principalmente hombres (80.5%) y jóvenes de entre 18 y 29 años de edad (52.2%), aunque también resaltan 447 personas menores de 18 años. Se iniciaron 2 528 averiguaciones previas. Los narcóticos asegurados más frecuentes han sido el clorhidrato de cocaína en un promedio de 2.04 gramos, y el cannabis en un promedio de 8.91 gramos. Esto es, las personas detenidas por cocaína portan en promedio cuatro veces la cantidad establecida en la ley; mientras que las y los detenidos por marihuana portan en promedio dos veces la cantidad autorizada. Estos promedios de portación son bajos en relación con lo que podría pensarse como un negocio, para lo cual se requiere comerciar cantidades mayores para ser rentable. Lo anterior deja suponer que dentro de las personas detenidas se encuentra una considerable proporción que portaba drogas para su uso personal. Asimismo, estos datos evidencian una tendencia a la detención casi siempre de jóvenes, especialmente de personas usuarias de marihuana y cocaína, al ser fácilmente reconocibles y, por ello, más vulnerables ante la actuación policial; acompañada de una sobredetención y consignación de personas usuarias por delitos contra la salud.

Desde el 21 de agosto de 2012, la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo, adscrita a la PGJDF, ha iniciado un total de 204 averiguaciones previas que implican a 393 personas detenidas, 32.1% de ellas por posesión simple y 67.9% por posesión con fines de comercio. De estas personas, 266 fueron consignadas ante un juez. Adicionalmente, 94 personas fueron canalizadas a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa) o a unidades de Especialidad Médica, los llamados Centros de Atención Primaria a las Adicciones.

³⁸¹ Oficio SSP/SPCYPD/DGDH/7413/2013, *doc. cit.*

Cuadro III.7 Reporte estadístico global de las agencias de la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo

Rubro	Cifras
Averiguaciones previas iniciadas	204
Averiguaciones previas consignadas	158 (139 delitos graves más 19 no graves)
Personas detenidas	393
Personas consignadas a juez penal	220
Personas consignadas a juez de delitos no graves	23
Personas menores de edad detenidas	37
Libertad por excluyente (farmacodependientes)	94
Personas remitidas a la Procuraduría General de la República	10
Agravante por radio de 300 m (escuelas)	11
Agravante por radio de 300 m (centros de reclusión)	12
Personas consignadas	266
Personas detenidas en cateos	91

Fuente: Información proporcionada por la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo.

El Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF) reporta,³⁸² por su parte, que de agosto de 2012 a junio de 2013 ingresaron al organismo 2 111 expedientes nuevos por el delito de narcomenudeo, de los cuales se consignó a 2 419 personas en 2 480 delitos. Respecto de las sentencias dictadas en este periodo, apenas 28 fueron absolutorias; es decir, más de 98% de las personas consignadas fueron condenadas por el juez como culpables con cargos relacionados con actividades de narcomenudeo.

Las penas determinadas fueron en su mayoría menores a tres años (83.9%); es decir, de acuerdo con las sanciones establecidas por la Ley General de Salud, la gran mayoría de las personas que fueron detenidas y posteriormente sentenciadas por un juez en el periodo de estudio lo fueron por una posesión de drogas en cantidades superiores a las autorizadas por la ley, pero sin haberse comprobado que eran vendedoras o comerciantes de ellas. Lo más probable es que eran usuarias y que poseían la droga para su consumo personal. Estas personas fueron encarceladas, aunque algunas de ellas alcanzaron fianzas por montos muy variables, que van desde 300 a casi 70 mil pesos, siendo las cantidades más frecuentes cinco y 10 mil pesos.³⁸³ Lo anterior deja ver una gran variabilidad en la determinación de estos montos, incluso dentro de cada categoría de penas.

³⁸² Oficio DOCDH/626/13-3315 del 18 de junio de 2013, firmado por María Elena Lugo del Castillo, directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.

³⁸³ Es importante destacar que en los datos proporcionados por el TSJDF una cantidad relativamente importante de casos de sentencias condenatorias no tienen asignado un monto de fianza. Estos casos no se contemplaron en los cálculos de medidas de tendencia central y de límites superiores e inferiores.

Cuadro III.8 Penas dictadas por delitos de narcomenudeo, agosto de 2012-junio de 2013

Rangos	Núm.	%	Promedio de fianza por rango de sentencia	Cantidad más frecuente	Monto máximo	Monto mínimo
Menos de un año	1 291	75.1	6 725.68	5 000	38 132.38	300
De uno a tres años	152	8.8	15 604.17	10 000	69 940.80	1 000
Más de tres y hasta cinco años	198	11.5	15 983.20	20 000	65 000.00	3 000
Más de cinco y hasta ocho años	44	2.6	0	NA	NA	NA
Más de ocho y hasta 10 años	6	0.3	0	NA	NA	NA
Sentencias absolutorias	28	1.6	NA	NA	NA	NA
Total general	1 719	100	8 335.37	5 000	69 940	300

Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas de la Dirección de Estadística de la Presidencia del TSJDF.

NA: No aplica.

En 2012, el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) levantó una encuesta a población adulta interna en centros federales de readaptación social³⁸⁴ que, si bien arroja datos generales sobre México, llega a conclusiones similares sobre las características de las personas detenidas y sentenciadas por actividades de narcomenudeo en el Distrito Federal. Respecto de las personas sentenciadas por delitos contra la salud, esta encuesta evidencia un alto porcentaje de sentencias relacionadas con la posesión de drogas (38.5%), la venta al menudeo (15.4%) o el consumo (1.8%). A partir de ello, se hace la hipótesis de una política de drogas enfocada en detener principalmente a traficantes de pequeña escala y/o a consumidores de sustancias, lo que implica “una enorme carga al sistema [penal] y significa el uso de recursos que no son utilizados para perseguir y sancionar conductas delictivas de mayor importancia y gravedad social”.³⁸⁵

La encuesta del CIDE también advierte una proporción alta de mujeres sentenciadas por este tipo de delitos, principalmente sin antecedentes penales (98.9%).³⁸⁶ En cuanto a las sustancias con que se encontraban al momento de su detención y por la que fueron sentenciadas, la mayoría de las y los encuestados reportan que se trataba de marihuana (58.7%) o cocaína (27.3%); las demás de metanfetaminas (11.1%), heroína (8.3%), piedra o *crack* (3.4%) y pastas o medicamentos controlados (2%). Además 2% reportó espontáneamente que les habían *sembrado* la droga.³⁸⁷

Los resultados de esta encuesta, que coinciden con la estadística oficial, permiten afirmar que la política de persecución de los delitos contra la salud en México y en el Distrito Federal ha tenido como resultado la detención y el encarcelamiento de aquellas personas cuya peligrosidad y papel en el tráfico

³⁸⁴ CIDE, *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*, México, CIDE, 2012.

³⁸⁵ *Ibidem*, pp. 27 y 36.

³⁸⁶ *Ibidem*, p. 7.

³⁸⁷ *Ibidem*, p. 26.

de drogas es mínimo; asimismo, ha contribuido a aumentar la criminalización de las personas usuarias –principalmente de marihuana y cocaína– y de pequeños vendedores.³⁸⁸

b) VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA POLÍTICA DE DROGAS

Los insumos obtenidos por la CDHDF en el ejercicio de sus funciones, en particular los quejas que recibe y las recomendaciones que emite este organismo autónomo, son fuentes de información relevantes que, si bien no pueden ser consideradas como una muestra representativa en términos estrictos, sí constituyen indicadores de las problemáticas y violaciones que enfrentan las personas que habitan y transitan en el Distrito Federal. En este sentido, permiten identificar patrones de violaciones a los derechos humanos.

➤ Estigmatización de las personas usuarias

Dentro de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013,³⁸⁹ por lo menos 76 refieren a casos en que las personas peticionarias denunciaron el uso de drogas, así como a las personas usuarias. Estas quejas abordan principalmente situaciones entre vecinos o particulares que denunciaron el consumo de drogas en la vía pública (46 quejas), entre familiares (15 quejas) o por la mala actuación de servidores públicos presuntos consumidores de drogas (tres quejas).

Sin minimizar los hechos materia de esas quejas, en ellas se antepone el uso de drogas sobre la denuncia misma o la infracción o delito cometido. Lo anterior refleja un síntoma frecuente en la sociedad que tiende a estigmatizar a la persona usuaria y magnificar el uso ante otros comportamientos y características, ya sean positivos o negativos. Al respecto, cabe citar una encuesta realizada en la ciudad de México que evidencia el estigma y la discriminación que enfrentan las y los usuarios, en la que se señala que más de 73% de las personas usuarias entrevistadas afirmó haber sido discriminado por usar drogas; de éstas, 36.6% señaló haberlo sido por parte de la sociedad, 21.1% por las autoridades, 10.9% por familiares y 11.2% por otras personas.³⁹⁰ Ese estigma es reproducido también al interior de las instituciones públicas, como lo evidencia esa encuesta que revela que 67.8% de las personas encuestadas usuarias de drogas afirmó haber sido extorsionado por la policía u otra autoridad,³⁹¹ y una proporción grande (93.5%) considera que las políticas la discriminan.³⁹²

En la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2008 por varias instancias del sector salud se observó que únicamente una proporción pequeña de la población (2.1%) consideraba que el encarcelamiento resultaba ser una opción viable para el tratamiento de personas con un uso problemático de drogas; sin embargo, 50.2% consideraba que debían ser enviadas a centros de tratamiento llamados *granjas*, lejos de la ciudad.³⁹³ Lo anterior es revelador de la estigmatización que enfrentan las personas usuarias, que suelen ser vistas como personas enfermas o delincuentes.

³⁸⁸ Jorge Hernández y Carlos Zamudio, *México y su ley contra el narcomenudeo: una apuesta dudosa*, Ámsterdam y Washington, TNI-WOLA (serie Reforma de drogas), 2009.

³⁸⁹ Dentro de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013 se encuentran alrededor de 326 quejas relacionadas con la temática de las drogas, de las cuales 182 se vinculan con centros de reclusión. De las 144 restantes, ocho abordan temáticas de salud y acceso a tratamiento sobre dependencia a las drogas que se abordan en el siguiente capítulo. Las 136 restantes se dividen entre 76 relacionadas con denuncias entre particulares en contra de personas usuarias y 60 en las que se evidencian patrones de presuntas violaciones a derechos humanos por parte de autoridades del Distrito Federal.

³⁹⁰ Cupihd, *Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México (EUDI)*, México, Cupihd, 2012, p. 13.

³⁹¹ *Ibidem*, p. 25.

³⁹² *Ibidem*, p. 17.

³⁹³ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, México, INSP, 2008, p. 43.

➤ Irregularidades en materia de persecución del delito y garantías judiciales

Dentro de las quejas investigadas por la CDHDF, destacan por lo menos 60 que denunciaron intervenciones de autoridades de seguridad pública y/o procuración y administración de justicia relacionadas con delitos contra la salud. En 46 de ellas (76.7%) las personas peticionarias y/o agraviadas denunciaron presuntas detenciones arbitrarias, es decir, una privación de la libertad sin orden judicial; 37 de ellas (80.4%) fueron realizadas por elementos de la SSPDF, y ocho (17.4%) por elementos de la PGJDF. La posesión o consumo de drogas fue utilizado como justificante por parte de las autoridades para realizar estas detenciones en 20 quejas (43.4%); y en 14 (30.4%) se plantearon actividades de narcomenudeo.³⁹⁴ Prácticamente todas esas detenciones (97.8%) fueron perpetradas en la vía pública, cuando las personas transitaban a pie, en vehículos particulares o en transporte público. La autoridad suele argumentar la realización de revisiones de rutina a transeúntes para justificar estos arrestos *en flagrancia*.

Las otras quejas evidenciaron presuntos abusos e irregularidades en actividades de cateo, en donde el tema de las drogas se vuelve un pretexto para realizar diversos tipos de actividades irregulares, extralegales y extrajudiciales por parte del personal de las dependencias de seguridad pública y procuración de justicia del Distrito Federal. En tres quejas, por ejemplo, se denunció la irrupción ilegal de personal de seguridad pública o de procuración de justicia en propiedad privada con el pretexto de la búsqueda de drogas en dichos lugares.

En relación con las detenciones arbitrarias es importante destacar que no todos los casos implicaron el traslado inmediato de las personas detenidas a las autoridades competentes. En por lo menos seis quejas se refirió en la narración que la autoridad que realizó la detención no remitió a las personas detenidas a las autoridades correspondientes, contraviniendo su obligación de llevarlas sin demora ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales.

El uso de la violencia en las detenciones es otro de los problemas recurrentes en las quejas analizadas. En 22 de las 46 quejas donde se identificaron presuntas detenciones arbitrarias (lo que representa poco menos de la mitad de esas quejas, 47.8%) se identificó violencia física ejercida en contra de las personas detenidas, en la que destacaron los golpes como la más recurrente, jalones, patadas, aventones, asfixia y el uso de gas lacrimógeno. Respecto a la violencia psicológica, en 17 casos (36.9%) las personas agraviadas refirieron haber sido víctimas de amenazas, insultos e incluso propuestas de carácter sexual. Dentro de las amenazas una cantidad importante de personas agraviadas (seis casos) señalaron haber sido presuntamente amenazadas con sembrarles droga o con imputarles cargos por narcomenudeo. A manera de ejemplo, una queja refiere que el peticionario y su hermano fueron abordados y detenidos sin motivación o fundamento legal al salir de una central de autobuses de pasajeros. Aunque los detenidos finalmente fueron remitidos ante la autoridad competente por la imputación por parte de las autoridades de posesión de droga, fueron extorsionados e incomunicados durante un largo periodo de tiempo.

Por otro lado, un porcentaje elevado (65%) de quejas narran casos en los que las personas agraviadas manifestaron haber sido víctimas de diversos tipos de irregularidades y violaciones a sus garantías mínimas de debido proceso, posteriormente a su detención y en el resto del proceso judicial. En particular, se denunció la violencia física (17 quejas), violencia psicológica (12 quejas), extorsiones (13 quejas) y amenazas (13 quejas).

³⁹⁴ En algunos casos las autoridades pueden imputar la combinación de cualquiera de estos tres delitos como pretexto para la detención, por lo que los porcentajes de cada tipo de delito no son excluyentes y, por consiguiente, no deben ser sumados.

La *siembra de drogas* mencionada en 15 quejas, la amenaza de hacerlo (cuatro quejas) o de imputar falsos cargos de actividades de narcomenudeo (tres quejas) son abusos que ocurren durante la detención o posteriormente, una vez que las personas fueron puestas a disposición del Ministerio Público. Así, por ejemplo, una queja evidencia la experiencia vivida por un joven a quien se le realizó una revisión *de rutina* por parte de personal de la SSPDF en las inmediaciones de un parque público. A pesar de haberle encontrado una dosis para consumo personal en cantidades legalmente permitidas, el servidor público procedió a su detención y a bordo de la patrulla fue extorsionado. Al no consumir la extorsión, el agente de policía colocó en sus ropas una cantidad de marihuana superior a la que originalmente portaba.

Del total de quejas recibidas durante el periodo de análisis, en un tercio (33.3%) la persona agraviada señaló haber sido víctima de extorsiones por parte de las autoridades. En 13 de ellas, se especificó el monto solicitado a la persona agraviada. El promedio es de 28 270 pesos mexicanos; sin embargo, en algunos casos el monto total solicitado por diversas autoridades alcanza los 140 mil pesos mexicanos. En por lo menos tres quejas se pudo identificar que, de acuerdo con la narración, la extorsión no la realizó sólo una autoridad sino diversas autoridades a lo largo del proceso judicial. Una queja, por ejemplo, narra la detención arbitraria de la que fueron víctimas tres personas (dos personas a bordo del transporte público concesionado como pasajeras y otra como conductora) por parte de servidores públicos de la SSPDF a quienes además amenazaron con armas de fuego mientras colocaban droga en el vehículo en que se transportaban. Después de la serie de irregularidades previas a su puesta a disposición con la autoridad competente, durante su detención en el Ministerio Público se le solicitó la cantidad de 100 000 pesos a un familiar de una de las personas detenidas. Debido a que no accedió, su familiar fue trasladado a otra instancia en donde nuevamente se le solicitó la cantidad de 40 000 pesos para su liberación. De acuerdo con la narración de hechos, debido a la negativa de acceder a las extorsiones de las autoridades, la persona detenida fue trasladada a un centro de reclusión bajo proceso por su presunta participación en el delito de narcomenudeo.

Asimismo, siete recomendaciones emitidas por la CDHDF³⁹⁵ entre 1993 y 2013 documentan este tipo de irregularidades. Por ejemplo, el instrumento 8/1995 fue emitido por las agresiones físicas y verbales contra personas bajo el influjo del alcohol o de las drogas por parte de un funcionario que fungía como juez cívico;³⁹⁶ la Recomendación 2/1997 fue por el caso de dos personas detenidas arbitrariamente y trasladadas a oficinas de la PJGDF, donde sufrieron tortura para incriminarlas en asuntos relacionados con el tráfico de drogas.³⁹⁷ Por su parte, la Recomendación 6/2003 evidenció la práctica policial de *sembrar* droga, extorsionar a los familiares de personas detenidas y posteriormente presentarlos ante el Ministerio Público por posesión con fines de comercialización de estupefacientes.³⁹⁸ Más recientemente, la Recomendación 10/2011 documentó la detención arbitraria y actos de tortura en agravio de varios jóvenes, incluyendo a uno que fue acusado falsamente del delito de posesión de drogas y actividades de narcomenudeo;³⁹⁹ mientras que en el instrumento 4/2013 se denunciaron los abusos cometidos por policías en contra de una mujer joven que fue detenida por estar consumiendo PVC en vía pública. Después de extorsionar a un familiar de ésta, y no obtener satisfacción, dichos funcionarios abusaron sexualmente de ella para después dejarla en libertad.⁴⁰⁰

³⁹⁵ Véanse, por ejemplo, las recomendaciones 8/1995, 2/1997, 6/2003, 11/2008, 10/2011, 20/2012 y 4/2013.

³⁹⁶ CDHDF, Recomendación 11/2008, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

³⁹⁷ CDHDF, Recomendación 2/1997, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

³⁹⁸ CDHDF, Recomendación 6/2003, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

³⁹⁹ CDHDF, Recomendación 10/2011, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

⁴⁰⁰ CDHDF, Recomendación 4/2013, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

➤ Personas jóvenes

Las personas jóvenes cuya edad está comprendida entre los 18 y los 29 años figuran dentro de las personas agraviadas en siete de las quejas, de las cuales 75% denunciaron detenciones arbitrarias. Una queja narra la detención arbitraria que vivieron unos jóvenes debido a su aspecto físico, según sus propias palabras, quienes sólo traían consigo una pequeña cantidad de marihuana y a quienes los policías les solicitaron 500 pesos para liberarlos. Sin embargo, debido a que los agraviados no traían consigo tal cantidad de dinero, fueron remitidos a la autoridad competente. Durante su detención, uno de los agentes policiacos les comentó que si querían ayuda se declararan culpables por el delito de consumo en vía pública; sin embargo, los jóvenes no accedieron a tal petición. Posteriormente, sólo uno de los detenidos fue presentado ante la autoridad competente, quien le solicitó dos mil pesos a sus familiares para ponerlo en libertad. Finalmente, la autoridad puso en libertad bajo caución a la persona detenida, pero realizó una nueva extorsión por 30 000 pesos para dar por concluida la indagatoria.

Otra queja destaca la situación de varios jóvenes quienes en la madrugada fueron perseguidos y detenidos sin motivo por personal de la SSPDF, quienes durante la persecución realizaron disparos con armas de fuego sin que aparentemente la situación lo requiriera. Una vez detenidos y remitidos a la autoridad competente uno de los jóvenes fue golpeado por personal de la PGJDF. Además de dichas irregularidades, los jóvenes denuncian haber sido presentados ante medios de comunicación como presuntos miembros de una red de narcomenudeo, situación que se suma a la serie de violaciones a sus garantías judiciales.

Por lo menos cuatro recomendaciones emitidas por la CDHDF documentan violaciones a los derechos humanos de jóvenes en el marco de la política de persecución de delitos contra la salud,⁴⁰¹ siendo la más emblemática el caso de violaciones graves a derechos humanos cometidas en el marco del operativo del Sistema de Coordinación Policial del Distrito Federal (Unipol) en la discoteca New's Divine (Recomendación 11/2008), en agravio de 17 jóvenes de entre 15 y 17 años de edad y 12 de entre 18 y 29 años de edad.⁴⁰² El mencionado operativo pretendía aprehender a personas responsables de la venta de alcohol y drogas a jóvenes en este establecimiento recreativo; no obstante, a raíz de la investigación realizada la CDHDF documentó que resultó desproporcional a los objetivos que pretendía alcanzar y que tampoco cumplió con las normas existentes en materia de procesos de verificación administrativa.⁴⁰³ Durante el operativo fallecieron 12 personas; quienes sobrevivieron fueron llevados a las instalaciones de la SSPDF y posteriormente a las del Ministerio Público, donde continuaron siendo objeto de vejaciones. Este instrumento recomendatorio es ilustrativo del contexto de criminalización y de una práctica sistemática de represión en contra de las y los jóvenes en la ciudad,⁴⁰⁴ donde el combate al uso de drogas ocupa un lugar central y a veces es utilizado por la autoridad para justificar la implementación de medidas desproporcionadas que resultan en violaciones graves a los derechos humanos, en particular de personas jóvenes.

De la misma forma, la Recomendación 20/2012⁴⁰⁵ documenta violaciones a los derechos humanos en agravio de adolescentes y jóvenes durante los operativos ejecutados por autoridades del Distrito Federal con motivo de una *fiesta clandestina*. Esta investigación fue iniciada de oficio por la CDHDF, quien concluyó que durante dichos operativos las autoridades cometieron diversas irregularidades asociadas con detenciones sin orden de la autoridad competente, sometimiento a interrogatorio de

⁴⁰¹ Véanse, por ejemplo, las recomendaciones 11/2008, 10/2011, 20/2012 y 4/2013.

⁴⁰² CDHDF, Recomendación 11/2008, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

⁴⁰³ *Ibidem*, pp. 202 y 203.

⁴⁰⁴ CDHDF, *Informe especial sobre los derechos humanos de las y los jóvenes en el Distrito Federal 2010-2011*, op. cit., p. 80.

⁴⁰⁵ CDHDF, Recomendación 20/2012, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

todas las personas por parte de servidores públicos incapacitados para ello, revisión corporal y médica sin consentimiento y dilación en avisar a familiares, entre otros aspectos. Asimismo, se evidenció que la autoridad no cumplió con la obligación de protección integral que tiene respecto de las niñas, los niños y las y los adolescentes, al no brindarles atención especializada en materia de psicología ni canalizarlos a recibir, de así considerarlo, orientación y atención especializada en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.⁴⁰⁶ Más aún, este grupo de adolescentes y jóvenes fue criminalizado mediáticamente, a través de la difusión de comunicaciones oficiales que lo estigmatizaba como de personas adictas al alcohol y drogas ilegales e incluso miembros de la delincuencia organizada.⁴⁰⁷ Al concluir esta Recomendación, la CDHDF reiteró su postura de desaprobación y rechazo “a la decisión de las autoridades de utilizar el aparato institucional y la fuerza punitiva del Estado para atender el uso de drogas en personas menores de edad o para declarar con resultados positivos una serie de operativos que en la realidad no buscaban a ciencia cierta la protección de estas personas”.⁴⁰⁸

➤ Personas menores de edad

Con respecto a la edad de las personas detenidas, aunque la gran mayoría de la quejas no especifica dentro de la narración la edad de las personas agraviadas, se sabe que en por lo menos seis casos éstas eran menores de edad. Así, por ejemplo, una queja narra la detención arbitraria de la que fueron presuntas víctimas dos hermanos, uno de ellos menor de edad, mientras se encontraban en un parque público de la ciudad. Los hermanos fueron detenidos sin fundamento por personal de la SSPDF quienes les solicitaron que se quitaran los zapatos y los calcetines. Habiendo accedido a ello, uno de los policías de dicha dependencia colocó una bolsa de marihuana en uno de los calcetines. Sin embargo, debido a que de dicha situación se percataron vecinos y colonos del lugar, los policías desistieron del intento. Esta queja desembocó en la detención de varios miembros de la familia de los hermanos; no obstante, evidenció las presuntas irregularidades en las detenciones y el uso de drogas como coartada para llevarlas a cabo.

➤ Poblaciones callejeras

Entre las quejas investigadas por la CDHDF en el periodo de referencia y relacionadas con las políticas y uso de drogas destacan por lo menos siete que contemplan a personas que forman parte de las poblaciones callejeras dentro de las personas agraviadas. Por ejemplo, una queja denunció la detención arbitraria de una persona en situación de calle, quien fue detenida a las afueras de una estación del Metro cuando se dirigía a un evento organizado por la CDHDF, con el pretexto de que olía como si hubiese consumido marihuana. En seis de las quejas se denunció la violencia física ejercida por elementos de la SSPDF en contra de este grupo de población. En una queja, una persona usuaria de drogas refirió haber sido violentada física y psicológicamente por personal de dicha Secretaría que realizaba su labor al interior del Sistema de Transporte Colectivo Metro, el cual sujetó al agraviado de diversas partes del cuerpo, entre ellas el cabello, y lo arrastró hasta sacarlo de la estación del Metro en que se encontraba.

La CDHDF ha emitido dos recomendaciones por violaciones a los derechos humanos en agravio de poblaciones callejeras, en las que evidencian la discriminación y estigmas que existen alrededor de esta

⁴⁰⁶ *Ibidem*, pp. 34 y 47.

⁴⁰⁷ *Ibidem*, p. 51.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, p. 60.

población y que son reproducidos por autoridades. Por ejemplo, la Recomendación 23/2009⁴⁰⁹ dio a conocer prácticas policiales y de otras autoridades que tienden a criminalizar a las personas que viven en situación de calle por su consumo de drogas, entre otras violaciones. Asimismo, el instrumento 13/2011⁴¹⁰ documentó prácticas de *limpieza social* contra poblaciones callejeras en la ciudad de México, como el internamiento forzoso en anexos e instituciones privadas que supuestamente brindan tratamiento contra el consumo de drogas y la dependencia a ellas.

➤ Comerciantes en la vía pública

Además de las poblaciones callejeras, las personas que laboran en la vía pública como comerciantes ambulantes o *limpiaparabrisas* parecen ser otro de los grupos de población que reiteradamente son detenidos de forma arbitraria. Es el caso, por ejemplo, de una comerciante madre de tres menores de edad, quien además de haber sido detenida sin fundamento mientras transitaba por la calle fue golpeada y amenazada con sembrarle droga si oponía resistencia.

Otro caso se relaciona con un joven de aproximadamente 20 años de edad, quien al momento de ser detenido arbitrariamente limpiaba parabrisas en un cruce vial. De acuerdo con lo narrado en la queja, esta persona se asume con una dependencia a diversas drogas; sin embargo, advirtió que elementos de la SSPDF suelen amenazarlo con remitirlo a las autoridades ministeriales con el pretexto de posesión de droga en cantidades superiores a las permitidas por la ley y solicitarle dinero a cambio.

➤ Población escolar y estudiantil

Otras vulneraciones a derechos humanos se dan en el marco de las medidas y prácticas adoptadas en las escuelas para controlar el uso de drogas en la población escolar y estudiantil, tales como los programas Mochila Segura y Antidoping a estudiantes de escuelas secundarias, ambas con el fin de prevenir el delito y el uso de drogas.

Durante 2007, cuando se impulsaron dichos programas, fueron sujetos a varias críticas. Por ejemplo, Jorge Enrique Horbath Corredor, investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, consideró inapropiada la propuesta de autoridades del Distrito Federal de aplicar exámenes *antidoping* a estudiantes de secundaria, con el argumento de que “no pueden establecer regímenes de control que violan los derechos fundamentales y generan desconfianza en la formación e interacción social que el sistema educativo debe proveer”.⁴¹¹ Incluso el entonces ombudsman capitalino, Emilio Álvarez Icaza Longoria, señaló al respecto: “No acompaño la realización de los exámenes clínicos a los alumnos. Me parece que conlleva una serie de riesgos y una serie de problemas no menores en materia de derechos humanos”.⁴¹² En este mismo sentido, el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF) encomienda “eliminar el programa ‘Escuela Segura’ de los planteles de educación media superior del Distrito Federal, y toda medida o programa que incluya los exámenes *antidoping* bajo cualquier metodología y la revisión de mochilas a las y los alumnos, sustituyéndolos por nuevas acciones y programas para la prevención de adicciones y educación para la paz”.⁴¹³

⁴⁰⁹ CDHDF, Recomendación 23/2009, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

⁴¹⁰ CDHDF, Recomendación 13/2011, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

⁴¹¹ CDHDF, Boletín núm. 29/2997, Rechazan aplicar exámenes *antidoping* a alumnos de secundaria, 23 de febrero de 2007.

⁴¹² CDHDF, Entrevista al presidente de la CDHDF, Emilio Álvarez Icaza Longoria, durante la firma de convenio de colaboración entre la CDHDF, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Conapred, realizada el 21 de agosto de 2007, disponible en <http://portaldic10.cd hdf.org.mx/index.php?id=trans_210807b>, página consultada el 22 de octubre de 2013.

⁴¹³ Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, línea de acción 1582.

**IV. Derecho a la salud y uso de drogas:
una revisión de la política pública desde
la perspectiva de los derechos humanos**



Fotografía: Jorge Hernández Tinajero.

Una de las perspectivas desde las que debe abordarse la complejidad multifactorial del uso de drogas es la salud. Ésta, como bien jurídico tutelado por el Estado, atiende tanto a la dimensión individual como a la colectiva, siendo el goce del más alto nivel de salud un derecho fundamental de todo ser humano⁴¹⁴ estrechamente vinculado con el ejercicio del derecho a la información y a la educación. Los estándares internacionales relativos al derecho a la salud son de enorme relevancia para los Estados que tienen la obligación de incorporarlos en su ámbito interno, tanto para la población en general como para grupos específicos de población en situación de vulnerabilidad. Las personas usuarias de drogas son uno de estos grupos que históricamente se han visto privados del disfrute del más alto nivel de salud física y mental. El presente capítulo busca ser una aportación al objetivo de hacer extensible e improrrogable el cumplimiento y disfrute del derecho a la salud para todas las personas sin distinción.

A. Uso de drogas en México: panorama general

1. Tendencias de uso de drogas a nivel nacional

Como parte de los esfuerzos del Estado para conocer la realidad del fenómeno de las drogas, las diferentes encuestas disponibles aportan un panorama general de la realidad y diversidad de usos de drogas tanto en México como en el Distrito Federal. En México, la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) se levantó en 1988, incluyendo indicadores del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; dicho ejercicio se repitió en 1994, 1998, 2002, 2008 y 2011.⁴¹⁵ Esta información epidemiológica es pertinente en tanto que permite ubicar la magnitud y dinámica del uso de drogas a partir de lo cual se deben articular y fortalecer las estrategias en materia de salud pública.

Como lo indica la UNODC, las personas que consumieron alguna droga ilícita en 2011 representan entre 3.6% y 6.9% de la población adulta a nivel mundial.⁴¹⁶ Se estima que de ellas, entre 10% y 13% desarrolla un uso problemático, entendido como el consumo de sustancias por personas que han recibido un diagnóstico de dependencia o trastornos por esta causa.⁴¹⁷

Los datos para México están significativamente por debajo de esta cifra, ya que el índice para la población de 12 a 65 años de edad que consumió una droga ilegal⁴¹⁸ por lo menos una vez durante 2011 fue de 1.5%.⁴¹⁹ La prevalencia de consumo anual en México para todos los tipos de drogas, se encuentra en un nivel inferior al que se observa tanto a nivel mundial como en otros países de la región.⁴²⁰

⁴¹⁴ Comité DESC, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

⁴¹⁵ Disponibles en <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/estadistica_nacional.html>, página consultada el 9 de octubre de 2013.

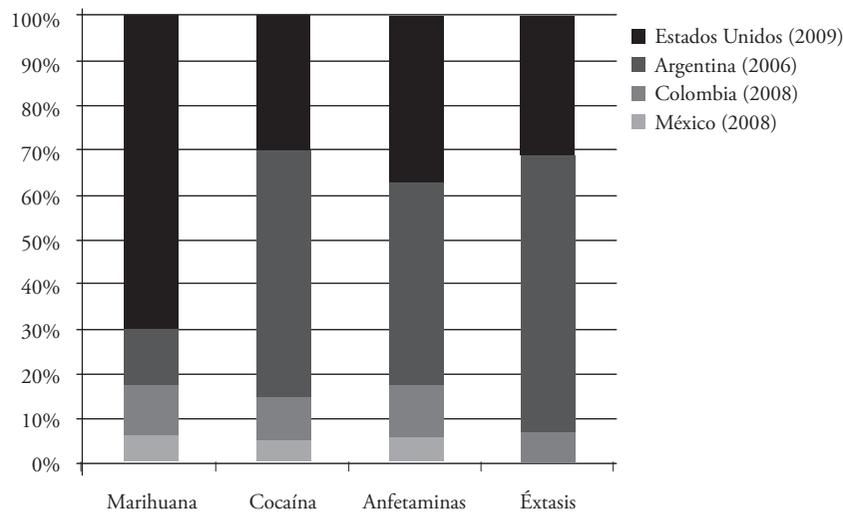
⁴¹⁶ UNODC, *World Drug Report 2013*, op. cit., p. 1.

⁴¹⁷ UNODC, *World Drug Report 2012*, op. cit., p. 1.

⁴¹⁸ Por drogas ilegales la ENA 2011 considera las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, pasta de cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico (metanfetaminas). Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas*, México, INPRF, 2012, p. 62.

⁴¹⁹ *Ibidem*, p. 25.

⁴²⁰ UNODC, *World Drug Report 2013*, op. cit., pp. I-III.

Gráfico IV.1 Prevalencia de consumo anual de droga entre países de la región

Fuente: Elaboración propia con base en Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011, op. cit.*, anexo II.

Como en el resto del mundo, el consumo de drogas en el país presenta altibajos. Por ejemplo, la ENA 2011 demuestra que si bien hacia 2008 se encontraron crecimientos significativos en el uso de drogas, en los tres años siguientes el consumo se estabilizó y no se observaron cambios importantes en los índices de consumo en el último año en la población total estudiada.⁴²¹ Tanto en la población rural como en la urbana el incremento en el uso de drogas se mantiene relativamente estable y existe una prevalencia de uso mayor en los hombres que en las mujeres. Por cada mujer que reportó hacer uso de una droga, hay 4.2 hombres que lo reportaron.⁴²² El crecimiento se da especialmente para la marihuana en el indicador que reporta el uso de drogas una vez en la vida, aunque hay que tener en cuenta que 80% de las personas que usan este tipo de drogas lo hacen de manera experimental y sólo una quinta parte ha usado por más de cinco ocasiones una droga.⁴²³

Para el indicador de uso durante el último año, la marihuana es la droga de mayor consumo (1.2%), seguida de la cocaína (0.5% incluyendo el *crack*), ETA (0.2%), inhalables (0.1%) y alucinógenos (0.1%).⁴²⁴ La media de edad de inicio del consumo de drogas en población de 12 a 65 años es de 18.8 años; 18.5 para los hombres y 20.1 para las mujeres. Las personas adultas jóvenes son los que empujan el crecimiento del consumo (18 a 34 años) y las personas menores de edad tienen un consumo bajo, utilizando la marihuana como droga de preferencia.⁴²⁵ Hasta 1997 los disolventes inhalables eran la droga de preferencia entre las personas menores de edad; más recientemente ha empezado a mostrarse una predilección por la marihuana y la cocaína.⁴²⁶

⁴²¹ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011, op. cit.*, p. 61.

⁴²² *Ibidem*, p. 56.

⁴²³ Jorge Villatoro *et al.*, "El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011", en *Salud Mental*, vol. 35, núm. 6, México, INPRF, noviembre-diciembre de 2012, p. 454.

⁴²⁴ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011, op. cit.*, p. 27.

⁴²⁵ *Ibidem*, pp. 35-42.

⁴²⁶ María Asunción Lara *et al.*, "Originales y revisiones. Un estudio cualitativo sobre el consumo de disolventes inhalables en estudiantes", en *Psiquiatría Pública*, vol. 10, núm. 6, noviembre-diciembre de 1998, p. 399; y Luis Berruecos Villalobos, "El consumo de drogas en la ciudad de México", en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, México, UAM-Azacapotzalco, septiembre-octubre de 2007, p. 109.

En cuanto a la dependencia,⁴²⁷ la ENA 2011 reporta un incremento de 0.6% a 0.7% en el total de personas usuarias, representando casi 550 mil personas entre los 12 y los 65 años.⁴²⁸ Los hombres presentan mayoritariamente conductas de dependencia (1.3%) en comparación con las mujeres (0.2 por ciento).⁴²⁹

De acuerdo con el último informe publicado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea), de 2000 a 2012 se realizaron aproximadamente 35 374 servicios por año en centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamental en toda la república.⁴³⁰ Entre los motivos que llevaron a las personas a solicitar ayuda, 45.2% acudió de manera voluntaria; 39.7% fue llevado por amigos o familiares; 9.6% fue por indicación de carácter legal; y 2.4% por una indicación médica, de la escuela o el trabajo.⁴³¹

Para los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) implementados por el sector salud a nivel nacional, los datos generados desde 2012 hablan de 5 437 casos atendidos, con el alcohol como droga de impacto referida en 44.8% de los casos, seguida por marihuana en 24%, solventes con 10.4%, tabaco con 9.4% y cocaína en 5% de los casos. De las personas atendidas, 68% fueron hombres y 32% mujeres.⁴³²

En el caso de los Consejos Tutelares de Menores, en 2009 proporcionaron información al Sisvea sobre 5 284 personas menores infractoras; 90.7% tenía entre 15 y 18 años y 51.3% alcanzaba un nivel de estudios de secundaria. En relación con el consumo, 24.3% de las personas menores infractoras afirmó haber cometido un delito bajo la influencia de alguna sustancia, siendo el robo (72.1%) el de mayor incidencia.⁴³³ La sustancia más consumida entre las personas menores era la marihuana (30%), seguida del alcohol (29.8 por ciento).⁴³⁴

Respecto del uso de drogas entre las personas adultas privadas de la libertad en centros de reclusión, la encuesta levantada en 2012 por el CIDE a población interna en centros federales de readaptación social arrojó que 36% de las y los internos en la región del Altiplano, 46% en Occidente, 20% en Norponiente, 56% en Islas Marías, y 34% en Rehilete señalaron que sí se consumen drogas en la institución,⁴³⁵ y de ellos la gran mayoría (64%) afirmó que son las y los custodios los que introducen la droga en los centros penitenciarios.⁴³⁶

2. Tendencias de uso de drogas en el Distrito Federal

En el Distrito Federal, la ENA 2011 da cuenta de una prevalencia general de uso de cualquier droga en el último año de 2.1% y de 1.7% tomando en consideración únicamente aquellas drogas ilegales,⁴³⁷ lo que indica una cifra superior a la media nacional. En el caso de la marihuana es de 1.5%, y para la cocaína es de 0.1% en el indicador de uso en el último año. Resalta, asimismo, que el consumo de inhalables se encuentra en segundo lugar en orden de prevalencia, por encima del uso de cocaína, alucinógenos y ETA.

⁴²⁷ La ENA 2011 entiende la *dependencia a drogas* como la situación en la que una persona reporta haber tenido tres o más síntomas de dependencia asociados a su consumo de drogas. Véase *ibidem*, p. 62.

⁴²⁸ *Ibidem*, p. 32.

⁴²⁹ *Ibidem*, p. 53.

⁴³⁰ Secretaría de Salud *et al.*, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2012*, México, Ssa, 2013. p. 11.

⁴³¹ *Idem*.

⁴³² Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, *op. cit.*, p. 7.

⁴³³ Secretaría de Salud *et al.*, *op. cit.*, p. 44.

⁴³⁴ *Idem*.

⁴³⁵ CIDE, *op. cit.*, p. 53.

⁴³⁶ *Ibidem*, pp. 53-54.

⁴³⁷ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, *op. cit.*, p. 33.

Cuadro IV.1 Prevalencias de uso de drogas en México y el Distrito Federal, 2011

Tipo de droga	México	Distrito Federal
Marihuana	1.2	1.5
Cocaína	0.5	0.1
<i>Crack</i>	0.1	0.1*
Alucinógenos	0.1	0.1*
Inhalables	0.1	0.2*
ETA	0.2	0.1*
Cualquier droga ilegal	1.5	1.7
Cualquier droga (legal o ilegal)	1.8	2.1

Fuente: Elaboración propia con base en la ENA 2011, pp. 27, 33 y 34.

* Datos para toda la región centro, incluyendo a la ciudad de México.

Entre 2002 y 2008 la edad promedio para el inicio en el uso de drogas disminuyó. En las mujeres pasó de 23.6 a 20.1 años; en tanto que en los hombres pasó de 19.8 a 18.3 años. En la ENA 2011 la edad de inicio se mantuvo estable, en 20 años para las mujeres y 18 años en los hombres,⁴³⁸ ligeramente inferior a los promedios observados a nivel nacional vistos anteriormente.

Otra encuesta que recoge datos sobre el perfil de las personas usuarias de drogas en el Distrito Federal es la Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México (EUDI).⁴³⁹ Ésta señala que tres de cada cuatro usuarios (de las 429 personas que contestaron) se inician con marihuana (75.8%), uno de cada 10 con inhalables (9.3%), y uno de cada 15 con cocaína (6.5%). Según datos de la EUDI, cerca de 52.7% de quienes usan marihuana se inició antes de los 18 años, igual que las personas que consumen cocaína en 34% y las que consumen *crack* en 36.4 por ciento.⁴⁴⁰

Respecto al número de drogas usadas, 28.2% de las personas encuestadas reportó el uso de una sola droga, mientras que 44.3% usa dos o tres y 27.4% usa cuatro o más drogas.⁴⁴¹ Esto habla de la concurrencia del policonsumo entre las personas usuarias. La EUDI también recoge datos sobre los espacios de consumo, reportando que 37.8% de las personas encuestadas consumió su droga de inicio en espacios públicos, 26.6% en espacios de terceros, 19.4% en casa y 16.2% en la escuela.⁴⁴² Este dato es importante porque permite vincularlo con los riesgos asociados a los diferentes espacios de consumo.

El uso de drogas entre la población estudiantil está reflejado en la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012 para la ciudad de México, que muestra una prevalencia del consumo de sustancias de 24.4% para el indicador de alguna vez en la vida. En los indicadores de uso en el último año fue de 18.2% y para el último mes de 10.3%.⁴⁴³ Lo anterior revela una prevalencia de uso de drogas en este sector de la población muy por arriba del indicador observado en la población de 12 a 65 años a nivel nacional y en la entidad.

Desagregado por sexo, el uso de cualquier droga es de 25.7% en el caso de los hombres y de 23.1% para las mujeres. Del total de la población, 15.3% es usuaria experimental y 9.1% regular, es decir que

⁴³⁸ *Ibidem*, p. 56.

⁴³⁹ Cupihd, *op. cit.*, 2012.

⁴⁴⁰ *Ibidem*, p. 8.

⁴⁴¹ *Ibidem*, p. 9.

⁴⁴² *Ibidem*, p. 32.

⁴⁴³ Jorge Villatoro *et al.*, *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012, ciudad de México*, México, INPRF/IAPA/AFSEDF, 2013, p. 8.

consumió en más de cinco ocasiones.⁴⁴⁴ Por nivel educativo, la población en bachillerato tiene una prevalencia de 33.6% en comparación con la de secundaria, que es de 17.2%. Con respecto a la droga de preferencia, la marihuana ocupa el primer lugar (15.9%), seguida de los inhalables (10 por ciento).⁴⁴⁵

Para las personas adultas mayores del Distrito Federal (personas de 69 años y más), el *Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la ciudad de México, 2012*⁴⁴⁶ permite conocer las pautas de uso en este grupo etario. La prevalencia de uso de cualquier droga para alguna vez en la vida es de 3.5%; y es mayor la frecuencia de uso de drogas ilícitas (2.4%) que de drogas médicas fuera de prescripción (1.1%).⁴⁴⁷ No obstante, se observan pautas diferenciadas por sexo. En los hombres el uso de drogas ilícitas (4.3%) es mayor que el de médicas fuera de prescripción (0.6%). Al contrario, entre las mujeres la prevalencia de drogas ilícitas (1.2%) es ligeramente menor que la de drogas fuera de prescripción (1.5%). Entre las drogas ilícitas, la más reportada fue la marihuana (2.1%) mientras que entre las drogas médicas lo fueron los tranquilizantes (0.6%).⁴⁴⁸ Únicamente 1% de las personas encuestadas dijo haber consumido drogas en los últimos 12 meses y sólo 0.7% contestó haber presentado problemas relacionados con el uso alguna vez en la vida.⁴⁴⁹

Por otro lado, existe el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID)⁴⁵⁰ que en su número 52, de junio de 2012, advierte sobre un total de 1 256 personas usuarias de sustancias atendidas en las instituciones de salud y justicia en el ámbito metropolitano. De ellas, 82.7% eran hombres y la mayoría entre los rangos de edad de 15 a 19 años (34.9%). Por nivel socioeconómico, se encontró que 66.7% tenía un nivel medio, 33.1% bajo y 0.2% alto. La mayoría de las personas habían cursado preparatoria incompleta (26.6 por ciento).⁴⁵¹

Cuadro IV.2 Prevalencias de consumo para personas usuarias atendidas en instituciones de salud y justicia

Tipo de droga	Alguna vez en la vida (%)	Último mes (%)
Marihuana	79.8	61.3
Cocaína	40.6	26.1
Inhalables	38.9	28.0
Alucinógenos	10.3	4.6
Otras sustancias no médicas	9.5	5.7
Sedantes-tranquilizantes	8.3	4.1
Otros opiáceos	1.4	0.4
Anfetaminas y ETA	1.0	0.4
Heroína	0.6	0.4
Otras sustancias médicas	0.6	0.2

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Grupo interinstitucional para el desarrollo del SRID, “Resultados de la Aplicación de la Cédula ‘Informe Individual sobre Consumo de Drogas’”, *op. cit.*, pp. 12 y 13.

⁴⁴⁴ *Idem.*

⁴⁴⁵ Jorge Villatoro *et al.*, *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012*, *op. cit.*, pp. 9 y 10.

⁴⁴⁶ IAPA, INPRF e IAAM-DF, *Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la ciudad de México, 2012*, México, IAPA/INPRF/IAAM-DF, 2012.

⁴⁴⁷ *Ibidem*, p. 39.

⁴⁴⁸ *Idem.*

⁴⁴⁹ IAPA, INPRF e IAAM-DF, *op. cit.*, p. 42.

⁴⁵⁰ Grupo interinstitucional para el desarrollo del SRID, “Resultados de la Aplicación de la Cédula ‘Informe Individual sobre Consumo de Drogas’”, en *Tendencias en el área metropolitana*, núm. 52, México, INPRF, 2012.

⁴⁵¹ *Ibidem*, pp. 11-13.

Respecto de las personas privadas de la libertad en el Distrito Federal, en el marco de la presente investigación la Subsecretaría de Gobierno del Distrito Federal reportó que el uso y dependencia de sustancias psicoactivas de personas privadas de la libertad representan una gama del problema de salud pública, así como implicaciones en distintas formas de violencia.⁴⁵² En un cuestionario aplicado por esta dependencia se obtuvo que 27.9% de las y los internos entrevistados refería consumir alguna droga, siendo la marihuana la más usada (57.6%) seguida del alcohol (12.7%) y de la cocaína (9.8%).⁴⁵³ No obstante, debido al contexto de sujeción en que se encuentran las personas privadas de la libertad, se puede suponer la existencia de un subregistro del uso de drogas. En el *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011* se advierte un uso generalizado de sustancias psicoactivas dentro de la población penitenciaria.⁴⁵⁴ Lo anterior también se evidencia a través de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013, en las que por lo menos 182 abordan el tema relacionado con el uso de drogas en estos recintos.

Denuncias sobre uso de drogas en centros de reclusión del Distrito Federal

De las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013, 182 se encuentran relacionadas con el uso (91 quejas) o la compra-venta de drogas (54 quejas) dentro de los centros de reclusión. Asimismo, unas 55 denuncias se relacionan con el acceso a la salud, en particular con el tratamiento para personas con dependencia.

El uso de drogas se menciona en 91 quejas que dejan ver un hecho común y normalizado tanto entre personas internas como por parte de las autoridades; sin embargo, lo que estas quejas reflejan es un uso problemático de sustancias (77 quejas) y la violencia que ello genera al interior de los reclusorios (19 quejas). Como consecuencia observamos que existe una práctica constante de castigos y sanciones (13 quejas) debido al uso de drogas; así como revisiones y cateos (cuatro quejas), en la mayoría de los casos violentos, por parte de autoridades en busca de drogas. Finalmente, se denunciaron casos (cuatro quejas) en que las propias personas internas obligan a otras a consumir, podríamos suponer que para continuar con un negocio muy rentable.

A través de las narraciones de hechos que se hallan en los expedientes de quejas las personas peticionarias y/o agraviadas proporcionan elementos de diagnóstico respecto de los flujos de drogas dentro de los centros. Se evidencian algunas de las rutas de ingreso de la droga, ya sea por medio de los familiares de las y los internos, por medio de las y los custodios o por el consentimiento de otras autoridades penitenciarias. Existe el caso de una queja en la que los propios técnicos penitenciarios denunciaron la aquiescencia de los custodios para el uso de drogas dentro del denominado módulo Diamante en el Centro de Readaptación Social Varonil y sobre la supuesta referencia que un custodio hace respecto de que gana mucho dinero por permitir la venta y uso de drogas. La violencia es uno de los temas constantes en estas quejas y es generada por las deudas por drogas (siete quejas) o la distribución de éstas dentro; así como por la extorsión entre internos o a familiares de éstos y la corrupción de las autoridades penitenciarias en distintos niveles. Se evidenciaron varios casos (12 quejas) en los que la venta se realizaba con anuencia de las autoridades, principalmente custodios, quienes de acuerdo con algunas quejas (cinco quejas) también participan como distribuidores, obligando a las y los internos a venderla.

Con base en la revisión de las narraciones de hechos de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013.

⁴⁵² Oficio SG/SSP/1620/2013 del 7 de junio de 2013, firmado por Juan José García Ochoa, subsecretario de Gobierno del Distrito Federal.

⁴⁵³ *Idem*.

⁴⁵⁴ CDHDF, *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011*, México, CDHDF, 2011, p. 132.

B. Principios generales para la prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento: revisión de estándares internacionales

1. Drogas y derecho a la salud: contenido esencial

La atención y protección de la salud de las personas usuarias de drogas constituye un elemento central en la mayoría de los modelos interpretativos y propuestas de políticas públicas sobre drogas.⁴⁵⁵ El sistema universal de protección a los derechos humanos, a través de la figura del relator especial sobre el derecho a la salud así como de algunas observaciones generales o informes temáticos también se ha pronunciado sobre el tema. A continuación se presenta una propuesta de síntesis de estas principales aportaciones y directrices, articuladas a partir del eje central de la protección del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas y de la población en general.

El derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud que les permita vivir dignamente, de manera igualitaria y libre de todo tipo de discriminación se encuentra protegido por diversos instrumentos internacionales de derechos humanos.⁴⁵⁶ Así lo establece el sistema universal de derechos humanos en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en el artículo 12 tanto del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.⁴⁵⁷

El derecho a la salud entraña, por un lado, una serie de libertades para las personas, por ejemplo, la de controlar su salud y su cuerpo o el derecho a no padecer injerencias y no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.⁴⁵⁸ Esta acotación es importante respecto de los derechos de las personas usuarias de drogas, en tanto que reconoce las libertades de que dispone cualquier persona sobre su salud y su cuerpo, en particular al tomar la decisión de consumir alguna droga. Asimismo, asienta la prohibición de cualquier tipo de tratamiento forzoso y no consensual.

Por otro lado, el derecho a la salud implica una serie de derechos dentro de los que figura el relativo a contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.⁴⁵⁹ Respecto de las personas usuarias de drogas, además de poder disfrutar de la protección de la salud en general para atender cualquier tipo de enfermedades, el ejercicio de este derecho conlleva también la posibilidad de contar con servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento de acuerdo con sus necesidades específicas. Para las personas que no usan drogas también resulta fundamental el acceso a información oportuna y de fácil entendimiento sobre su derecho a la salud, el uso de drogas y sus diversos efectos, entre otras cuestiones.

⁴⁵⁵ Véanse capítulos I y II de este Informe. A pesar de sus orientaciones diversas e incluso divergentes, tanto las aproximaciones médicas y psicológicas como las políticas de reducción de la demanda, las convenciones sobre fiscalización de drogas o las políticas de reducción de riesgos y daños, contemplan como eje prioritario la protección de la salud de las personas usuarias e incluso de la población en general.

⁴⁵⁶ Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 1.

⁴⁵⁷ DUDH, artículo 25; PIDESC, artículo 12; y CEDAW, artículo 12.

⁴⁵⁸ Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 8.

⁴⁵⁹ *Idem*.

Elementos del derecho a la salud relacionados con el uso de drogas

El derecho a la salud se compone de cuatro elementos esenciales e interrelacionados que deben orientar las intervenciones del Estado: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad:

- *Disponibilidad.* Todas las personas deben contar con una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos para la prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento.
- *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - *No discriminación.* Todas las personas tienen derecho a acceder a establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento sin importar su condición física, social, económica, de salud o ninguna otra.
 - *Accesibilidad física.* Los establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento deben ser accesibles física y geográficamente, de modo que todas las personas puedan llegar a ellos sin la necesidad de recorrer grandes distancias, sobre todo en zonas rurales o marginadas.
 - *Accesibilidad económica o asequibilidad.* Implica el derecho de todas las personas a no tener que realizar pagos desmedidos o excesivos para satisfacer sus necesidades en materia de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento.
 - *Acceso a la información.* Las personas tienen la facultad para solicitar, recibir y difundir información adecuada y confiable sobre el uso de drogas; y que sus datos personales sean tratados de forma confidencial.
- *Calidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento deben ser científica y médicamente apropiados y de calidad. Resulta fundamental, en este sentido, contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- *Aceptabilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento deben ser aceptables médica y culturalmente, esto es que deben ceñirse a la ética médica y ser suministrados con sensibilidad en relación con los requisitos de género, así como ser culturalmente apropiados tomando en consideración las características propias de todas las personas.

Con base en Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 12.

2. Aproximaciones a las obligaciones del Estado en materia de uso de drogas y derecho a la salud

Retomando como base la Observación General núm. 14 relativa al derecho a la salud, así como otros instrumentos internacionales de referencia en materia de uso de drogas, se precisa a continuación la naturaleza de las obligaciones del Estado, proponiendo para cada una de ellas ejemplos concretos e ilustrativos de las medidas que deben adoptar las autoridades con el fin de garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas y de la población en general. Adicionalmente, se hacen algunas referencias a estrategias y/o líneas de acción contempladas en el PDHDF que abordan la problemática del uso de drogas en esta ciudad.⁴⁶⁰

⁴⁶⁰ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *op. cit.* De conformidad con la ley referida al citado Programa, éste es de observancia general en el Distrito Federal. Véase Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 30 de mayo de 2011.

a) OBLIGACIÓN DE RESPETAR

La obligación de respetar exige a los Estados abstenerse de interferir directa o indirectamente en el ejercicio de los derechos humanos. El hecho de que una persona consuma drogas no constituye un motivo para limitar de ningún modo su derecho a la salud, incluso si tiene un diagnóstico de dependencia.⁴⁶¹

Por un lado, las autoridades, en todos los niveles y órdenes de gobierno, deben evitar obstaculizar, restringir o negar la *disponibilidad* y *accesibilidad* a los establecimientos, bienes y servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento. De la misma forma, el Estado tiene la obligación de no limitar ni impedir el suministro y la distribución de medicinas para el tratamiento del dolor, la dependencia y otros problemas de salud⁴⁶² entre la población en general, y especialmente para la población usuaria de drogas.

En cuanto a la *calidad* y *aceptabilidad* de los servicios, las y los servidores públicos que laboran en este sector deben actuar siempre de conformidad con este derecho y tratar a las personas de forma respetuosa y sin discriminación alguna, proporcionando un servicio público de calidad. Un elemento importante que se desprende de esta obligación es la prohibición de administrar tratamientos médicos coercitivos⁴⁶³ y, con ello, la obligación de sujetar cualquier tratamiento médico al requisito de consentimiento informado.⁴⁶⁴ En efecto, el Estado tiene la obligación de respetar la autonomía personal de las y los pacientes, así como su capacidad jurídica como elemento esencial del consentimiento informado.⁴⁶⁵ En este sentido, debe velar para que las y los proveedores de salud no interfieran en el ejercicio del derecho de las y los pacientes a decidir sobre las intervenciones médicas a la que serán sometidos, en virtud de “la decisión voluntaria y suficientemente informada que protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y atribuye a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos”.⁴⁶⁶ Al respecto, el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud señala que los tratamientos obligatorios de la dependencia a las drogas atentan en contra del elemento de calidad del derecho a la salud;⁴⁶⁷ y que la administración de todo tratamiento para personas usuarias de drogas debe cumplir los requisitos del consentimiento informado, incluido el derecho que tienen a negarse a recibirlo aunque sus decisiones sean contrarias al criterio profesional del personal médico involucrado.⁴⁶⁸

b) OBLIGACIÓN DE PROTEGER

Los Estados se encuentran obligados a impedir que terceras personas (particulares, grupos, empresas y otras entidades) menoscaben en modo alguno el disfrute del derecho a la salud de las personas usuarias de droga y de aquellas que no lo son, en particular adoptando medidas legislativas. La obligación de proteger reviste una importancia especial cuando un servicio público vinculado con la realización del derecho a la salud se encuentra privatizado, concesionado o desarrollado por cualquier empresa o asociación privada,

⁴⁶¹ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 8.

⁴⁶² Comité DESC, Observación General núm. 14, párrs. 12 y 43.

⁴⁶³ *Ibidem*, párr. 8.

⁴⁶⁴ Véase ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/64/272, 10 de agosto de 2009.

⁴⁶⁵ *Ibidem*, párrs. 10-14.

⁴⁶⁶ *Ibidem*, párr. 9.

⁴⁶⁷ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párr. 33.

⁴⁶⁸ *Ibidem*, párr. 32. Véase también ONU, *Informe del Relator Especial*, A/64/272, doc. cit., párrs. 28 y 88-91.

como es el caso, por ejemplo, de algunos servicios de tratamiento en la ciudad de México. El PDHDF recomienda, por ejemplo, regular normativa y operativamente los llamados *anexos* de rehabilitación, con el fin de garantizar y demostrar una atención de calidad apegada a las normas oficiales de salud.⁴⁶⁹

Puntualmente, la Observación General sobre el derecho a la salud estipula que:

Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios realizados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; [...] y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.⁴⁷⁰

La obligación de proteger comprende la responsabilidad del Estado de vigilar a través de un sistema normativo adecuado que las instituciones públicas y privadas proporcionen un servicio de calidad y respetuoso de los derechos humanos, en particular garantizando el consentimiento informado, estableciendo registros seguros y confidenciales de las personas usuarias y asegurando información adecuada para aquellas que no lo son.⁴⁷¹

c) OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR

Retomando el espíritu de las observaciones generales del Comité DESC, la obligación de garantizar implica para los Estados reconocer de forma adecuada los derechos, en este caso el derecho a la salud, en sus sistemas políticos mediante la adopción de un plan de acción basado en los principios de derechos humanos que contenga objetivos claros e indicadores.⁴⁷² En este sentido, el PDHDF prevé evaluar, revisar y adecuar, en coordinación con instituciones académicas y OSC, el Programa contra las adicciones del Gobierno del Distrito Federal para garantizar que se sustente en el enfoque de derechos humanos y el respeto a la autonomía de las personas.⁴⁷³ Asimismo, insta al diseño e implementación de modelos alternativos, desde un enfoque de derechos humanos, para el tratamiento de las personas que dependen de las drogas y la reducción de daños.⁴⁷⁴

Varios documentos de referencia a nivel internacional sobre políticas de drogas mencionan la importancia de desarrollar estrategias en materia de salud. Por ejemplo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas establece el compromiso internacional de que las políticas en la materia se orienten en dos grandes rumbos: la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso problemático.⁴⁷⁵

En virtud de lo establecido en la Observación General núm. 14, estos servicios deben estar disponibles para todas las personas, y ser accesibles, de calidad y aceptables. Asimismo, resulta necesario y pertinente realizar una distinción entre personas que usan drogas y personas que dependen de ellas para procurar servicios de salud ajustados a las diferentes realidades del uso. Así, los servicios de prevención,

⁴⁶⁹ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *op. cit.*, línea de acción 1238.

⁴⁷⁰ Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 35.

⁴⁷¹ ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud, párr. 20.

⁴⁷² Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 53.

⁴⁷³ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *op. cit.*, línea de acción 1230, pp. 475-476.

⁴⁷⁴ *Ibidem*, línea de acción 1584.

⁴⁷⁵ Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, A/RES/S-20/3, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de junio de 1998, párr. 8, inciso b.

reducción de riesgos y daños, y tratamiento deberán ser apropiados y el personal sanitario habrá de estar formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de la población en general y de los grupos en situación de vulnerabilidad en lo particular.⁴⁷⁶

En aquellos casos en que las personas no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismas el derecho en cuestión con los medios a su disposición, es quehacer del Estado hacerlo efectivo. En tal sentido, se debe prestar especial atención a todos los grupos en situación de vulnerabilidad para atender sus necesidades específicas, en particular las personas involucradas en un uso problemático, poblaciones callejeras, mujeres –en particular mujeres embarazadas–, personas jóvenes y personas en situación de reclusión, entre otras.⁴⁷⁷

Cuadro IV.3 Obligaciones reforzadas para algunos grupos en situación de vulnerabilidad

Grupo de población	Obligaciones reforzadas
Jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los profesionales en contacto con jóvenes deben tener formación especializada sobre el uso de drogas. • La estrecha colaboración entre escuelas, familias y centros de salud proporcionan la base de la planificación y ejecución de las intervenciones. • Las y los jóvenes con consumo problemático en edades tempranas deben ser considerados en tratamientos separados para no entrar en contacto con personas adultas en etapas más avanzadas de dependencia.
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas de tratamiento se han diseñado y desarrollado desde las necesidades de los hombres adultos. En la mayoría de las sociedades las mujeres usuarias de drogas sufren más estigma por la vinculación con los cuidados y responsabilidades familiares que históricamente se les ha asignado. Por lo anterior, son necesarios servicios de atención médica sensibles a la perspectiva de género desde el diseño, la ejecución y la evaluación, incluyendo materiales y contenidos sensibles que consideren las necesidades específicas de las mujeres.
Mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere un campo especializado de atención para mujeres embarazadas. Los embarazos con uso de sustancias se consideran de alto riesgo; por ello el tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario incluyendo la salud prenatal. Existe farmacoterapia disponible para mujeres embarazadas usuarias de drogas.
Poblaciones indígenas y minorías étnicas	<ul style="list-style-type: none"> • El obstáculo de la lengua, las creencias u otros aspectos culturales deben ser tomados en cuenta en el diseño y ejecución de los programas de atención.
Poblaciones callejeras	<ul style="list-style-type: none"> • Un enfoque integral que vincule las instituciones de asistencia social con el fin de lograr medios de vida sostenibles y aceptables para las personas, garantizando la autonomía de la voluntad, son fundamentales en el tratamiento del uso problemático de drogas de poblaciones callejeras.
Personas privadas de la libertad	<ul style="list-style-type: none"> • El Estado debe garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de la libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad. • Los servicios penitenciarios de salud deberán suministrar o facilitar programas de tratamiento especializado para el uso problemático de drogas en mujeres, teniendo en cuenta su posible victimización anterior, las necesidades especiales de las mujeres embarazadas y las mujeres con hijos e hijas, y la diversidad de sus tradiciones culturales.

Fuente: Elaboración propia con base en OMS y UNODC, *Principles of drug dependence treatment. Discussion Paper*, UNODC/OMS, marzo de 2008; Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Resolución 1/08, firmados en la sede de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de Washington, D. C., 13 de marzo de 2008, principio x; y Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas no Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes, Reglas de Bangkok, A/RES/65/229, 16 de marzo de 2011, regla 15.

⁴⁷⁶ Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 37. Véase también Comité Coordinador, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, op. cit.*, líneas de acción 1231, 1236 y 1237.

⁴⁷⁷ Comité DESC, Observación General núm. 14, párrs. 12 b) ii); 18; 35; 37; 43 a) y f); 52; 62 y 65. Véase también Comité Coordinador, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, op. cit.*, núcleo sobre grupos de población.

➤ Estrategias para la prevención

La prevención constituye un elemento fundamental de las políticas de drogas; implica desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso problemático. Para satisfacer y orientar las estrategias hacia las necesidades de grupos o individuos específicos, se recomienda articular los esfuerzos de prevención en un modelo con tres características: universales, selectivas e indicadas.⁴⁷⁸ En la primera, los esfuerzos están dirigidos a la población en general con el propósito de prevenir, retrasar o reducir el uso de drogas. Las intervenciones selectivas, por su parte, están orientadas a personas o grupos específicos que están expuestos a un mayor riesgo de uso de drogas, por ejemplo, las y los jóvenes. Finalmente, la prevención indicada se enfoca a grupos de población que ya son usuarios con problemáticas específicas asociadas al uso de drogas.⁴⁷⁹

Principios básicos de programas de prevención

- Mejorar los factores de protección (factores que pueden disminuir el riesgo) y revertir o reducir los factores de riesgo (aquellos que pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas).
- Dirigirse a todas las formas de uso de drogas, tomando en cuenta los factores de riesgo que puedan modificar y fortalecer los factores de protección que se conocen.
- Ser diseñados para tratar riesgos específicos basados en las características de la población, tales como la edad, el sexo o la cultura, con tal de mejorar la eficacia de los programas.

Con base en los datos de NIDA, *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes*, Bethesda, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2004.

Otro enfoque de la prevención se articula a través de modelos multidisciplinarios y multisectoriales que toman en cuenta tres factores para diseñar estrategias de prevención: las personas, las sustancias y los entornos;⁴⁸⁰ así como las variables que intervienen e influyen en estos factores. Se busca desarrollar estrategias de prevención integral, tomando en consideración todos los factores en función de la población y el contexto al que se dirige. Las estrategias desarrolladas que se derivan del enfoque preventivo basado en los factores referidos son:

- *Estrategias de influencia*: se basan en la búsqueda del incremento de conocimientos así como en el cambio de actitudes de las personas respecto a las drogas.
- *Estrategias para el desarrollo de competencias*: su objetivo es mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones de la vida.
- *Estrategias de control*: son medidas dirigidas tanto a las personas como a las sustancias o a los contextos y pretenden influir en el control de la oferta y la demanda a partir de medidas legislativas.
- *Estrategias de desarrollo ambiental*: se basan en modificar los entornos en que las personas viven y se relacionan.⁴⁸¹

⁴⁷⁸ OPS, *La política de drogas y el bien público*, Washington, D. C., OPS, 2010, p. 119.

⁴⁷⁹ *Ibidem*, pp. 119-120.

⁴⁸⁰ Teresa Salvador e Isabel Ma. Martínez, "Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo", en Oriol Romani y Miguel Díaz (coords.), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*, Barcelona, Igia, 1999, p. 219.

⁴⁸¹ *Ibidem*, pp. 220-225.

Una de las poblaciones a las que mayormente se dirigen las estrategias y programas de prevención han sido las y los jóvenes. Los modelos teóricos y conceptuales que sustentan las medidas de prevención destinadas a este grupo etario se basan en diversas variables explicativas sobre cómo funciona la prevención⁴⁸² que definen enfoques de intervención distintos, pero complementarios, que se mencionan a continuación. El ámbito de actuación que cobra más relevancia para la ejecución de programas de prevención para jóvenes es el escolar. De hecho, la prevención escolar ha sido de las intervenciones más aplicadas.⁴⁸³ En tal sentido, el PDHDF contempla una serie de estrategias y líneas de acción orientadas a prevenir y erradicar el consumo y venta de sustancias psicoactivas en las escuelas y sus alrededores, así como generar acciones integrales contra su uso problemático, particularmente entre jóvenes.⁴⁸⁴

Cuadro IV.4 Estrategias de prevención para personas jóvenes

Estrategia	Definición
Método informativo	Este método busca proporcionar información detallada sobre los efectos de las sustancias bajo el supuesto de que la información sobre las consecuencias en la salud, sociales y educativas tiene impacto en la decisión de uso entre las y los jóvenes.
Estrategias de rechazo y fomento de las actitudes y valores	Son estrategias que fomentan habilidades como la responsabilidad personal, la autoestima y la capacidad para tomar decisiones, aunadas a un reforzamiento de la capacidad individual para la toma de decisiones en entornos donde la presión del grupo suele favorecer el uso de drogas.
Método de las influencias sociales	Estas intervenciones hacen hincapié en los factores psicológicos y sociales que influyen en el comienzo del uso de drogas, tomando en cuenta a las y los compañeros en la escuela, la familia y la comunidad.
Enfoque integral	El enfoque integral no se centra exclusivamente en el uso de sustancias sino que desarrolla metodologías de capacitación en aptitudes sociales y temas de salud, bienestar, actitudes delictivas o uso de sustancias.
Estrategias de reducción de riesgos y daños	Estas intervenciones se centran en reducir los efectos negativos del uso de drogas con el objetivo de educar sobre las drogas y no contra las drogas y promoviendo conductas de responsabilidad que eviten los factores de riesgo en el consumo.

Fuente: Elaboración propia con base en ops, *La política de drogas y el bien público*, Washington, D. C., ops, 2010, pp. 106-112; y E. Becoña, *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas, 1999, pp. 76-77.

Las políticas de prevención entre jóvenes tienen que apegarse a los estándares de los derechos humanos. Esto significa que toda acción impulsada por el Estado debe tener como objetivo el bienestar y desarrollo pleno de las personas jóvenes.⁴⁸⁵ Entre las personas usuarias de drogas el ser joven constituye un factor de riesgo, ya que es un momento de la vida que se caracteriza por la búsqueda de nuevas experiencias, el desarrollo de la identidad y el establecimiento de vínculos sociales. En dicho sentido, todas las políticas de prevención del uso de drogas deben tener como objetivo considerar a las personas usuarias como sujetos plenos de derecho y poner especial atención en la no discriminación ni criminalización de sus conductas cuando no afectan a terceras personas.⁴⁸⁶

⁴⁸² *Ibidem*, p. 106.

⁴⁸³ Elisordo Becoña, *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas, 1999, p. 76.

⁴⁸⁴ *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, op. cit.*, líneas de acción 1583, 1740, 1742, 1743 y 1745, pp. 475-476.

⁴⁸⁵ Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, Directrices de Riad, aprobadas por la Asamblea General en su Resolución A/RES/45/112 durante su XLV periodo de sesiones, Nueva York, 14 de diciembre de 1990, principio 1.5, incisos c y d; y 2.7.

⁴⁸⁶ UNODC, *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*, Nueva York, ONU, 2002, pp. 11-20.

➤ Reducción de riesgos y daños

Las estrategias de reducción de riesgos y daños y el tratamiento para las personas usuarias de drogas comprenden un conjunto de acciones y medidas específicas dentro de los servicios de salud dirigidos a satisfacer la realización de su derecho a la salud. Según la OMS, se entiende el tratamiento como el “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”.⁴⁸⁷

Garantizar la atención como obligación del Estado se refiere a proveer a las personas usuarias de drogas de acceso a servicios de salud para beneficiarse de las intervenciones concretas y oportunas requeridas en función del tipo de uso y el impacto generado en la salud. Para el caso del Distrito Federal, el PDHDF insta al gobierno local a fortalecer y crear nuevos centros especializados de atención médica y psicológica para personas que usan sustancias psicoactivas, los cuales deberían contar con la dotación de recursos materiales y humanos necesarios para optimizar sus servicios, incluyendo el abastecimiento formal y *de facto* del servicio de urgencias durante las 24 horas de los 365 días del año.⁴⁸⁸ En la relación entre el personal médico y las y los pacientes resulta fundamental garantizar el derecho a una información accesible y aceptable,⁴⁸⁹ en particular dar a conocer los beneficios asociados, los riesgos y las alternativas de los procedimientos médicos.

Los servicios de atención de medicina general de los sistemas de salud deben incorporar medidas para la atención de las personas usuarias de drogas, ya que es donde mayor oportunidad existe para detectar e intervenir el uso problemático de sustancias. De la misma forma que las y los proveedores de servicios incorporan acciones de prevención y detección relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, los riesgos y daños asociados al uso de sustancias deben ser parte medular de este tipo de acciones.⁴⁹⁰ En efecto, la posibilidad de intervenir en una etapa temprana del uso ha demostrado ser un método eficaz y económico para reducir los riesgos y daños asociados al uso de drogas.⁴⁹¹

Aunque son más comunes las pruebas de detección e intervenciones breves de consumo riesgosos para alcohol y tabaco en la atención de medicina general,⁴⁹² es igualmente necesario implementar estas medidas para modificar las conductas de riesgo de las personas usuarias en relación con las otras sustancias psicoactivas. Este tipo de acción puede estar dirigido a la atención de personas con uso de bajo riesgo (uso ocasional o no riesgoso y nocivo), riesgo moderado (uso más regular) y alto riesgo (uso frecuente o peligroso).⁴⁹³ Para ello, la OMS ha desarrollado la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) que con una intervención breve de cinco a 10 minutos, realizada en la atención primaria, puede detectar posibles riesgos en el consumo de sustancias y proceder médicamente en función del diagnóstico.⁴⁹⁴

⁴⁸⁷ OMS, 30° informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 873), 1998, p. 3.

⁴⁸⁸ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *op. cit.*, líneas de acción 1233, 1234 y 2037.

⁴⁸⁹ ONU, Informe del Relator Especial, A/64/272, *doc. cit.*, párr. 17.

⁴⁹⁰ OMS, OPS, Gobierno de España, *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias-Manual para uso en la atención primaria*, Washington, D. C., OMS, 2011, p. 5.

⁴⁹¹ Humeniuk R. E. et al., *The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*, Ginebra, World Health Organization, 2008, citado en *ibidem*, p. 6.

⁴⁹² *Ibidem*, p. 2.

⁴⁹³ *Ibidem*, p. 6.

⁴⁹⁴ *Idem*.

Otro aspecto fundamental de las estrategias en materia de atención son las medidas de reducción de daños que se han venido implementando desde la década de los ochenta para hacer frente, inicialmente, a la epidemia del VIH/sida.⁴⁹⁵ La evidencia de que las políticas de reducción de la demanda de drogas no hacían frente por sí solas a la carga de morbilidad y mortalidad asociadas a ciertos grupos de personas usuarias de drogas –que deciden voluntariamente no abandonar el consumo– llevó a muchos gobiernos a buscar medidas alternativas en el ámbito de la salud pública, llegando a ser una posición común en la Unión Europea,⁴⁹⁶ por ejemplo.

Enfermedades como el VIH/sida, la hepatitis B y C, las infecciones sanguíneas o las sobredosis y la dependencia a las sustancias son algunos de los daños asociados al uso problemático de drogas que deben tener una respuesta por parte del sector salud disponible, accesible, aceptable y de calidad. La evidencia científica a nivel internacional muestra que los programas de reducción de daños son medidas con eficacia clínica comprobada, con una relación costo-efectividad factible y con impacto en la reducción de los contagios por VIH/sida.⁴⁹⁷ En el mismo sentido, algunos organismos de las Naciones Unidas han reconocido las acciones de reducción de daños como las medidas más eficaces entre personas usuarias de drogas inyectables.⁴⁹⁸

Como servicios altamente especializados en el campo de la salud, las políticas de reducción de daños incluyen una red amplia de servicios buscando satisfacer las diversas necesidades personales y comunitarias que surgen del uso de drogas, así como ofrecer solución a los problemas de salud pública que plantean ciertos tipos de uso.⁴⁹⁹ Algunos ejemplos de programas de reducción de daños eficazmente implementados se presentan en el cuadro siguiente.

⁴⁹⁵ Eberhard Schatz y Marie Nougier, *Salas de consumo de drogas. Evidencias y prácticas*, Londres, IDPC, 2012, p. 2.

⁴⁹⁶ Council Recommendation of June 18th 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence, 2003/488/EC, Official Journal of the European Union.

⁴⁹⁷ OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/aids among injecting drug users*, Ginebra, OMS, 2004, pp. 28-29.

⁴⁹⁸ Es el caso de ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida 2011*, ONUSIDA, 2011; OMS, *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/aids among Injecting Drug Users*, Ginebra, OMS, 2004; OMS, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention treatment and care for injecting drug users*, Ginebra, OMS, 2009; y, OMS UNODC y UNAIDS, *Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/aids prevention*, Ginebra, Naciones Unidas, 2004.

⁴⁹⁹ Eberhard Schatz y Marie Nougier, *op. cit.*, p. 1.

Cuadro IV.5 Ejemplos de programas de reducción de daños

Programa de reducción de daños	Daños que se deben prevenir	Evidencias científicas
Programa de intercambio de jeringas Máquinas expendedoras, dispensario en farmacias, servicios en centros de tratamiento, servicios especializados coordinados con centros de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de VIH/sida. • Hepatitis B y C. • Enfermedades de transmisión sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce las infecciones por enfermedades de transmisión sanguínea. • Es costo-eficiente. • Protege la salud de las personas usuarias de drogas inyectables. • Reduce los costos sociales relacionados. • Permite una pronta derivación a tratamiento.
Terapia de sustitución de opiáceos Administración de un fármaco opioide de acción prolongada a la persona dependiente a los opiáceos por una vía usualmente no parenteral para prevenir y reducir la inyección de opioides como la heroína.	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia. • Sobredosis. • Hepatitis B y C. • Enfermedades de transmisión sanguínea. • Transmisión de VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta efectiva en la reducción del uso y dependencia a la heroína. • Evita conductas de riesgo para el VIH/sida y demás enfermedades de transmisión sanguínea. • Mantiene a las personas usuarias de drogas inyectables más tiempo en tratamiento.
Prevención de sobredosis Administración de un antagonista opioide que contrarresta los efectos de las sobredosis de opioides.	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias opioides. • Sobredosis de sustancias opioides. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce la sobredosis entre personas usuarias de drogas inyectables. • No tiene potencial adictivo. • Puede ser administrado con gran eficacia en situaciones de emergencia tanto por profesionales como por personas preparadas para ello.
Salas de consumo Espacios protegidos utilizados para el consumo higiénico de drogas previamente adquiridas.	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso y sobredosis de sustancias. • Consumo riesgoso. • Reutilización de útiles y jeringas para la inyección. • Hepatitis B y C. • Enfermedades de transmisión sanguínea. • Transmisión de VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atraen personas usuarias de drogas marginadas o difíciles de contactar. • Promueven consumos higiénicos. • Reducen las conductas de riesgo. • Permiten la intervención temprana. • Facilitan el acceso y derivación a tratamiento, servicios sociales y programas de rehabilitación social.
Acercamiento y educación entre pares	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias. • Consumo riesgoso. • Reutilización de útiles y jeringas para la inyección. • Inyección. • Dependencia a las sustancias. • Infección por VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite la cesación del uso inyectado o de <i>crack</i>. • Reduce la frecuencia de inyección. • Frena la reutilización de jeringuillas u otros útiles de inyección. • Fomenta el ingreso a tratamientos. • Aumento en el uso de condones. • Llega a personas usuarias de drogas inyectables de difícil ubicación. • Reduce las conductas de riesgo. • Fomenta cambios conductuales asociados a menores tasas de infección por VIH/sida.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de N. Hunt *et al.*, *Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global*, Londres, Beckley Foundation, 2005; E. Schatz y Marie Nougier, *Salas de consumo de drogas. Evidencias y prácticas*, Londres, IDPC, 2012; y Harm Reduction International, “Derechos humanos y políticas de drogas”, en *Reporte Informativo núm. 1*, Londres, IHRA, 2011.

Tanto las medidas de reducción de riesgos como las de reducción de daños incorporan elementos del derecho a la salud, a la información, y a la autonomía personal y al consentimiento informado. Estos programas están fuertemente comprometidos con la salud pública y los derechos humanos de las per-

sonas usuarias de drogas, debido a que se basan en medidas que tratan de reducir los daños asociados con el uso de drogas sin la precondition de que las personas usuarias abandonen el consumo. Reconociendo que todo uso de drogas puede entrañar riesgos, aunque no implique un problema de salud, tales estrategias buscan procurar el más alto nivel posible de salud física y mental a través de medidas que impacten en mejorar los hábitos de salud de la población en general y de las personas usuarias de drogas en particular.⁵⁰⁰

Esta perspectiva es la que adopta el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, quien apuesta por la conformación de marcos reguladores alternativos en materia de fiscalización de drogas, en particular un modelo enfocado a los derechos humanos e inspirado en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.⁵⁰¹ En relación con el derecho a la salud, a través de medidas como la reglamentación del contenido de las drogas, las campañas de educación y sensibilización, y las iniciativas encaminadas a reducir la dependencia y uso de drogas, se haría valer el derecho a la salud de las personas usuarias y de la población en general, “garantizando la oferta de drogas sin adulterar, creando conciencia a nivel individual y comunitario para reducir al máximo los riesgos, y asegurando el acceso al tratamiento adecuado cuando sea necesario”.⁵⁰² Asimismo, respetaría y protegería el uso de drogas como práctica tradicional y arraigada en la cultura cuyas repercusiones para la salud pública son muy limitadas.⁵⁰³

La experiencia en la prevención del consumo de alcohol y tabaco y los resultados de las medidas implementadas constituyen referencias útiles a la hora de plantear medidas para la regulación del consumo de otras drogas. Por ejemplo, en México personas expertas en el tema han analizado el *costo-efectividad* de las intervenciones para prevenir situaciones de dependencia al alcohol, destacando que la medida más efectiva es el aumento de los impuestos —y por consiguiente el precio de venta al público—. Sin embargo también se advierte que la *combinación de intervenciones* es la mejor vía, por lo que se recomienda, junto con el incremento de impuestos, la difusión de información y/o programas de tratamiento, así como el control de la publicidad o la aplicación de pruebas aleatorias de aliento alcohólico a conductores, conocida como *alcoholímetro*.⁵⁰⁴

La instrumentación en México del Convenio Marco sobre Tabaco antes citado ha sido objeto de un escrupuloso monitoreo por parte de la sociedad civil que ha permitido identificar obstáculos y fomentar buenas prácticas.⁵⁰⁵ En lo particular, se recomienda alcanzar la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinios de productos de tabaco; incrementar de manera sustantiva los impuestos al tabaco; fomentar campañas educativas y de promoción de la salud destinadas a proyectar los beneficios de no consumir drogas, sin soslayar información sobre los riesgos relacionados con el uso de éstas; fortalecer los sistemas de atención y la diversidad de modalidades terapéuticas; y reforzar la vigilancia y la aplicación de sanciones en caso de cumplimiento de la ley, en particular en relación con la prohibición de venta a personas menores de edad.⁵⁰⁶

⁵⁰⁰ Harm Reduction International, “Derechos humanos y políticas de drogas” en *Reporte Informativo núm. 1*. Londres, IHRA, 2011, p. 1.

⁵⁰¹ Para mayor información, véase <<http://www.who.int/fctc/es/>>, página consultada el 20 de noviembre de 2013.

⁵⁰² ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párr. 74.

⁵⁰³ *Ibidem*, párr. 75.

⁵⁰⁴ María Elena Medina Mora *et al.*, “Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México”, en *Revista Salud Mental*, vol. 33, núm. 5, 2010, p. 377.

⁵⁰⁵ Véase, por ejemplo, el último reporte: 8° Informe de la sociedad civil. Instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México, mayo de 2013, disponible en <<http://www.interamericanhearticulo.org/images/TOBACCO/8thcivilsocietyrptmexjun2013.pdf>>, página consultada el 21 de noviembre de 2013.

⁵⁰⁶ *Idem*.

d) OBLIGACIÓN DE PROMOVER

Finalmente, los Estados tienen la obligación de promover el derecho a la salud, siendo la educación, investigación y difusión de información elementos clave para lograr el conocimiento y pleno ejercicio de este derecho. Se recomienda, en particular, la generación y difusión de información apropiada, veraz y de fácil entendimiento acerca de este derecho y, en especial sobre las distintas sustancias y sus impactos en términos de la salud de las personas.

En la misma perspectiva, la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas enfatiza la importancia de contar con información actualizada y evaluación continua sobre el uso de drogas que permita orientar de forma adecuada las estrategias de política pública.⁵⁰⁷ En lo particular, los programas y medidas implementados deben estar basados en la evidencia y la evaluación de la eficacia clínica, por lo que el Estado tiene la obligación de promover la investigación científica necesaria para incrementar la relación costo-eficacia, así como el sustento empírico necesario en los programas implementados.⁵⁰⁸

El Estado tiene la obligación de promover también estrategias y programas dirigidos a las comunidades con el “objeto de que se comprendan cabalmente los problemas del abuso de drogas y la manera eficaz de tratarlos”⁵⁰⁹ y así atajar el estigma y la discriminación hacia las personas usuarias. Por otro lado, la promoción de la ética profesional, ya sea a través de normas profesionales u organismos encargados, asegura la no discriminación de las personas usuarias en los servicios de salud y promueve sus derechos.⁵¹⁰

e) PRINCIPIOS TRANSVERSALES

Adicionalmente, las autoridades sanitarias deben tomar en consideración principios transversales en el diseño, implementación y evaluación de la política pública en materia de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento.

Entre estas obligaciones encontramos el derecho de las personas y grupos a participar en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones que puedan afectar su desarrollo en los planos comunitario, nacional e internacional. En lo particular, para promover la salud el Estado debe garantizar la participación efectiva de las personas y de la comunidad en la definición de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación, aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud.⁵¹¹ A través de la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas se asentó el compromiso internacional de prever y fomentar la participación activa y coordinada de las personas, tanto en general como en situaciones que entrañan un riesgo especial.⁵¹²

⁵⁰⁷ Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, párr. 9, apartado A.

⁵⁰⁸ UNODC, *Por qué intervenir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas*, Nueva York, ONU, 2003, p. 17.

⁵⁰⁹ UNODC, *Abuso de drogas, tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*, Nueva York, UNODC, 2003, p. II.3.

⁵¹⁰ *Ibidem*, p. II.6.

⁵¹¹ Comité DESC, Observación General núm. 14, párrs. 11 y 54.

⁵¹² Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, párr. 8, inciso b, fracción II.

Asimismo, la transparencia, rendición de cuentas y la independencia del Poder Judicial resultan indispensables para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, así como la adopción de una ley marco que permita dar efectividad al derecho a contar con un plan de acción, establecer mecanismos nacionales de vigilancia, y reafirmar la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y posibles procedimientos de apelación.⁵¹³

C. Políticas públicas en el Distrito Federal: una valoración desde la perspectiva de derechos humanos

1. Revisión de disposiciones en el ámbito federal y el Distrito Federal

a) MARCO JURÍDICO FEDERAL

El derecho a la salud, como parte de los derechos humanos, se encuentra consagrado en el artículo 4º de la CPEUM. En el ordenamiento federal, la Ley General de Salud es la que regula de manera específica los aspectos concernientes a la salud de las personas usuarias de drogas, previendo en su capítulo IV un Programa contra la Farmacodependencia, a cargo del Consejo de Salubridad General y de la Secretaría de Salud federal.⁵¹⁴ Asimismo, esta última dependencia está encomendada para crear un programa nacional para la prevención y tratamiento de la dependencia.⁵¹⁵ Por su lado, el Consejo Nacional contra las Adicciones funge como organismo responsable de generar sinergias y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las dependencias a las drogas.⁵¹⁶

El propósito de las medidas contenidas en dicho capítulo es, a grandes rasgos, la educación sobre los efectos del uso de sustancias psicoactivas, la prevención, el tratamiento y la superación de la dependencia, así como la investigación en la materia.⁵¹⁷ La ley hace una distinción entre las personas *consumidoras* y las que son *farmacodependientes*, es decir, aquellas que presentan algún signo o síntoma de dependencia a las sustancias psicoactivas.⁵¹⁸ No obstante, esta normatividad sigue usando el término de *adicción*, un concepto en desuso junto con otros términos como *habituación* o *drogadicción*.

La Ley General de Salud no se enmarca en un enfoque de derechos humanos ni reconoce en lo específico el derecho a la salud de las personas usuarias de drogas. Al definir la *investigación en materia de farmacodependencia* se hace énfasis en la importancia de construir “políticas públicas y los tratamientos adecuados para los diversos tipos y niveles de adicción, respetando los derechos humanos y su integridad”;⁵¹⁹ sin embargo, se trata de una disposición aislada. Esta ausencia destaca en comparación con otros rubros de la ley, como es el caso de la salud mental⁵²⁰ o de la atención para personas enfermas en situación terminal,⁵²¹ materias en las que se hace una referencia explícita al respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.

⁵¹³ Comité DESC, Observación General núm. 14, párrs. 55 y 56.

⁵¹⁴ Ley General de Salud, artículo 191.

⁵¹⁵ *Ibidem*, artículo 192.

⁵¹⁶ *Ibidem*, artículo 184 *bis*.

⁵¹⁷ *Ibidem*, artículos 191-192 *sexto*.

⁵¹⁸ *Ibidem*, artículo 192 *bis*, fracciones I y II.

⁵¹⁹ *Ibidem*, artículo 192 *bis*, fracción VIII.

⁵²⁰ *Ibidem*, artículos 72 y 75.

⁵²¹ *Ibidem*, artículo 166 *bis* 3.

Por otro lado, la Ley General de Salud en su artículo 193 *bis* exige que las personas con problemas de dependencia se sometan a tratamiento médico obligatorio a partir del tercer reporte ante el Ministerio Público.⁵²² También los códigos penales tanto federal⁵²³ como local⁵²⁴ contemplan la posibilidad de que un juez imponga medidas de tratamiento a las personas inimputables, así como medidas coercitivas para que las personas usuarias accedan de manera obligatoria a tratamiento. Estas disposiciones no concuerdan con los estándares internacionales antes referidos que señalan la prohibición de administrar tratamientos médicos coercitivos y los requisitos de respetar el consentimiento informado, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento alguno.⁵²⁵ Cuando el acceso y el disfrute de servicios de tratamiento es obligatorio o se sujeta a la condición de la abstención del consumo no se respeta la capacidad jurídica ni la autonomía de las personas usuarias. El libre consentimiento informado para tomar una decisión debe vincularse a políticas de reducción de riesgos y daños a la salud, con todo el respeto a la capacidad jurídica de las personas.

Otro instrumento regulatorio de importancia en esta materia es la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 que tiene por objetivo establecer los procedimientos y criterios para la atención integral del uso de sustancias en todo el territorio nacional y para todos los prestadores de servicios y establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza, o de control del uso de sustancias psicoactivas.⁵²⁶

Esta normatividad refiere a dos criterios de gran relevancia para garantizar una atención integral a las personas usuarias de drogas con un uso problemático, ya sean atendidas en el sector público, social o privado. En primer lugar, se señala al consentimiento informado mediante el cual se autoriza la participación en el tratamiento “por libre elección y sin coacción alguna”.⁵²⁷ Por otro lado, aunque se define al tratamiento como el conjunto de acciones que tienen por objeto “conseguir la abstinencia”, no se limita a este propósito sino que también incluye dentro de sus finalidades la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, así como la reducción de los riesgos y daños que implican el uso problemático de dichas sustancias.⁵²⁸

b) MARCO JURÍDICO VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL

La normatividad aplicable en materia de salud para las personas usuarias de drogas en el Distrito Federal es la Ley de Salud del Distrito Federal⁵²⁹ y la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal (LAICSP).⁵³⁰

Por su parte, la Ley de Salud del Distrito Federal reconoce como servicios básicos para la protección del derecho a la salud la prevención y atención de las *adicciones*, dedicando un capítulo específico a

⁵²² *Ibidem*, artículo 193 *bis*. Este punto es tratado a mayor detalle en el capítulo anterior.

⁵²³ Código Penal Federal, capítulo v.

⁵²⁴ Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de julio de 2002; última reforma publicada el 3 de agosto de 2012, capítulos xi y xii.

⁵²⁵ ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud, doc. cit.*, párrs. 10-14, 32 y 33.

⁵²⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de septiembre de 2000, párrs. 1.1 y 1.2.

⁵²⁷ *Ibidem*, punto 3.9.

⁵²⁸ *Ibidem*, puntos 3.36 y 3.49.

⁵²⁹ Ley de Salud del Distrito Federal.

⁵³⁰ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.

la materia.⁵³¹ Engloba dentro de este término genérico al tabaquismo, alcoholismo y la dependencia a sustancias psicoactivas.⁵³² En 2012 se propuso un cambio de terminología para titular el capítulo xx sobre *Adicciones*, como *Uso, abuso y dependencia*,⁵³³ aunque en el cuerpo de la ley sigue presente la palabra adicción para referirse a las personas con dependencia a las drogas.

Entre las medidas contenidas en ese capítulo se encuentran el establecimiento de unidades de atención y rehabilitación, la prevención desde un enfoque educativo, y la investigación y la coordinación con las autoridades federales para cualquier iniciativa en la materia.⁵³⁴ Llama la atención que esta normatividad no considere disposiciones relativas a las políticas de reducción de riesgos y daños, esenciales para el ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas usuarias de drogas y benéficas para la sociedad en general. Al contrario, en el reglamento de esta ley se precisa que el objetivo de los tratamientos de la dependencia es “el logro y mantenimiento de la abstinencia”,⁵³⁵ dando cuenta de una visión que no coincide con los estándares internacionales referidos anteriormente, en particular el respeto al derecho a la autonomía de las personas que no quieren abandonar el consumo, por lo que dicha normatividad no garantiza de manera integral su derecho a la salud.

La ley en cuestión menciona algunos de los principios transversales de los derechos humanos. Se reconoce la prohibición de la discriminación, protegiendo de este modo a las personas usuarias de drogas contra cualquier discriminación en los servicios de salud.⁵³⁶ Se promueve la participación de la población en el desarrollo y vigilancia de los programas de salud del Distrito Federal.⁵³⁷ De hecho, es una obligación que aparece de forma recurrente y transversal en esta normatividad,⁵³⁸ aunque no se especifica su importancia en el caso particular de los programas relacionados con el uso de drogas. Tampoco se hace sobre los recursos existentes para presentar quejas o sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud, que son mencionados de forma muy limitada en esta normatividad.⁵³⁹ La ausencia de una definición clara en torno a los mecanismos de exigibilidad restringe la posibilidad de que las personas hagan valer sus derechos de forma efectiva.

La Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal⁵⁴⁰ proporciona una protección específica y más amplia a las personas usuarias de drogas, consideradas de forma explícita como *sujetos de derechos*.⁵⁴¹ Esta ley reconoce tanto a las personas que usan drogas como a las que dependen de ellas, definiendo a la dependencia como un uso de sustancias psicoactivas “caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación”.⁵⁴² No obstante, al igual que la Ley de Salud del Distrito Federal sigue manejando el concepto de adicciones, incluso en el

⁵³¹ Ley de Salud del Distrito Federal, capítulo xx, artículos 82 y 83.

⁵³² *Ibidem*, artículo 82.

⁵³³ Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal y de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 22 de agosto de 2012.

⁵³⁴ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 83.

⁵³⁵ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 7 de julio de 2011, artículo 262.

⁵³⁶ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 11, fracción xviii.

⁵³⁷ *Ibidem*, artículo 3º, fracción v.

⁵³⁸ Véanse, por ejemplo, los artículos 3º, fracción v; 13; 15, fracción xii; 16, fracciones x y xxiii; 44, fracción iii; 50, fracción i; 65, fracción iv; 70; 73; 75; 76, fracción v; 80, fracción vii; 84, 86, fracción v; 94, fracción vi; 101, fracción v; 143; y 161.

⁵³⁹ *Ibidem*, artículo 11, fracción xi.

⁵⁴⁰ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.

⁵⁴¹ *Ibidem*, artículo 1º, fracción iii.

⁵⁴² *Ibidem*, artículo 3º, fracción i.

nombre de la institución creada por esta ley como organismo encargado de establecer y desarrollar las políticas públicas en la materia, el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA).⁵⁴³

El enfoque de derechos humanos está presente en todo el cuerpo de disposiciones; en particular se contempla un diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas que tienen como objetivo la promoción y respeto a los derechos humanos y su realización progresiva; y en materia de la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, el respeto a la autonomía, dignidad y protección integral de todos los derechos de las personas que usan dichas sustancias.⁵⁴⁴ El instrumento señala también la necesidad de incorporar la perspectiva de género.⁵⁴⁵

Esta ley contempla el diseño e implementación de un Programa general para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas del Distrito Federal, considerado como el conjunto de acciones sistemáticas basadas en la certeza científica dirigidas a evitar el uso de sustancias psicoactivas, reducir los factores de riesgo y daños, y brindar atención y, en su caso, tratamiento y rehabilitación a las personas que así lo requieran.⁵⁴⁶ Asimismo, elementos constitutivos de las obligaciones de respetar, proteger, promover y garantizar el derecho a la salud de manera integral para las personas usuarias de drogas también están presentes en esta normatividad. Se reconoce, en específico, la obligación de respetar las decisiones de las personas y su consentimiento informado,⁵⁴⁷ así como medidas específicas para preservar la identidad y datos personales de las personas usuarias de drogas;⁵⁴⁸ sin mencionar, no obstante, de manera específica la prohibición de los tratamientos obligatorios. Por otro lado, contempla la implementación de mecanismos para fomentar, asesorar y vigilar los establecimientos especializados en adicciones en colaboración con las autoridades federales,⁵⁴⁹ incluyendo la posibilidad de que en caso de incumplimiento de las disposiciones o de no brindar un trato digno y de respeto a los derechos humanos, el IAPA proceda a dar aviso a las autoridades federales para iniciar los procedimientos administrativos y penales contra quien resulte responsable.⁵⁵⁰

La obligación de garantizar el derecho a la salud de las personas usuarias de drogas se encuentra reconocida en las acciones y programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento. De conformidad con los estándares internacionales en la materia, y como se señaló con antelación, se distinguen tres tipos de intervención en materia de prevención en función del riesgo y características de la población objetivo: la universal, dirigida a la población en general; la selectiva, enfocada a grupos expuestos a factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y/o ambientales; y la indicada, orientada a grupos de población o personas usuarias con factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar un consumo problemático o dependencia a la sustancia psicoactiva.⁵⁵¹ Por su lado, la mención específica a las estrategias de reducción de riesgos y daños, como conjunto de medidas que no pretenden necesariamente la abstinencia y articuladas a las medidas de prevención y tratamiento,⁵⁵² constituye un gran avance en materia de legislación, ya que supera la concepción de las personas usuarias de drogas como personas con problemas de adicción, reconociendo distintos tipos de usos de drogas, así como el derecho a la autonomía de las personas que no quieren abandonar el consumo, garantizando de manera integral su derecho a la salud.

⁵⁴³ *Ibidem*, título quinto.

⁵⁴⁴ *Ibidem*, artículo 3º, fracción IX.

⁵⁴⁵ *Ibidem*, artículos 1º, fracción I; y 8º fracción VI.

⁵⁴⁶ *Ibidem*, artículo 13.

⁵⁴⁷ *Ibidem*, artículos 8º, fracción XIII; 15, fracción II, inciso b; 28; 41; y 55, fracción VI.

⁵⁴⁸ *Ibidem*, artículo 8º, fracción XIV.

⁵⁴⁹ *Ibidem*, artículo 64, fracción III, inciso f.

⁵⁵⁰ *Ibidem*, artículo 58.

⁵⁵¹ *Ibidem*, artículo 25.

⁵⁵² *Ibidem*, artículo 3º, fracción XXV; y 27, fracción VIII.

Respecto a la obligación de promover, el instrumento reconoce el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna, veraz y apropiada, según su edad, género o identidad étnica, respecto a su estado de salud”.⁵⁵³ Se prevé asimismo, la investigación como parte del desarrollo y avance en los servicios y la atención, así como el desarrollo de investigaciones acerca del marco normativo en la materia en el ámbito internacional.⁵⁵⁴

La atención a grupos en situación de vulnerabilidad se encuentra establecida en el capítulo sobre la integración comunitaria que, entre sus diversos objetivos, menciona el fomento de programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento a grupos de alto riesgo y en condición de vulnerabilidad.⁵⁵⁵ Se contempla una serie de programas y acciones para atender a población en condiciones de pobreza; personas desempleadas; mujeres embarazadas; niñas, niños, adolescentes; jóvenes; personas con discapacidad; personas que viven y sobreviven en la calle y personas adultas mayores.⁵⁵⁶ En el caso de las niñas, los niños y las y los jóvenes, la protección que ofrece la ley es más amplia. En dicho sentido, se prohíbe la venta a personas menores de edad⁵⁵⁷ y se pretende trabajar con ellas desde los espacios públicos, estimulando estrategias a favor de la permanencia en el sistema educativo, apoyando proyectos desarrollados por ellas que redunden en el mejoramiento de sus condiciones de vida y promoviendo su creatividad y conocimientos.⁵⁵⁸

Finalmente, respecto de los principios transversales se observa que el derecho a la participación está reconocido y mencionado a lo largo de esta normatividad, señalando su importancia como factor de corresponsabilidad en la prevención y reducción del uso de sustancias psicoactivas para favorecer el libre desarrollo y ejercicio de los derechos.⁵⁵⁹ Asimismo, se prevén mecanismos para presentar quejas respecto de la prestación de los servicios –mas no como el ejercicio de un derecho– incluso en caso de los establecimientos especializados que presten servicios de atención residencial para el tratamiento y rehabilitación del uso de sustancias psicoactivas.⁵⁶⁰ No obstante, estos mecanismos no se especifican, ni tampoco las exigencias en materia de transparencia y rendición de cuentas, que son desarrolladas de forma muy limitada en esta normatividad.⁵⁶¹

⁵⁵³ *Ibidem*, artículo 5º, fracción iv.

⁵⁵⁴ *Ibidem*, artículo 64, fracción i, inciso c.

⁵⁵⁵ *Ibidem*, artículo 47, fracción iv.

⁵⁵⁶ *Ibidem*, artículo 47, fracción v.

⁵⁵⁷ *Ibidem*, artículo 10.

⁵⁵⁸ *Ibidem*, artículo 47, fracciones i-xix.

⁵⁵⁹ *Ibidem*, artículo 1º, fracción v. Véanse también artículos 1º, fracción ix, 3º, fracciones xviii y xix, 8º, fracción xv; 9º; 14, fracciones i y iii; 17, fracción iv; 24; 26; 32; 33; 47; 50, fracciones x y xii; 60; 64, fracción iv; y 84.

⁵⁶⁰ *Ibidem*, artículo 50, fracción xi.

⁵⁶¹ *Ibidem*, artículos 69, fracción vi; y 75.

Cuadro IV.6 Análisis de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal desde la perspectiva de derechos humanos

Dimensiones	Descripción del indicador	Evaluación			Justificación
	La política pública en el Distrito Federal contempla...	Sí, lo contempla de forma adecuada	Sí, lo contempla pero no es suficiente	No lo contempla	
Definiciones de sustancias, usos de drogas y personas usuarias	Una definición adecuada del término <i>drogas</i> .	X			La ley contempla una definición de drogas adecuada (LAICSP, artículo 3º, fracción XXVIII).
	Una distinción entre uso y dependencia.	X			La normatividad distingue entre uso y dependencia (LAICSP, artículo 3º, fracciones I, XX y XXI).
	A personas usuarias de drogas y no usa términos despectivos.		X		La ley refiere a personas con consumo de sustancias (LAICSP, artículo 3º, fracción XXI), pero sigue presente el término de adicciones en todo el cuerpo de la ley.
Reconocimiento del derecho a la salud de personas usuarias	El derecho a la salud de las personas usuarias de drogas.	X			La normatividad reconoce plenamente el derecho a la salud de las personas usuarias de drogas (LAICSP, artículos 1º, fracción IX; y 2º).
Principios transversales a la perspectiva de derechos humanos	Mecanismos para la participación de personas usuarias, organizaciones y personas expertas.	X			La participación social está reconocida y mencionada a lo largo de esta normatividad (LAICSP, artículos 1º, fracciones V y IX; 3º, fracciones XVIII y XIX; 8º, fracción XV; 9º; 14, fracciones I y III; 17, fracción IV; 24; 26; 32; 33; 47; 50, fracciones X y XII; 60; 64, fracción IV; y 84).
	Mecanismos para la exigibilidad del derecho a la salud por parte de personas usuarias, organizaciones y personas expertas.		X		La normatividad contempla mecanismos de quejas sobre la prestación de servicio, pero no como un proceso de exigibilidad de derechos (LSDF, artículo 11, fracción XI; y LAICSP, artículo 5º, fracción VII).
	Mecanismos de transparencia y rendición de cuentas respecto de las estrategias y medidas adoptadas.		X		La ley contempla las obligaciones de transparencia y rendición de cuentas, pero de manera limitada (LAICSP, artículos 69, fracción VI; 75; y 77, fracción XIV).
Obligaciones de respetar	La obligación del personal de salud de respetar los derechos humanos y buen trato hacia personas usuarias de drogas.	X			La normatividad obliga al personal de los servicios a brindar un trato conforme a los principios de derechos humanos (LAICSP, artículos 5º, fracciones II y III; 15, fracción II, inciso a; 37; 55, fracción II; y 58).
	El reconocimiento a la capacidad jurídica y la autonomía personal de las personas usuarias.		X		Se reconoce la capacidad jurídica y la autonomía de las y los usuarios, aunque se limite en caso de los inahables y de personas que “no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o personas que no tienen capacidad para resistirlo” (LAICSP, artículos 3º, fracciones IX y XXV; y 20).
	La obligación de obtener el consentimiento informado y la prohibición de tratamiento obligatorio.	X			El consentimiento informado se respeta en la normatividad local, aunque no se prohíben explícitamente los tratamientos forzados (LAICSP, artículos 5º, fracciones I y XI; 8º, fracción XIII; 15, fracción II, inciso b; 28; 41; 55, fracción VI; y 56).

Cuadro IV.6 Análisis de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal desde la perspectiva de derechos humanos (*continuación*)

Dimensiones	Descripción del indicador La política pública en el Distrito Federal contempla...	Evaluación			Justificación
		Sí, lo contempla de forma adecuada	Sí, lo contempla pero no es suficiente	No lo contempla	
Obligación de proteger	Mecanismos para vigilar y sancionar los establecimientos, bienes y servicios de instituciones privadas y sin fines de lucro en tema de drogas.	X			La normatividad atribuye al IAPA la función de fomentar, asesorar y vigilar los establecimientos privados y dar aviso en caso de incumplimiento o de no brindar un trato digno y de respeto a los derechos humanos (LAICSP, artículos 58-61 y 64, fracción III, inciso <i>f</i>).
	La adopción de medidas de protección en cuanto a la confidencialidad y el registro seguro de las personas usuarias.	X			La normatividad adopta medidas para la protección de los datos de las personas usuarias y garantizar la confidencialidad (LAICSP, artículos 5º, fracción v; 8º, fracción XIV; y 15, fracción II, inciso <i>e</i>).
Obligación de garantizar	La adopción de estrategias y/o plan de acción para el ejercicio del derecho a la salud de personas usuarias.	X			En la ley se prevé la adopción de un Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal (LAICSP, título segundo, artículos 11-21).
	Mecanismos para capacitar al personal de salud sobre el derecho a la salud de personas usuarias.		X		La ley atribuye funciones de formación y capacitación para los y las profesionales de los servicios de salud; no obstante, no considera la perspectiva de derechos humanos ni la discriminación en estas acciones (LAICSP, artículos 45; 60; y 64, fracción VI).
	Medidas especiales para grupos en situación de vulnerabilidad.	X			Establece la necesidad de adoptar medidas específicas para la atención de grupos en situación de vulnerabilidad (LAICSP, artículos 8º, fracciones V, VI y VII; 15, fracción I, inciso <i>b</i> ; 45; y 47, fracciones III y IV).
	Disposiciones adecuadas sobre prevención.	X			Las medidas de prevención están reconocidas de forma adecuada en la normatividad (LAICSP, artículos 1º, fracción VII; 8º, fracción II; 22-35; y 64, fracción II).
	Disposiciones adecuadas sobre tratamiento.	X			Las disposiciones sobre tratamiento están plenamente reconocidas en la ley (LAICSP, artículos 36-44; y 64, fracción III).
	Estrategias en materia de reducción de riesgos.	X			La normativa establece adecuadamente las estrategias de reducción de riesgos (LAICSP, artículos 27, fracción VII; y 34).
	Estrategias en materia de reducción de daños.	X			La ley establece la necesidad de estrategias de reducción del daño como parte de la atención y tratamiento (LAICSP, artículos 1º, fracción VIII; 3º, fracciones VIII y XXV; 27, fracción VIII; y 34).
Obligación de promover	La promoción de estudios e investigación científica sobre drogas.	X			La legislación establece disposiciones adecuadas para la promoción de la investigación en la materia (LAICSP, artículos 1º, fracción VIII; 15, fracción I, inciso <i>c</i> ; 17, fracción I; 60; 64; fracciones I, inciso <i>e</i> ; y v; 65, fracción IV; y 73, fracción III).
	La generación y difusión de información veraz y de fácil entendimiento sobre las drogas.	X			Suficientes disposiciones reconocen y establecen las medidas necesarias para generar información sobre drogas (LAICSP, artículo 5º, fracción IV; 10; 15, fracción II, inciso <i>d</i> ; 27; 31; 33; 48; 64, fracciones II, inciso <i>e</i> ; y v; y 65).

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la normatividad local.

2. Marco institucional y programas de gobierno

a) MAPEO DE INSTITUCIONES RESPONSABLES

Las normas y disposiciones jurídicas que establecen la política pública a nivel local tienen su sustento en la Ley General de Salud, que fija las competencias para los gobiernos de las entidades federativas para planear, organizar y desarrollar en sus circunscripciones territoriales sistemas de salud estatales.⁵⁶² En tal sentido, la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal atribuye a la Sedesa la competencia de despachar “las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud del Distrito Federal”,⁵⁶³ entre las que está poner en vigor las acciones necesarias para combatir la dependencia a las sustancias psicoactivas.⁵⁶⁴ La Ley de Salud del Distrito Federal es el marco normativo en el que se inscriben el diseño y la implementación de estrategias y acciones de prevención y atención, en particular la operación de unidades permanentes de atención o servicios para la atención médica y de rehabilitación para las personas con alguna dependencia, así como acciones de prevención.⁵⁶⁵

No obstante, la Ley de Atención Integral al Consumo de Sustancias Psicoactivas, que regula específicamente las acciones de política pública en materia de drogas, establece la creación de un organismo público descentralizado como instancia rectora en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, el IAPA en la ciudad de México.⁵⁶⁶ Entre sus atribuciones se encuentran las de proponer y mejorar las políticas públicas y el marco regulatorio existentes; prestar servicios de prevención, asesorar, vigilar y controlar los establecimientos especializados del sector público y privado; fomentar medidas para la integración comunitaria; realizar y promover la investigación; y desarrollar programas de capacitación técnica y profesional del personal que atiende a personas usuarias de drogas, entre otras.⁵⁶⁷

Como mecanismo de seguimiento al Programa general, la ley establece la instalación del Consejo Interdependencial,⁵⁶⁸ conformado por las secretarías de Salud, Seguridad Pública, Desarrollo Social, Finanzas, Cultura, Educación y Trabajo; la PGJDF; los institutos de la Juventud, Asistencia e Integración Social, Deporte, de las Mujeres, para la Atención y Prevención de las Adicciones; el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia; la Consejería Jurídica, las 16 delegaciones, la Jefatura de Gobierno y un representante de la ALDF.⁵⁶⁹ Las funciones del Consejo son garantizar la transversalidad y coordinación interinstitucional para el cumplimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción desarrolladas de manera anual. Ni la sociedad civil ni la academia están representadas en este Consejo, dejando fuera de los esfuerzos de seguimiento de las políticas de drogas a importantes sectores de la sociedad.

Al mismo tiempo, para dar cumplimiento al objetivo de la mencionada ley, las delegaciones quedan encargadas de desarrollar acciones en sus respectivas demarcaciones, en particular fomentar la parti-

⁵⁶² Ley General de Salud, artículo 13, fracciones B y C.

⁵⁶³ Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 1998; última reforma publicada el 27 de diciembre de 2010, artículo 29.

⁵⁶⁴ *Ibidem*, artículo 29, fracción iv.

⁵⁶⁵ Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 83.

⁵⁶⁶ Ley para la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, título quinto.

⁵⁶⁷ *Ibidem*, artículo 64.

⁵⁶⁸ *Ibidem*, artículo 18.

⁵⁶⁹ *Ibidem*, artículo 19.

cipación comunitaria,⁵⁷⁰ acciones de prevención,⁵⁷¹ la construcción de un centro de atención,⁵⁷² y la instalación de un Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas.⁵⁷³ Asimismo, al igual que todas las dependencias del Gobierno del Distrito Federal, deben asignar 10% de su presupuesto de Comunicación Social a campañas de prevención y detección oportuna, las cuales deberán ser diseñadas por el IAPA.⁵⁷⁴

b) PROGRAMAS Y ACCIONES DE GOBIERNO

El IAPA tiene entre sus atribuciones la elaboración del Programa general.⁵⁷⁵ En 2011 se dotó de un Programa Institucional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal y anualmente emite su Plan Anual de Trabajo⁵⁷⁶ que establece líneas prioritarias de acción en materia de políticas públicas relacionadas con el uso de drogas. No obstante, no se trata de un programa de carácter general, no implica la transversalidad de sus políticas en la administración local ni plantea la coordinación entre dependencias.

A finales de 2012, la Jefatura de Gobierno del Distrito Federal emitió los lineamientos para la instalación del Consejo Interdependencial como mecanismo de seguimiento del Programa Institucional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, al cual corresponde establecer los procesos para garantizar la transversalidad y coordinación para el cumplimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción prioritarias que se desarrollen de manera anual.⁵⁷⁷ En su respuesta a la solicitud de información, ni la Sedesa ni el IAPA mencionan a dicho Programa general, ni a las sesiones del Consejo Interdependencial. Cada dependencia reportó la implementación de estrategias y acciones conforme a sus respectivas competencias, pero de forma aislada. Lo anterior plantea un primer reto en materia de política pública: la generación de sinergias entre dependencias y, más aún, la definición e implementación de una estrategia común a la administración local, tal como se plantea en la normatividad de referencia. De lo contrario, se está frente a una serie de medidas aisladas y en cierta medida heterogéneas que no comparten principios rectores ni objetivos en común.

➤ Secretaría de Salud del Distrito Federal

En materia de prevención, la Sedesa⁵⁷⁸ reporta estrategias que, conforme a estándares internacionales, están orientadas en tres direcciones. Una es la prevención universal, dirigida a todo el público que busca prevenir, posponer y/o disminuir el uso de drogas. Por su parte, la prevención selectiva tiene la finalidad de prevenir el inicio de usos problemáticos; está orientada a un público en riesgo de iniciar con el uso de drogas o elevarlo, así como a maestros, padres de familia y autoridades que detecten riesgo en su población. Siendo las y los jóvenes un grupo en situación de particular vulnerabilidad frente al

⁵⁷⁰ *Ibidem*, artículo 9°.

⁵⁷¹ *Ibidem*, artículo 22.

⁵⁷² *Ibidem*, artículo 83.

⁵⁷³ *Ibidem*, artículo 21.

⁵⁷⁴ *Ibidem*, artículo 82.

⁵⁷⁵ *Ibidem*, artículos 11-21.

⁵⁷⁶ IAPA, *Plan Anual de Trabajo 2013*, México, IAPA, disponible en <<http://www.iapa.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/1656/Patinteriores.pdf>>, página consultada el 5 de septiembre de 2013.

⁵⁷⁷ Acuerdo por el que se emiten los lineamientos de operación del Consejo Interdependencial para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, Jefatura de Gobierno, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 22 de octubre de 2012.

⁵⁷⁸ Oficio DGPCS/0509/2013 del 2 de julio de 2013, firmado por Luis Ángel Vázquez Martínez, director general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

uso de drogas, las acciones desarrolladas por la Sedesa en materia de prevención selectiva se orientan principalmente hacia este grupo de población.

Finalmente, las intervenciones de prevención indicada van orientadas a personas usuarias que ya tienen un consumo sistemático de drogas y/o con un diagnóstico de dependencia. Cabe señalar que la Sedesa informa respecto de este tipo de prevención que “se propone a la abstinencia como máxima medida de reducción de daño”. En coincidencia con el Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal,⁵⁷⁹ ambos ordenamientos manejan una visión de la prevención y tratamiento para personas usuarias de drogas no conforme con el enfoque de derechos humanos, debido a que posicionan a la abstinencia como finalidad del tratamiento, mas no la autonomía y respeto de la capacidad jurídica de las personas usuarias, además de que no contemplan la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños.

Cuadro IV.7 Programas de prevención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Nivel de prevención	Objetivo	Población objetivo	Tipo de intervención
Prevención universal	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir, posponer y disminuir el uso de drogas. Incidir en factores de riesgo y promover la aparición de factores protectores del uso de sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> A todo público. 	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de material informativo. Difusión de información. Promoción de la salud. Habilidades para la vida. Concientización. Sensibilización.
Prevención selectiva	<ul style="list-style-type: none"> Evitar el inicio del consumo de drogas a partir del fortalecimiento de los factores de protección en los integrantes del subgrupo en alto riesgo (como autoestima, solución de problemas, etc.), para que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con personas que usan o abusan de las drogas). Prevenir el inicio de adicciones o consumos problemáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> A público en riesgo de consumo (especialmente jóvenes). A las y los usuarios en riesgo de elevar consumo (especialmente jóvenes). Maestros, padres de familia y autoridades que detecten riesgos en su población. 	<ul style="list-style-type: none"> Pláticas y talleres para alumnos (autoestima, resolución positiva del conflicto, resolución de problemas, plan de vida). Pláticas y talleres para las y los maestros. Orientación a familiares de personas usuarias. Orientación preventiva a familias. Evaluación y detección de riesgo a través del POSIT (tamizaje). Consejo breve.
Prevención indicada	<ul style="list-style-type: none"> Reducir posibles daños asociados al consumo. Evitar consumo abusivo y una probable adicción. Propender a la abstinencia como máxima medida de reducción del daño. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas usuarias que ya tienen consumo sistemático de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones breves de corte cognitivo-conductual.

Fuente: Elaboración propia con base en Oficio DGPCS/0509/2013, 2 de julio de 2013, firmado por Luis Ángel Vázquez Martínez, director general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

⁵⁷⁹ Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 262.

La atención de personas usuarias de drogas, en particular las personas con un uso problemático y/o dependencia, se proporciona a través de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, un organismo descentralizado sectorizado de la Sedesa⁵⁸⁰ que pone a disposición de las personas usuarias de sustancias psicoactivas a 32 unidades de Especialidad Médica, llamados centros de Atención Primaria a las Adicciones (Uneme-CAPA), repartidas en las 16 delegaciones. Estos centros ofrecen servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa para situaciones de dependencia.

En caso de que una persona usuaria de drogas sea diagnosticada con dependencia y/o se presente en un estado de intoxicación, es canalizada a una de las dos unidades de Atención Toxicológica, dependientes de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Sedesa. La Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza ofrece servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en psicología, tratamiento en adicciones, medicina legal, psiquiatría y estudios de laboratorio; la Unidad Toxicológica Xochimilco oferta, por su parte, servicios de urgencias para personas adultas, odontología, psicología y psiquiatría.

Cabe señalar que la cantidad de establecimientos públicos del Distrito Federal puestos a disposición de las personas usuarias contrasta con los del sector privado y social, que concentra 1 902 centros. Alrededor de 1 490 son grupos de ayuda mutua que operan bajo la modalidad de sesiones de hora y media, y 402 proporcionan servicios residenciales conforme a modelos de tratamiento de ayuda mutua, mixto y profesional.⁵⁸¹ A éstos habría que sumar también la oferta de servicios brindados por los 19 centros de Integración Juvenil en el Distrito Federal⁵⁸² que proporcionan un conjunto de servicios de prevención y atención.

⁵⁸⁰ Véase Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 31 de octubre de 2007.

⁵⁸¹ Oficio IAPA/DG/00449/2013 del 27 de junio de 2013, firmado por Rafael Camacho Solís, director general del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

⁵⁸² Centros de Integración Juvenil (CIJ) es una asociación civil incorporada al sector salud federal fundada en 1969 con el objetivo de atender el uso de drogas entre las y los jóvenes. Las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México. Cuenta con una red de 114 centros de prevención y tratamiento en México, de los cuales 19 se encuentran en el Distrito Federal. Para mayor información véase <<http://www.cij.gob.mx>>, página consultada el 14 de octubre de 2013.

Cuadro IV.8 Establecimientos, programas y servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Establecimientos y programas	Servicios proporcionados
32 unidades de Especialidad Médica/ Centro de Atención Primaria a las Adicciones (Uneme/CAPA)	<p>Intervención y detección temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería individual y familiar. • Intervenciones y tratamientos breves para alcoholismo, tabaquismo y uso de otras drogas. • Intervenciones familiares. • Grupos de ayuda mutua. • Prevención de recaídas y cuidados posteriores. <hr/> <p>Promoción y prevención de adicciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de riesgos e infraestructura comunitaria. • Capacitación, asesoría y apoyo a redes comunitarias y/o grupos preventivos. • Tamizaje y detección de personas vulnerables. • Tamizaje y detección de consumo experimental y abuso. • Orientación familiar sobre estilos positivos de crianza, solución pacífica de conflictos y sobre cultura de la legalidad y habilidades para la vida.
Dos unidades de Atención Toxicológica	<p>Unidad Venustiano Carranza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicología. • Tratamiento de adicciones. • Medicina legal. • Psiquiatría. • Laboratorio. <hr/> <p>Unidad Xochimilco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias de personas adultas. • Odontología. • Psicología. • Psiquiatría.

Fuente: Elaboración propia con base en Oficio DGPCS/0509/2013, *doc. cit.*

Según la información proporcionada por la Sedesa, en las 32 Uneme-CAPA se cuenta con una plantilla de 74 profesionales de la salud especializados en adicciones, dos psicólogos en cada unidad, personal de trabajo social y sólo una cuenta con médico.⁵⁸³ En el caso de las dos unidades de Atención Toxicológica, la Sedesa reporta una plantilla de personal especializado en medicina general y psiquiatría, personal de enfermería, administrativo y cirujano dentista, entre otros. Lo anterior demuestra un esfuerzo en la dotación de personal para las distintas áreas de especialidad que se ofrecen en estas unidades. No obstante, la capacidad instalada para la atención en los dos centros toxicológicos es de 23 camas censables y seis no censables, así como dotación escasa para atender a personas usuarias de drogas con cuadros de uso problemático en todo el Distrito Federal.

En este sentido se pronunció la CDHDF en la Recomendación 14/2008 con relación a la violación al derecho a la salud de las personas usuarias de drogas en la Unidad de Atención Toxicológica Venustiano Carranza.⁵⁸⁴ En ella se señalaba que en la fecha en que ocurrieron los hechos no se contaba con los recursos materiales, humanos y la infraestructura suficiente para operar como hospital de segundo nivel cuya misión es proporcionar atención médica de urgencias, hospitalización y consulta externa en toxicología y adicciones.⁵⁸⁵ De acuerdo con la Observación General núm. 14 del Comité DESC, la asignación insuficiente de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud, en particular por

⁵⁸³ Oficio DGPCS/0509/2013, *doc. cit.*

⁵⁸⁴ CDHDF, Recomendación 14/2008, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>.

⁵⁸⁵ *Ibidem*, párr. 5.2.1.1.1.

las personas en situación de vulnerabilidad, constituye una violación a una obligación internacional.⁵⁸⁶ Dentro de las recomendaciones, la CDHDF exhortó a la Sedesa garantizar “el abastecimiento formal y *de facto* del servicio de urgencias durante las 24 horas de los 365 días del año, con una capacidad mínima que le permita su cabal funcionamiento –personal médico y de enfermería suficiente, directivo y de trabajo social, equipo médico, medicamentos y servicio de laboratorio permanente”.⁵⁸⁷

El buen trato, el respeto a los derechos humanos y la no discriminación de las personas usuarias de drogas es otro principio rector que el personal debe observar en todas sus actuaciones. Cabe recordar que en la ENA 2008 se reconoce que la estigmatización es un factor que retrasa la búsqueda de atención médica.⁵⁸⁸ Sobre este punto, el instrumento recomendatorio mencionado refiere que las personas que usan drogas se encuentran en una situación de vulnerabilidad porque suelen ser víctimas de exclusión social e incluso de abandono, lo que se agrava si se trata de personas en condición de pobreza o que viven y sobreviven en la calle.⁵⁸⁹ Las estrategias y políticas públicas diseñadas no han sido suficientes ni oportunas para que se tutele debidamente el derecho a la salud de este sector de la población, y menos aún para proporcionar una atención integral a la población juvenil, un sector que se encuentra en una circunstancia particular de riesgo.⁵⁹⁰

Recomendación 14/2008

- Caso: fallecimiento de una persona perteneciente a poblaciones callejeras a causa de una obstrucción del acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, la insuficiencia de recursos en las instituciones que proporcionaron los citados servicios; y un atención médica deficiente. Adicionalmente, violación a la integridad personal de los familiares directos de la víctima.
- Autoridad responsable: Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Derechos humanos vulnerados: a la salud (de la persona agraviada) y a la integridad personal (de los familiares).
- Conclusiones: esta Recomendación evidenció la deficiencia de los servicios médicos que se ofrecen en los Centros Toxicológicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; así como la discriminación que enfrentan las personas usuarias de drogas que pertenecen a las poblaciones callejeras.

Con base en CDHDF, Recomendación 14/2008, disponible en <<http://www.cd hdf.org.mx>>.

➤ Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones

Como se menciona anteriormente, el IAPA estructura sus intervenciones a través de Plan Anual de Trabajo,⁵⁹¹ que establece las líneas prioritarias de acción de dicho instituto en materia de políticas públicas relacionadas con el uso de drogas. Dentro de ellas destacan acciones de investigación, formación, promoción y prevención, verificación y comunicación.

⁵⁸⁶ Comité DESC, Observación General núm. 14, párr. 52.

⁵⁸⁷ CDHDF, Recomendación 14/2008, *doc. cit.*, punto recomendatorio primero.

⁵⁸⁸ La Encuesta Nacional de Adicciones en su versión de 2008 es la única que incorporó reactivos para conocer la percepción social del problema de las drogas, señalando el estigma como obstáculo en el acceso a tratamiento. Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, *op. cit.*, p. 42.

⁵⁸⁹ CDHDF, Recomendación 14/2008, *doc. cit.*, párrs. 6.1 y 6.2.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, párrs. 6.2. y 6.4.

⁵⁹¹ IAPA, *op. cit.*

Cuadro IV.9 Programas y servicios del IAPA

Programas	Servicios proporcionados
Investigación y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Observatorio Especializado en Sustancias Psicoactivas en la Ciudad de México. • Evaluación y mejora continua de la calidad en el IAPA. • Centro de Documentación Digital en Adicciones (CDDA-IAPA). • Investigación científica en materia de adicciones en la ciudad de México. • Estudio de la neurobiología del consumo de sustancias psicoactivas mediante el uso del PET ciclotrón. • Red de investigadores. • Difusión de conocimiento científico especializado en adicciones.
Formación y capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización, formación y capacitación en materia de adicciones a servidores públicos, profesionales de la salud, establecimientos especializados en adicciones y organizaciones de la sociedad civil. • Por una juventud libre de adicciones: fortalecer la capacitación del personal docente y de apoyo del nivel de educación media superior con respecto al tema de habilidades para la vida, para elevar la calidad de la salud, el desarrollo humano y a reducir el uso y el abuso de sustancias psicoactivas de las y los jóvenes de la ciudad de México. • La escuela, factor protector de las y los adolescentes. • Capacitación y formación de servidores públicos sensibilizados en años anteriores. • Intercambio de ideas, conocimientos y experiencias para la prevención y atención integral de las adicciones en la ciudad de México. • Seguimiento y evaluación de los programas de capacitación.
Promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos escolares de educación secundaria del Distrito Federal. • Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos escolares de educación media superior del Distrito Federal. • Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos comunitarios del Distrito Federal. • Promoción de la salud y estilos de vida saludable en el Distrito Federal. • Prevención de las adicciones y promoción de la salud en población vulnerable del Distrito Federal.
Tratamiento y rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los servicios de las instituciones que ofrecen tratamiento y reinserción social. • Programa de prevención, tratamiento e integración social en centros de reclusión. • Innovación de programas y proyectos para atención de poblaciones vulnerables.
Verificación y diseño de políticas públicas integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación, monitoreo, registro y reconocimiento de centros. • Construcción de políticas públicas para la atención integral de las adicciones.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión social del IAPA.
Planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación, seguimiento y evaluación de las actividades del IAPA. • Transparencia, protección de datos personales y acceso a la información pública del IAPA.

Fuente: IAPA, *Plan Anual de Trabajo 2013*, op. cit.

En materia de promoción y prevención, los proyectos del Instituto son dirigidos a poblaciones objetivo en contextos escolares, en particular, en educación secundaria y media superior, así como en contextos comunitarios, a través del Iapabus, una unidad móvil que realiza actividades informativas con presencia en eventos masivos.

Cuadro IV.10 Programas y proyectos del IAPA

Programa	Proyecto	Modelo aplicado o formas de intervención
Prevención y promoción de la salud en adicciones a través de la sociedad civil	Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos escolares de educación secundaria del Distrito Federal.	En coordinación con la Dirección General de Escuelas Secundarias Técnicas se realizan actividades para la detección de riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas, mediante instrumentos aplicados a los estudiantes de secundaria; se realizan actividades que refuerzan factores de protección, promueven habilidades para la vida, estilos de vida saludable (actividades deportivas y artísticas) y detección temprana e intervención oportuna con docentes y padres de familia.
	Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos escolares de educación media superior del Distrito Federal.	Se fomentan espacios de expresión y participación juvenil en materia de prevención de adicciones y de promoción de la salud. Se promueve el trabajo de jóvenes para jóvenes, así como estilos de vida saludable y uso del tiempo libre con actividades culturales y artísticas.
	Prevención de las adicciones y promoción de la salud en población vulnerable del Distrito Federal.	Se da información sobre los daños producidos por el consumo de sustancias psicoactivas; se realizan actividades de sensibilización a través de actividades lúdicas y recreativas. De igual modo se trabaja con organizaciones de la sociedad civil en materia de prevención de adicciones con población vulnerable.
Programas preventivos institucionales	Prevención de las adicciones y promoción de la salud en contextos comunitarios del Distrito Federal.	El sistema de Prevención Selectiva Comunitaria Alas es un modelo de prevención que promueve estilos de vida saludable y habilidades para la vida mediante la formación de redes preventivas, comunitarias e institucionales que fortalecen factores de protección. Asimismo, asesora y promueve el intercambio de experiencias en materia de prevención con los Centros de Atención Integral de las Adicciones (CAIA) y las delegaciones políticas.
	Promoción de la salud y estilos de vida saludable en el Distrito Federal.	Las Jornadas de Prevención y Promoción de la Salud promueven habilidades para la vida y estilos de vida saludables, con la utilización de material educativo cuyo contenido está basado en evidencia científica. Asimismo se generan espacios de participación juvenil mediante actividades deportivas, promoviendo ambientes saludables en coordinación con las delegaciones políticas del Distrito Federal.
Iapabus	Atención a personas internadas en establecimientos especializados.	Se llevan a cabo actividades de diagnóstico, tratamiento, prevención, seguimiento, reinserción social, promoción de la salud para personas que tienen consumo problemático de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas que se encuentran internadas en establecimientos especializados, bajo un modelo médico-psicológico de atención a las adicciones. Se implementan valoraciones médicas, intervenciones breves, consejería, talleres psicoeducativos, aplicación de instrumentos psicométricos y de tamizaje, realización de pruebas rápidas para detección de VIH/sida y asesoría con los familiares de personas usuarias de sustancias psicoactivas.
	Prevención y canalización de personas usuarias en eventos masivos.	En aquellos eventos masivos a donde acude el Iapabus se realizan actividades informativas como distribución de materiales impresos, pláticas, talleres, así como detección temprana del consumo problemático de sustancias psicoactivas y canalización a centros de atención. De la misma forma se llevan a cabo asesorías personales a aquellas personas que soliciten información sobre adicciones para ellas o sus familiares.

Fuente: Oficio IAPA/DG/00449/2013 del 27 de junio de 2013, firmado por Rafael Camacho Solís, director general Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

En relación con programas de reducción de riesgos y daños, el IAPA reporta realizar, en conjunto con la Clínica de Especialidades Condesa, talleres psicoeducativos en los que se difunde información sobre uso de drogas y factores de riesgos enfocados principalmente a las prácticas sexuales y al uso compartido de jeringas.⁵⁹² Asimismo, el Plan Rector para la Atención Integral del Consumo de Inhalables en la Ciudad de México, que elabora un diagnóstico sobre la problemática del consumo de sustancias inhalables, desarrolla tres prioridades y objetivos particulares: la disminución del daño, la disminución de la oferta y la reducción de la demanda.⁵⁹³

El enfoque de reducción de riesgos y daños se encuentra presente en la estrategia desarrollada por el IAPA; sin embargo, no es asumido como eje rector de las distintas estrategias de prevención y atención sino más bien como un área aislada y destinada casi exclusivamente a personas con un uso problemático de drogas y dependencia a ellas. En este sentido, se debe realizar un esfuerzo para consolidar el marco de derechos humanos como enfoque integral que guíe el conjunto de programas y servicios para garantizar, proteger y promover los derechos de las personas usuarias de drogas.

El IAPA tiene entre sus proyectos de prevención y promoción de la salud, acciones dedicadas a *grupos vulnerables*. En particular, orienta sus esfuerzos en niños y niñas en situación de calle, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres que viven en reclusión, adolescentes en conflicto con la ley, mujeres embarazadas, población indígena, y “personas severamente adictas”.⁵⁹⁴ En su portal de internet se proporciona un diagnóstico escueto con respecto al impacto del uso de drogas entre estos grupos que no contempla cabalmente los distintos usos de drogas,⁵⁹⁵ lo que dificulta la definición de políticas públicas adecuadas y adaptadas a las realidades específicas y a los usos de drogas diferenciados.

Por otro lado, como parte de los programas de prevención y promoción de la salud, el IAPA ha elaborado una serie de cómics sobre el consumo de distintas drogas.⁵⁹⁶ A través de ilustraciones acompañadas de una historia, se narran las consecuencias del uso de drogas, dirigiendo un mensaje de prevención a la población objetivo. El contenido de uno de los cómics ha sido motivo de una queja presentada ante la CDHDF, para la cual este organismo autónomo solicitó un dictamen al Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (Copred), en particular respecto de los contenidos del cómic *Monos que previenen, monos que protegen. Marihuana por Frínk*.⁵⁹⁷

En su dictamen el Copred concluyó que, en el caso del mencionado material, el lenguaje, los contenidos e imágenes pueden ser mejorados y elaborados a partir de un enfoque de derechos humanos y no discriminación. También sugirió la revisión amplia y profunda sobre la línea editorial de la institución, consultando a personas expertas en materia de no discriminación, derechos humanos, género y grupos en situación de vulnerabilidad. Recomendó seguir con el modelo comunicativo de *historieta*, pero utilizando un lenguaje inclusivo, no sexista y no discriminatorio.

Asimismo, esta dependencia sugirió a la institución trabajar de manera más creativa para no basar sus ilustraciones en estereotipos o estigmas de las personas usuarias de drogas; así como sensibilizar en materia de derechos humanos, no discriminación y perspectiva de género a las áreas involucradas en la definición de contenidos de materiales de comunicación, educación y promoción.⁵⁹⁸

⁵⁹² Oficio IAPA/DG/00449/2013, *doc cit.*

⁵⁹³ IAPA, *Plan Rector para la Atención Integral del Consumo de Inhalables en la Ciudad de México*, México, IAPA, 2012, pp. 23-33.

⁵⁹⁴ IAPA, “Grupos vulnerables”, disponible en <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/poblaciones_vulnerables>, página consultada el 14 de octubre de 2013.

⁵⁹⁵ *Ibidem*, pp. 1 y 3.

⁵⁹⁶ Disponibles en <http://www.iapa.df.gob.mx/wb/iapad/materiales_de_difusion>.

⁵⁹⁷ Información que obra en el expediente de queja en resguardo de la CDHDF.

⁵⁹⁸ *Idem*.

Lo anterior se torna aún más urgente debido a que la normatividad de referencia en el Distrito Federal encomienda a dicho Instituto diseñar campañas de prevención y detección oportuna para ser implementadas en todas las delegaciones y dependencias del Gobierno del Distrito Federal que deben asignar 10% de su presupuesto de Comunicación Social para cumplir con esta obligación.⁵⁹⁹

De hecho, cabe señalar que en marzo de 2013 un diputado de la VI Legislatura de la ALDF presentó un punto de acuerdo exhortando al IAPA, las delegaciones y dependencias del Gobierno del Distrito Federal para que entreguen un informe del cumplimiento del artículo 82 relativo a la implementación de estas campañas.⁶⁰⁰ En julio de 2013 otros diputados solicitaron información respecto de los trabajos en materia de prevención realizados entre las y los niños, y jóvenes por parte de las 16 delegaciones y las secretarías de Salud, Educación y Seguridad Pública.⁶⁰¹

Finalmente, cabe señalar que, dentro de sus atribuciones, el IAPA es responsable de implementar y actualizar el registro de los establecimientos que proporcionen servicios de ayuda mutua y terapéuticos para personas usuarias de drogas; asesorar y vigilar la constitución de nuevos centros; y coadyuvar con la Sedesa y las autoridades sanitarias federales en la vigilancia y control de los establecimientos especializados en adicciones.⁶⁰² Desde su creación, el IAPA reporta la verificación de 81 centros en 2011, en 2012 realizó 170 verificaciones y tenía programadas 170 para 2013.⁶⁰³ Del total de verificaciones, 51 establecimientos cuentan con registro del IAPA y nueve tienen reconocimiento del Centro Nacional contra las Adicciones (Cenadic).⁶⁰⁴ Lo anterior pone en riesgo a las personas usuarias de estos servicios, en particular los servicios residenciales, por ser atendidas en instituciones que no necesariamente cumplen con los criterios de calidad establecidos para la materia, en particular la NOM-028-SSA2-2009 y la normatividad del Distrito Federal.⁶⁰⁵ Esta situación fue señalada en una queja presentada ante la CDHDF en 2012, en la cual la persona peticionaria señalaba una serie de irregularidades en torno al registro, verificación y supervisión de los establecimientos autorizados para el tratamiento de las adicciones. Dicha queja precisa que de los 1 858 establecimientos privados identificados por el IAPA, sólo 255 de ellos (12.1%) han sido verificados.

En las quejas investigadas por la CDHDF de enero de 2012 a julio de 2013, tres de ellas reportan presuntas violaciones a personas usuarias de drogas en centros privados de tratamiento. Dos fueron presentadas por oficio a partir de notas periodísticas publicadas en *El Universal*, en las que se narran los casos de 12 mujeres, tres de ellas menores de edad, que permanecían internadas en centros de rehabilitación con la finalidad de resolver problemas de dependencia a las drogas, y que fueron sometidas a trabajos forzados, golpes y castigos crueles, e incluso algunas de ellas a abuso sexual y violación. El punto en común con estas quejas es que una vez internadas, los centros no les dejaban tener contacto con sus familiares a quienes les negaban el acceso.

⁵⁹⁹ Ley para la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, artículo 82.

⁶⁰⁰ Diputado Marco Antonio Garda Ayala, del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, punto de acuerdo entregado en el salón de sesiones del recinto legislativo de Donceles el 21 de marzo de 2013.

⁶⁰¹ Diputados Jesús Sesma Suárez y Alberto Emiliano Cinta Martínez, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Verde Ecologista de México, punto de acuerdo entregado en el recinto de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal el 3 de julio de 2013.

⁶⁰² Oficio IAPA/DG/00449/2013, *doc. cit.*

⁶⁰³ *Idem.*

⁶⁰⁴ IAPA, *Plan Anual de Trabajo 2013*, *op. cit.*, p. 16.

⁶⁰⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009; y Ley para la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.

➤ Institutos y otras dependencias del Distrito Federal

La educación constituye un mecanismo fundamental para fortalecer la cultura de prevención respecto del uso de sustancias psicoactivas; así lo establece la Ley para la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.⁶⁰⁶ Dicha normatividad involucra a la Secretaría de Educación del Distrito Federal en este tipo de actividades; asimismo, lo hace el artículo 10, fracción xvii, de la Ley de Educación del Distrito Federal, que contempla la realización de actividades de prevención y combate al uso problemático de drogas, así como programas que privilegien la educación artística, cívica y físico-deportiva.⁶⁰⁷ Lo anterior responde a la perspectiva de la reducción de riesgos en la población escolar; no obstante, cabe señalar que esa disposición vincula una visión discriminatoria respecto de las drogas y de las personas usuarias, utilizando las expresiones *drogadicción* y otros *vicios*, y contemplando la necesidad de realizar un examen médico integral a las y los alumnos al inicio de cada periodo escolar, una práctica que puede implicar cierta injerencia en la vida personal de estas personas.

Concretamente, la Secretaría de Educación reportó⁶⁰⁸ la realización de programas en los diferentes niveles educativos tendientes a prevenir el uso de drogas, generando habilidades psicosociales que funcionan como un factor de protección para afrontar el problema del uso, en particular del uso problemático de sustancias psicoactivas en la población escolar. En este reporte se advierte que cada centro escolar cuenta con un reglamento interno propio en donde se prevé la responsabilidad de cada centro en la materia.

Cuadro IV.11 Programas de prevención de la Secretaría de Educación del Distrito Federal

Nivel educativo	Descripción del programa
Educación primaria	<ul style="list-style-type: none"> Se desarrolla el programa Escuela Segura en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal. En cada escuela se emprenden acciones para integrar un Diagnóstico de Seguridad Escolar que deriva en un plan de trabajo interinstitucional, donde participan la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría de Desarrollo Social. Se realizan acciones y campañas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas, a través de conferencias y talleres a la comunidad escolar.
Educación secundaria	<ul style="list-style-type: none"> Se implementa el programa Sendero Seguro donde se detecta y se ofrece tratamiento a las y los escolares a través de las orientadoras escolares y las trabajadoras sociales, quienes canalizan a las y los estudiantes a través de procedimientos protocolarios cuando requieren atención especializada o multidisciplinaria.
Educación media superior	<ul style="list-style-type: none"> A través del Manual de Seguridad Escolar se pretende evitar el consumo de drogas legales e ilegales, en un esfuerzo conjunto con la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional Deportiva, la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de Desarrollo Social, el DIF y la Secretaría de Educación Pública del Distrito Federal (Preparatoria La Fortaleza en Tepito). En uno de los centros de bachillerato se encuentran formulando un programa en colaboración con el Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones que consisten en la detección y prevención del consumo de drogas entre la población estudiantil.

Fuente: Elaboración propia con base en Oficio SEDU/DEAJ/298/2013 del 31 de mayo de 2013, firmado por Claudia Gómez Cruz, directora ejecutiva de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación del Distrito Federal.

⁶⁰⁶ Ley para la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, artículo 8º, fracción viii.

⁶⁰⁷ Ley de Educación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 8 de junio de 2000; última reforma publicada el 21 de junio de 2011.

⁶⁰⁸ Oficio SEDU/DEAJ/298/2013 del 31 de mayo de 2013, firmado por Claudia Gómez Cruz, directora ejecutiva de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación del Distrito Federal.

Como organismos encargados de elaborar y guiar las políticas para grupos específicos de población, en este caso niñas y niños, población escolar, jóvenes, mujeres y personas adultas mayores, los institutos son contemplados en la normatividad como miembros del Consejo Interdependencial. En la práctica dicha interdependencia no se opera. Los reportes entregados en el marco de la presente investigación dan cuenta de que cada instituto implementa acciones puntuales y aisladas, desarticuladas entre sí. En gran parte, sus respectivas actividades institucionales en materia de drogas se reducen a la detección y canalización a centros especializados que no necesariamente tendrán el conocimiento respecto de las necesidades de cada grupo en lo específico. Sin embargo, también se pueden destacar algunas buenas prácticas como la elaboración del *Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores de la ciudad de México*,⁶⁰⁹ herramienta importante para el diagnóstico de las necesidades específicas de este grupo de población.

Cuadro IV.12 Programas y servicios de los institutos del Distrito Federal

Dependencia	Servicios
Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal ⁶¹⁰	En 2012, se publicó el <i>Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores de la ciudad de México</i> ; no obstante, el IAAM-DF no reporta ninguna actividad institucional relacionada con personas adultas mayores usuarias de drogas.
Instituto de Asistencia e Integración Social (Iasis) ⁶¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • La misión del Iasis es coadyuvar en la asistencia e integración social de la población en situación de riesgo ante el uso de drogas o con un diagnóstico de dependencia a ellas. La finalidad de sus intervenciones es impedir, desalentar, disminuir y contener el uso de sustancias, ofreciendo actividades de prevención (talleres, cursos, pláticas en escuelas primarias y secundarias, jornadas comunitarias, atención vía telefónica y en las oficinas), canalización (a través de una red de derivación) y tratamiento (CAIS Torres de Potrero). • El Centro de Asistencia e Integración Social (CAIS) Torres de Potrero, también conocido como Unidad de Tratamiento Residencial para las Adicciones, brinda tratamiento multidisciplinario a personas usuarias de drogas con un modelo de atención mixto basado en el modelo Minnesota de atención para las adicciones. Cuenta con el registro por parte del IAPA y del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. En este centro se proporcionan servicios multidisciplinarios de psiquiatría, medicina, psicología, psicoterapia familiar, trabajo social, enfermería. Se implementa un programa terapéutico, con la posibilidad de alojamiento de 40 días, o a través de consulta externa si así lo decide la o el paciente. Este centro tiene capacidad para 40 personas.
Instituto de la Juventud del Distrito Federal ⁶¹²	El Programa Impulso Joven, a través de la Brigada de la Pura Fiesta y de la recién creada Brigada de Usos y Abusos, realizan actividades de prevención del uso de sustancias psicoactivas. Asimismo, se generó un directorio con información de los lugares donde pueden canalizar a las y los jóvenes que presentan un uso problemático y/o dependencia a las drogas. Se cuenta con una área de asesoría psicológica para canalizar casos que estén en riesgo o propensos a generar alguna adicción. Se realizan actividades en conjunto con el IAPA, los Centros de Integración Juvenil y las delegaciones.

⁶⁰⁹ IAPA, INPRF e IAAM-DF, *op. cit.*

⁶¹⁰ Oficio IAAM/DG/0428/2013 del 29 de mayo de 2013, firmado por Pedro Eduardo Valdés Corchado, coordinador de Geriátría del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores.

⁶¹¹ Oficio DGIASIS/682/13 del 6 de junio de 2013, firmado por Rubén Fuentes Rodríguez, director general del Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.

⁶¹² Oficio IJDF/DG/588/2013 del 17 de junio de 2013, firmado por María Fernanda Olvera Cabrera, directora general del Instituto de la Juventud del Distrito Federal.

Cuadro IV.12 Programas y servicios de los institutos del Distrito Federal (*continuación*)

Dependencia	Servicios
Instituto de las Mujeres del Distrito Federal ⁶¹³	<p>El Inmujeres-DF precisó que el uso de drogas no es una temática del campo de su especialización ni cuenta con un presupuesto asignado en materia de políticas para la prevención y atención del uso de drogas en mujeres. Por ello ha desarrollado vínculos interinstitucionales con dependencias del Gobierno del Distrito Federal y organizaciones civiles certificadas en el tema, para la canalización oportuna y eficiente de mujeres con problemas de uso de sustancias psicoactivas. Esta canalización se realiza a través del servicio de atención inicial o asesoría psicológica especializada que se brinda en las 16 unidades delegacionales del Inmujeres-DF.</p> <p>Otro espacio en donde se aborda la temática del uso de sustancias es en los grupos de psicoterapia breve para mujeres facilitados por psicólogas del Inmujeres-DF, en donde se reflexiona y se analizan las problemáticas de las mujeres como el uso de sustancias por ellas o sus familiares, así como las alternativas u opciones que se van a implementar en su caso.</p> <p>También en los grupos de mujeres y hombres jóvenes del Inmujeres-DF se aborda el tema de las adicciones pero desde la prevención, fomentando las habilidades para la vida y la resiliencia como factores protectores para la prevención de conductas de riesgo como el uso y abuso de sustancias. Además se brindan pláticas informativas sobre la relación de la violencia contra las mujeres que son consumidoras, desde una perspectiva de género y derechos humanos.</p> <p>Este instituto mantiene vínculos en particular con los Centros de Integración Juvenil, los Centros de Atención y Prevención de las Adicciones, el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala de la UNAM, el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Iasis.</p>
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal ⁶¹⁴	<p>Las visitas y sesiones de trabajo realizadas por las brigadas de educadores y educadoras permiten que la población que habita en diferentes puntos de encuentro de la ciudad sea atendida por el personal operativo del Programa Hijos e Hijas de la Ciudad, quienes realizan actividades lúdico-afectivas, educativas, deportivas, culturales, acompañamientos a diferentes instancias y de acceso a servicios de salud. Para la atención de las adicciones el Programa ha establecido convenios de colaboración con las fundaciones Casa Alianza-México, Renace y Renacimiento.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por las dependencias.

En relación con las personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal, la Subsecretaría de Gobierno del Distrito Federal reportó la existencia de programas de tratamiento para atender los problemas de uso y dependencia de sustancias psicoactivas en cada centro de reclusión.⁶¹⁵ En los reclusorios preventivos varoniles Oriente, Norte y Sur operan con base en el Modelo de comunidad terapéutica, con énfasis en cambios conductuales. En el Centro de Readaptación Social Varonil, el Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte y la Penitenciaría, estos programas están diseñados a partir del Modelo de la Fundación Oceánica, con la filosofía de trabajo de la asociación Alcohólicos Anónimos que presta mayor atención a la parte espiritual, buscando que los internos creen redes de apoyo con la familia que se puedan potencializar cuando estén en libertad. El Modelo Monte Fénix sustenta los programas puestos en marcha en los dos centros femeniles.⁶¹⁶

⁶¹³ Oficio DINMUJERESDEL/303/06-13 del 12 de junio de 2013, firmado por María Cruz Flores González, directora de Coordinación del Sistema de Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

⁶¹⁴ Oficio DIF-DF/DEAJ/732/13 del 25 de junio de 2013, firmado por Mónica Angélica Ávila Torres, directora ejecutiva de Asuntos Jurídicos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.

⁶¹⁵ Oficio SG/SSP/1620/2013, *doc. cit.*

⁶¹⁶ *Idem.* Véase también CDHDF, *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011, op. cit.*, pp. 131-132.

Cuadro IV.13 Programas de tratamiento en centros de reclusión del Distrito Federal

Centro de reclusión	Nombre del programa	Tipo de modelo	Capacidad
Reclusorio Preventivo Varonil Sur	Programa cambio de actitudes hacia el consumo de drogas	Modelo de comunidad terapéutica	216
Reclusorio Preventivo Varonil Oriente	Programa de intervención en conductas adictivas Casa nueva en el Oriente	Modelo de comunidad terapéutica	288
Reclusorio Preventivo Varonil Norte	Programa de Atención y Tratamiento contra las Adicciones	Modelo de comunidad terapéutica	80
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Oriente	Clínica Ambulatoria de Prevención y Tratamiento de las Adicciones	–	Variado (ambulatorio)
Centro de Ejecución de Sanciones Penales Varonil Norte	Clínica de Atención Integral para Internos Consumidores de Drogas	Clínicas residenciales, Modelo Minnesota (Fundación Oceánica)	28
Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla	Programa de Tratamiento Ambulatorio contra las Adicciones	Clínicas residenciales, Modelo Minnesota (Fundación Oceánica)	34
Penitenciaría del Distrito Federal	Clínica de Atención Integral para Internos Consumidores de Drogas	Clínicas residenciales, Modelo Minnesota (Fundación Oceánica)	50
Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla	Programa de Recuperación para Internas con Problemas de Adicción (PRIPA)	Modelo Fundación Monte Fénix	36
Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan	Programa de atención a conducta adictiva	Modelo Fundación Monte Fénix	10

Fuente: Oficio SG/SSP/1620/2013 del 7 de junio de 2013, firmado por Juan José García Ochoa, subsecretario de Gobierno del Distrito Federal.

En el *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011*, la CDHDF advirtió que estos esfuerzos eran limitados ante la falta de recursos humanos y materiales, así como de la capacidad reducida frente a la demanda.⁶¹⁷ En vista de la incidencia del uso de drogas entre la población penitenciaria, se recomendaba la generalización de estos programas a toda la población.⁶¹⁸ En las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013 nuevamente se denuncia la insuficiencia de la capacidad de los programas de rehabilitación.

⁶¹⁷ *Ibidem*, p. 132.

⁶¹⁸ *Idem*.

Denuncias sobre acceso a programas para el uso problemático de drogas en centros de reclusión del Distrito Federal

De las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013, 55 denuncias se relacionan con el acceso a la salud de personas privadas de la libertad y usuarias de drogas, en particular con el tratamiento para personas con dependencia.

Las personas usuarias de drogas con un uso problemático y/o dependencia enfrentan una serie de limitaciones para acceder a los programas de tratamiento. De acuerdo con las narraciones de hechos, en ocasiones las autoridades de los centros penitenciarios niegan las solicitudes de ingreso (tres quejas) argumentando la falta de cupo o la saturación en los programas de tratamiento. Pero aun de mayor gravedad resulta la falta de respuesta por parte de las autoridades penitenciarias, lo cual se reitera en 13 quejas.

Otras quejas frecuentes (siete) son la interrupción o suspensión de los tratamientos causados por la reubicación de dormitorio, el traslado a otro centro de reclusión o como castigo por mala conducta. Por otra parte, varias quejas (cuatro) aluden a la falta de efectividad de los programas y/o tratamientos de rehabilitación contra las adicciones, por ejemplo, aquellas en que las y los internos, al salir de su tratamiento, regresan a un ambiente en donde se dificulta la continuidad de su rehabilitación, es decir que regresan a un lugar donde se usan drogas cotidianamente.

También encontramos aquellos casos (una queja) en que los programas son utilizados por las y los internos para huir de problemas con otras personas internas.

Otros casos (16 quejas) evidencian una fuerte problemática de omisión y falta de atención especializada en los casos de depresión, incluyendo cinco casos relacionados con riesgos o intentos de suicidio de internos e internas por dependencia a las drogas, aun cuando familiares y las y los internos alertan a las autoridades sobre su estado anímico.

Con base en la revisión de las narraciones de hechos de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013.

➤ Delegaciones políticas

A partir de la información aportada por las delegaciones en el marco de esta investigación se identifica que todos los órganos políticos administrativos de la ciudad que facilitaron información⁶¹⁹ realizan acciones en materia de prevención para el consumo de sustancias. Las delegaciones que disponen de un Consejo Delegacional para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas⁶²⁰ son Benito Juárez, Coyoacán, Gustavo A. Madero, La Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Tláhuac, Tlalpan y Venustiano Carranza, en cumplimiento al mandato de la ley. Álvaro Obregón y Cuauhtémoc no facilitaron información al respecto.

⁶¹⁹ Oficio DAO/DGJ/LCPDH/12/2013 del 10 de junio de 2013, firmado por Natanael Luengas López, líder coordinador de proyectos en la delegación Álvaro Obregón; Oficio DGDS/363/13 del 13 de junio de 2013, firmado por Margarita María Martínez Fisher, directora general de Desarrollo Social de la delegación Benito Juárez; Oficio DGDS/DDCS/401/13 del 20 de junio de 2013, firmado por Rodrigo Méndez Arriaga, director de Desarrollo Comunitario y Salud de la delegación Coyoacán; Oficio DGDS/1124/2013 del 11 de julio de 2013, firmado por Édgar Doroteo García, director general de Desarrollo Social de la delegación Cuauhtémoc; Oficio DGAM/DGDS/DSMyES/SSM/822/2013 del 5 de agosto de 2013, firmado por Ignacio Jaime Bárcenas Trejo, subdirector de Servicios Médicos de la delegación Gustavo A. Madero; Oficio BD10-1.5./1220/2013 del 18 de julio de 2013, firmado por Dolores Hernández García, directora jurídica de la delegación La Magdalena Contreras; Oficio DGGyPC/DPG/0663/2013 del 1 de julio de 2013, firmado por Judith Minerva Vázquez Arreola, directora de Políticas de Gobierno de la delegación Miguel Hidalgo; Oficio DGGS/DSEAM/UDSP/2633/2013 del 9 de julio de 2013, firmado por Gandhi César Góngora Romero, director general de Desarrollo Social de la delegación Tláhuac; Oficio DGDS/1505/2013 del 24 de junio de 2013, firmado por Alberto Vanegas Arenas, director general de Desarrollo Social de la delegación Tlalpan; Oficio DGDS/285/2013 del 19 de junio de 2013, firmado por Jorge Frías Rivera, director general de Desarrollo Social de la delegación Venustiano Carranza.

⁶²⁰ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, artículo 21.

Con relación a la construcción de una unidad de atención, tratamiento y rehabilitación para el consumo de sustancias psicoactivas según lo ordenado en la ley,⁶²¹ solamente las delegaciones Álvaro Obregón, Cuauhtémoc y Tláhuac refieren tener el proyecto de construcción. En 2012, la ALDF llamó la atención sobre este punto al solicitar al IAPA, a los órganos políticos administrativos y a la Coordinación General de Modernización Administrativa de la Contraloría General del Distrito Federal que realicen diversas acciones en el marco de sus atribuciones y facultadas a efecto de impulsar los centros de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.⁶²² En lo específico, se recuerda que en el proceso de análisis y dictamen del Presupuesto de Egresos del Distrito Federal para el ejercicio fiscal 2012, la ALDF aprobó la asignación de un monto etiquetado de 800 000 pesos para la elaboración del Proyecto Ejecutivo de Construcción del Centro de Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de las delegaciones de Álvaro Obregón, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, La Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco.⁶²³ No obstante, ciertas delegaciones han hecho caso omiso de sus obligaciones en la materia, mientras que otras como Milpa Alta ya cuentan con la infraestructura para la operación de un Centro de Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en su demarcación.⁶²⁴

En este sentido, se solicita al IAPA que emita los lineamientos que regirán el funcionamiento de los Centros de Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas; y a los órganos políticos administrativos que entreguen un informe pormenorizado sobre el estado que guarda el proceso de planeación y construcción de sus respectivos centros, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Distrito Federal.⁶²⁵

Al respecto, las delegaciones Álvaro Obregón, Tláhuac, Tlalpan, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza reportan asignar parte de su presupuesto a actividades de prevención y/o atención del uso de drogas, aunque sólo estas tres últimas precisan que el monto total corresponde efectivamente a 10% del presupuesto de Comunicación Social que estipula la ley.⁶²⁶ En cambio, las delegaciones Benito Juárez, Coyoacán y La Magdalena Contreras no han fijado un monto para actividades de prevención.

⁶²¹ *Ibidem*, artículo 83.

⁶²² Proposición con punto de acuerdo de urgente y obvia resolución para solicitar al Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México; a los órganos políticos administrativos y a la Coordinación General de Modernización Administrativa de la Contraloría General del Distrito Federal realicen diversas acciones en el marco de sus atribuciones y facultadas a efecto de impulsar los centros de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, publicado en la *Gaceta Parlamentaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal* el 1 de agosto de 2012.

⁶²³ *Ibidem*, pp. 123-124.

⁶²⁴ *Ibidem*, p. 122.

⁶²⁵ *Ibidem*, p. 125.

⁶²⁶ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, artículo 82.

Cuadro IV.14 Programas y servicios en materia de uso de drogas proporcionados por las delegaciones políticas

Delegación	Servicios
Álvaro Obregón	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la aplicación de la ley en el ámbito de su competencia. • Rehabilitación y ampliación de la infraestructura social, cultural y deportiva, como factor de protección y de reconstrucción del tejido social. • Fortalecimiento y apoyo a proyectos culturales. • Desarrollo de programas dirigidos a la atención de población vulnerable y en riesgo, tales como mujeres, jóvenes, personas adultas mayores, personas con discapacidad. • Seguimiento a la construcción del Centro de Atención Integral de las Adicciones en el que se llevarán a cabo acciones de prevención y atención ambulatoria a la población en general, en especial, a jóvenes en áreas de psicología, trabajo social y salud integral.
Benito Juárez	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación del Consejo Delegacional para la atención integral de consumo de sustancias psicoactivas. • Organización de talleres y pláticas en materia de prevención de adicciones en escuelas por la Dirección de Prevención del Delito de la delegación. • Canalización de jóvenes con problemas de adicciones a centros de tratamiento y rehabilitación. • Adicionalmente se brinda terapia individual, se realizan actividades deportivas y ocupacionales, y se orienta a través de talleres sobre el impacto del consumo de sustancias tóxicas en el organismo.
Coyoacán	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la violencia intrafamiliar en delegaciones (pláticas informativas sobre prevención de la violencia y adicciones). • Servicios delegacionales de rehabilitación a personas con adicciones.
Cuauhtémoc	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención, detección temprana y referencia oportuna para recibir tratamiento especializado.
Gustavo A. Madero	<ul style="list-style-type: none"> • Reinstalación del Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en diciembre de 2012. • Construcción del Centro de Atención Integral de Adicciones, próximo a inaugurarse. • Realización de la campaña permanente Cero Venta de Inhalantes a Menores.
La Magdalena Contreras	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones ordinarias trimestrales del Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas. • Realización de actividades de prevención en las comunidades vulnerables como son escuelas primarias y secundarias. • Canalización a los grupos familiares Al-anon, a los centros de atención 24 horas AA y a grupos tradicionales para la atención residencial o no residencial de las personas con problemas de alcoholismo y drogadicción.
Miguel Hidalgo	<p>La delegación no cuenta con un programa específico en materia de uso de drogas; no obstante, dentro de la agenda delegacional existen actividades relacionadas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Juventud Saludable, a través del cual se imparten pláticas en materia de adicciones en escuelas secundarias públicas, así como información sobre los riesgos del consumo. • Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, a través del cual se han creado lazos de colaboración entre delegaciones y el IAPA; se pretende elaborar un plan de trabajo en la materia. • Difusión a través de pláticas preventivas y volantes informativos sobre instituciones especializadas. • Canalización de personas con uso problemático a instituciones especializadas.
Tláhuac	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del programa Semana en tu coordinación, en las 12 coordinaciones territoriales de la delegación, ofreciendo atención directa en materia de servicios y seguridad pública. • Realización de la Jornada de Salud Integral en la que participan varias instituciones sumando esfuerzos y ofreciendo diferentes servicios a la población con la finalidad de crear conciencia entre las y los habitantes sobre la importancia de la prevención para mejorar la calidad de vida.

Cuadro IV.14 Programas y servicios en materia de uso de drogas proporcionados por las delegaciones políticas (*continuación*)

Delegación	Servicios
Tlalpan	<p>Reinstalación del Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas y coordinación de las diferentes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jornadas semanales de salud con temática de prevención de adicciones y promoción de estilos de vida saludable (uso del condón, prueba de VIH/sida, información especializada). • Programa para acreditar los espacios delegacionales libres de humo de tabaco. • Reapertura de las casas de salud de la demarcación, con el objetivo de convertirlas en Centros de Promoción y Educación para la Salud e implementar un Modelo de Prevención de Adicciones y Promoción de la Salud desde una estrategia de participación comunitaria con énfasis en la atención de las y los adolescentes, abordar las cuestiones de género y los derechos humanos. • Acercamiento a la comunidad escolar (primarias, secundarias, preparatorias) con el fin de construir la estrategia delegacional para la implementación del Programa de Prevención Universal, Selectiva e Indicada en las escuelas de la demarcación. • Atención y servicios de salud, información, canalización y escucha psicológica. • Diseño de un protocolo para establecer un programa de certificación de los centros y del personal que opera u oferta sus servicios de rehabilitación en la delegación Tlalpan.
Venustiano Carranza	<ul style="list-style-type: none"> • A través del Consejo Delegacional se realizan pláticas y talleres a toda la población escolar de la demarcación (Cendis, primarias, secundarias y nivel medio superior), que incluyen a los padres de familia. Asimismo se cuenta con dos grupos de autoayuda. Se trabaja de manera conjunta con establecimientos e instituciones que proporcionan atención a personas con problemas de adicciones, las que participan en el Consejo Delegacional.

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por las dependencias.

➤ Consideraciones finales sobre los programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento

El análisis de políticas públicas en materia prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento demuestra que, a pesar del esfuerzo de las distintas dependencias, institutos y delegaciones involucradas, las políticas, programas y medidas existentes resultan dispersas y no están regidas bajo un marco estratégico común ni desde la perspectiva de los derechos humanos. Por ende, queda subyacente una concepción asistencialista de las personas usuarias como meros beneficiarios de servicios y no como sujetos plenos de derecho. Las medidas de prevención y atención no se enmarcan en un único proyecto de trabajo, lo que redundará en una duplicidad de esfuerzos y una diversidad de enfoques. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de impulsar una Programa general, tal como lo estipula la normatividad local,⁶²⁷ que logre la coordinación entre los distintos organismos encargados bajo un marco estratégico común que permita alcanzar los objetivos marcados por la ley.

Finalmente, cabe hacer una reflexión final respecto de los principios transversales de derechos humanos. En la información proporcionada por las autoridades en el marco de la presente investigación no se reporta ningún mecanismo institucionalizado para promover la participación de las personas usuarias y/u osc especializadas en la toma de decisiones respecto de la política del Gobierno del Distrito Federal de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamientos relacionados con el uso de drogas.

⁶²⁷ *Ibidem*, artículos 11-21.

Asimismo, los recursos de denuncia son principalmente buzones de quejas que se colocan en las oficinas centrales o centros de atención, y no se especifica el procedimiento para dar seguimiento y resolver los asuntos que en ellas se plasmán. Tampoco se recibió información sobre los asuntos que se tratan en estas quejas. El puntual envío de información para la elaboración del presente Informe especial se puede considerar como un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas; no obstante, no hay señal en la información reportada de un ejercicio similar hacia la sociedad en su conjunto y menos hacia las personas usuarias.

Los desafíos aún son más grandes cuando se considera que sólo una pequeña proporción de las personas usuarias con un uso problemático acude a tratamiento. En la ENA en 2008 se estimaba este porcentaje en 16.1%.⁶²⁸ En 2011 se reportaba que entre la población de 12 a 65 años usuaria de drogas en el último año apenas 9.4% había recibido tratamiento en ese periodo (10.3% de hombres y 6.1% de mujeres), y que 18.4% de las personas que en el último año tenían un diagnóstico de dependencia a las drogas había asistido a tratamiento (19.8% de hombres y 8.9% de mujeres). De estos últimos, un poco más de un tercio (35%) ha recibido tratamiento completo o parcial con algún profesionista (22.1%) o asistido a grupos de autoayuda o ayuda mutua (14.9 por ciento).⁶²⁹

Acerca del conocimiento sobre centros de tratamiento, tres de cada cuatro personas entrevistadas en el marco del levantamiento de la EUDI señalaron conocer algún tipo de establecimiento (74.5%); sin embargo, menos de la mitad de éstas considera que funcionan (34.4%).⁶³⁰ Al preguntarles qué derechos o servicios habrían de mejorar, 47.9% mencionó el acceso a servicios que ofrece el Estado como la información sobre drogas, la seguridad y la protección de las personas usuarias, los tratamientos, servicios médicos y psicológicos, entre otros; 35.1% consideró cambios a la legislación, por ejemplo, para contar con proveedores seguros y espacios de consumo; y 14.4% mencionó cambios en la representación social sobre las personas usuarias, es decir, el respeto a los derechos y la no discriminación de las personas que hacen uso de drogas.⁶³¹

Cuadro IV.15 Análisis de los programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento en el Distrito Federal, desde la perspectiva de los derechos humanos

Dimensiones	Descripción del indicador La política pública en el Distrito Federal contempla...	Evaluación			Justificación
		Sí, lo contempla de forma adecuada	Sí, lo contempla pero no es suficiente	No lo contempla	
Definiciones de sustancias, uso de drogas	La definición de drogas de la OMS (autoadministración de sustancias).	X			Los documentos de política pública manejan una definición adecuada de las drogas.
y personas usuarias en la normatividad	La existencia de distintos usos de drogas, haciendo diferencia entre consumo problemático (dependencia) y no problemático.	X			Las estrategias contemplan los distintos usos de drogas.
	A personas usuarias de drogas (no se usan términos despectivos como <i>enfermos, adictos, drogadictos</i> , etcétera).		X		La utilización de la palabra <i>adicciones</i> en los programas y servicios dirigidos a las personas usuarias de drogas se basa en una concepción que no se encuentra apegada a los estándares internacionales especializados en la materia.

⁶²⁸ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, op. cit., p. 52.

⁶²⁹ Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, op. cit., p. 53.

⁶³⁰ Cupihd, op. cit., p. 18.

⁶³¹ *Ibidem*, p. 21.

Cuadro IV.15 Análisis de los programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento en el Distrito Federal, desde la perspectiva de los derechos humanos (*continuación*)

Dimensiones	Descripción del indicador	Evaluación		Justificación	
	La política pública en el Distrito Federal contempla...	Sí, lo contempla de forma adecuada	Sí, lo contempla pero no es suficiente No lo contempla		
Reconocimiento del derecho a la salud de personas usuarias	El derecho a la salud de las personas usuarias de drogas.		X	Los programas y servicios siguen teniendo un enfoque asistencialistas; no se conciben como la satisfacción de un derecho.	
La política pública en el Distrito Federal implementa...					
Principios transversales de la perspectiva de derechos humanos	Mecanismos para la participación de las personas usuarias y/u organizaciones y personas expertas.			X	No se reportaron mecanismos para que las personas usuarias de drogas y OSC sean partícipes en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de los programas y servicios implementados.
	Mecanismos para la exigibilidad del derecho a la salud por parte de las personas usuarias y/u organizaciones y personas expertas.		X		Se han implementado mecanismos de quejas y sugerencias orientados a la satisfacción del servicio, mas no la exigibilidad del derecho a la salud.
	Mecanismos de transparencia y rendición de cuentas respecto de las estrategias y medidas adoptadas.			X	La información facilitada no reporta ejercicios de rendición de cuentas hacia las y los usuarios y la sociedad en general.
Obligaciones de respetar	La obligación del personal de salud de respetar los derechos humanos y de dar buen trato a personas usuarias de droga.		X		Las políticas públicas para personas usuarias de drogas disponen de líneas para la formación y la capacitación de los profesionales de la salud y servidores públicos. No obstante, el corte asistencialista de las políticas demuestra que aún no permea un enfoque de derechos humanos.
	La obligación de obtener el consentimiento informado y la prohibición de tratamiento forzoso.			X	No se observan mecanismos para garantizar el consentimiento informado en los programas y medidas implementados por las distintas dependencias ni por los centros privados. Al contrario, existen quejas investigadas por la CDHDF que denuncian lo contrario.
	El reconocimiento de la capacidad jurídica y la autonomía personal de las personas usuarias.		X		Las personas usuarias de drogas no se conciben como personas autónomas con capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo y el ejercicio del derecho a la salud. Algunas dependencias incluyen como finalidad de sus acciones la abstinencia en el consumo.
Obligación de proteger	Mecanismos para vigilar y sancionar los establecimientos, bienes y servicios de instituciones privadas y sin fines de lucro en temas de droga.		X		No se ha realizado la verificación ni el registro de la totalidad de los establecimientos que operan en el Distrito Federal.
	La adopción de medidas de protección en cuanto a la confidencialidad y el registro seguro de las personas usuarias.			X	Se han reportado acciones en este sentido.

Cuadro IV.15 Análisis de los programas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento en el Distrito Federal, desde la perspectiva de los derechos humanos (*continuación*)

Dimensiones	Descripción del indicador La política pública en el Distrito Federal implementa...	Respuesta			Justificación
		Sí, lo contempla de forma adecuada	Sí, lo contempla pero no es suficiente	No lo contempla	
Obligación de garantizar	La adopción de estrategias y/o plan de acción para el ejercicio del derecho a la salud de las personas usuarias.			X	Aún no se ha diseñado ni implementado el Programa general. Las dependencias implementan sus planes operativos anuales.
	Mecanismos para capacitar al personal de salud sobre el derecho a la salud de las personas usuarias y la no discriminación.		X		Existen mecanismos para capacitar al personal de salud en materia de drogas pero ninguno de los programas refiere acciones para combatir la discriminación hacia las personas usuarias.
	Medidas especiales para grupos en situación de vulnerabilidad.		X		Las medidas para grupos en situación de vulnerabilidad no distinguen entre los diferentes usos de drogas existentes ni las distintas necesidades y acciones a realizar.
	Disposiciones adecuadas sobre prevención.		X		Las políticas en materia de prevención no se enmarcan en un enfoque que garantice la no discriminación y los derechos humanos de las personas usuarias de drogas.
	Disposiciones adecuadas sobre tratamiento.		X		Las medidas de tratamiento son insuficientes en la oferta pública para el total de la población usuaria de drogas.
	Estrategias en materia de reducción de riesgos.		X		Las estrategias de reducción de riesgos se consideran en el marco de la prevención pero no como medidas específicas para la atención de personas usuarias que no quieren dejar de consumir.
	Estrategias en materia de reducción de daños.		X		Las políticas de reducción de daños son muy limitadas en toda la oferta de atención del sector público.
	Medidas para garantizar el derecho a la información.		X		El derecho a la información no está plenamente garantizado debido a que la información elaborada en el marco de los programas y servicios no se apega al enfoque de derechos humanos y no discriminación.
Obligación de promover	La realización de estudios sobre la problemática de las drogas.		X		No existen estudios e investigaciones suficientes en materia de drogas.
	La generación de información veraz y de fácil entendimiento sobre las drogas.		X		La información generada no está enmarcada en los derechos humanos y la no discriminación de las personas usuarias de drogas.
	Mecanismos para difundir información a la población en general sobre drogas, el derecho de las personas usuarias y la no discriminación.		X		La información generada no está enmarcada en los derechos humanos y la no discriminación de las personas usuarias de drogas.

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de la política local.

V. Consideraciones finales



Fotografía: Antonio Vázquez Hernández.

La *guerra contra las drogas* lanzada en México en la década pasada tuvo consecuencias diversas respecto del ejercicio de los derechos humanos. Por un lado, intensificó el clima de violencia e inseguridad en el país, así como situaciones de abuso de poder en el marco de las investigaciones vinculadas con el combate al tráfico de drogas. En un segundo plano no menos preocupante, las reformas legislativas que dieron vida a la nueva estrategia nacional de combate a los delitos contra la salud incluyeron una serie de modificaciones que impactaron en los derechos humanos de las personas usuarias.

Si bien la descriminalización de la posesión de cierta cantidad de drogas para consumo personal constituyó un paso simbólico hacia el ejercicio de la libertad y autonomía personal de las y los usuarios, este avance quedó muy limitado toda vez que estableció umbrales de consumo muy estrictos y poco realistas que en la práctica no permiten proteger los derechos de las personas usuarias. Al contrario, esta normatividad tiende a criminalizar a las y los usuarios a través de disposiciones que implican la aplicación de penas de privación de la libertad para cualquier persona que posea una cantidad de drogas superior a la establecida en la ley, incluso si la autoridad no ha podido comprobar la finalidad de comercio o suministro. De hecho, la estadística oficial del Tribunal Superior de Justicia revela que la gran mayoría de las personas sentenciadas por delitos contra la salud en el Distrito Federal lo fueron bajo este supuesto, entre la cual seguramente se encontraba un número importante de personas usuarias.

El marco restrictivo establecido en la legislación mexicana que retoma el enfoque punitivo de las convenciones internacionales de fiscalización de drogas entra en contradicción con la perspectiva de un sistema penal de orientación democrática que establece que el uso del derecho penal debe aplicarse de forma subsidiaria y en última instancia. Al contrario, la aplicación de sanciones penales a personas usuarias de drogas parte de la premisa de que el uso de drogas es una práctica *per se* punible por el Estado; y que las personas usuarias deben ser castigadas y su autonomía y libertad personales limitadas en pro de la salud pública. Esta injerencia en la vida privada de las personas representa una medida desmesurada, más aún cuando existen evidencias a nivel mundial que comprueban que las estrategias de fiscalización han fracasado con su propósito inicial de reducir la oferta y demanda de drogas y de acercar la atención especializada a las personas involucradas en un uso problemático de sustancias; y que por el contrario, suelen exacerbar la violencia social.

Aunado a lo anterior, al convertir el uso de drogas en una conducta delictiva, y tratada a la par de las actividades de narcomenudeo e incluso de delincuencia organizada, la normatividad mexicana, al igual que las convenciones internacionales de fiscalización, tienden a reforzar e institucionalizar las percepciones y estereotipos negativos y prejuicios hacia este grupo de personas. A su vez, colocan a las y los usuarios en una situación de particular vulnerabilidad, lo que incrementa los riesgos de que sean víctimas de abusos y violaciones a sus derechos humanos.

Las quejas investigadas y recomendaciones emitidas por la CDHDF demuestran claramente esa vulnerabilidad, dejando evidencias de prácticas policiales abusivas entre las que destacan detenciones arbitrarias, intimidaciones y extorsiones, incluyendo la práctica conocida como *siembra* de drogas, de las que son víctimas con frecuencia las personas usuarias de drogas. Existen varios ejemplos de situaciones en que el combate al uso de drogas es utilizado por la autoridad para justificar medidas desproporcionadas y que suelen resultar en violaciones graves a los derechos humanos, en particular de personas jóvenes, poblaciones callejeras y personas privadas de la libertad.

La estrategia de penalización del consumo junto con la prevalencia de concepciones estereotipadas y estigmatizadoras sobre las personas usuarias han impedido el desarrollo de políticas públicas y leyes, y de una actuación de los agentes del Estado que permita plantear las intervenciones del gobierno desde las necesidades específicas de las personas usuarias de drogas de manera apropiada e integral. El enfoque punitivo también tiende a disuadir a las personas usuarias con un uso problemático para que acudan,

en caso de requerirlo, a recibir una atención especializada debido a que temen ser discriminadas por el personal o denunciadas a las autoridades judiciales.

Las personas se relacionan de forma muy diversa con las drogas, habiendo una gran diversidad de patrones de uso según el tipo de drogas, la cantidad consumida, la periodicidad del uso o los lugares donde se consume, entre otros factores. Aunque no todos los usos conllevan necesariamente a un problema de salud o a la dependencia, el uso de droga representa ciertos riesgos. Asimismo, las personas que presentan un uso problemático o dependencia a ellas deben poder acceder a la atención especializada y, de quererlo, a tratamiento. Para ello se necesita la generación de información oportuna y veraz sobre las distintas drogas, los distintos usos y efectos que tienen y las políticas de reducción de riesgos y daños adaptadas a las distintas situaciones de usos y dependencia y que resultan del beneficio tanto de las y los usuarios como de la sociedad en general.

En el Distrito Federal se ha avanzado para crear un marco de protección a los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, en particular con la promulgación de una ley sobre el consumo de sustancias psicoactivas; no obstante, aún no se ha traducido en el diseño e implementación de políticas públicas, pues éstas siguen siendo concebidas desde una perspectiva asistencial más que desde el ejercicio de derechos. Muestra de ello es la falta de empoderamiento de las personas usuarias y la inexistencia de mecanismos para garantizar su participación y la de la sociedad en general en los procesos de toma de decisiones para definir y evaluar las prioridades y estrategias.

El enfoque de reducción de riesgos y daños no es asumido como un eje rector de las distintas estrategias y acciones ni tampoco el respeto a la autonomía de las personas en particular para decidir seguir consumiendo. Incluso las dependencias involucradas en la política de prevención y atención manejan y reproducen ciertos estigmas acerca del uso de drogas y de las personas usuarias. En tal sentido queda pendiente la aplicación de un programa general que logre articular cabalmente las iniciativas puntuales desarrolladas por las dependencias, institutos y delegaciones; vigilar las opciones de tratamiento que ofrece el sector privado, y garantizar que todas las estrategias y programas compartan el mismo marco conceptual de intervención basado en el respeto a la autonomía de las personas y a sus derechos humanos.

En los últimos años varios países de la región y en otras partes del mundo han desarrollado modelos regulatorios alternativos que buscan reducir o eliminar las sanciones de carácter penal y de privación de la libertad en el caso de la posesión y/o cultivo de drogas para uso personal, los que se presentan como opciones viables para reducir ciertos riesgos asociados al uso de drogas. Lo anterior es un paso imprescindible para que el Estado mexicano pueda cumplir debidamente su obligación de garantizar los derechos humanos de las personas usuarias.

Si bien el Distrito Federal no tiene las competencias para modificar las disposiciones que tipifican los delitos contra la salud, la autoridad local sí tiene la responsabilidad de impulsar y fomentar la discusión, tanto a nivel local como nacional, así como de diseñar e implementar en su jurisdicción prácticas e intervenciones novedosas, respetuosas de la autonomía de las personas y de su dignidad; lo anterior no sólo será en beneficio de las personas usuarias de drogas sino de toda la sociedad.

VI. Propuestas



Fotografia: Maru Lucero.

A. Cambio de paradigma

El relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud recomienda un cambio de paradigma hacia la adopción de un enfoque de fiscalización de drogas basado en los derechos humanos que permita la formulación de una estrategia reguladora de las sustancias que crean dependencia orientada a proteger a las y los usuarios al tiempo que se reduzcan al máximo los riesgos y daños asociados a las drogas.⁶³² Se recomiendan en particular dos ejes de acción: la generalización de intervenciones tendientes a reducir los riesgos y daños causados por el uso de drogas, y la destipificación del uso para consumo personal.

Para ello, se insta a:

1. Fomentar y participar activamente en las reuniones, foros y otros espacios de discusión y toma de decisiones en los organismos multilaterales para fomentar una revisión de las disposiciones respecto del consumo, posesión y cultivo de drogas para uso personal; en las convenciones internacionales de fiscalización de drogas y en la transversalización de las perspectiva de derechos humanos en el conjunto del sistema de fiscalización.
2. Preparar la reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016 en la que se acordó revisar el enfoque mundial para combatir el tráfico y uso problemático de drogas en el mundo,⁶³³ en particular acumular datos, fomentar estudios e investigación, e identificar propuestas.
3. Promover un debate legislativo a nivel federal, garantizado la participación amplia y efectiva de la sociedad civil con el fin de revisar las disposiciones concernientes al consumo, posesión y cultivo de drogas para uso personal, y garantizar que cumplan con las normas de derechos humanos y las obligaciones del Estado en la materia. En particular, proponer la modificación a las cantidades restrictivas contempladas en la Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato y reflexionar sobre los límites al esquema de regulación en relación con las nuevas sustancias sintéticas de rápido desarrollo.
4. Planear e implementar políticas públicas de manera coordinada entre los distintos niveles y órdenes de gobierno que permitan abordar el fenómeno de las drogas de manera multifactorial desde las políticas de salud, desarrollo, asistencia social y procuración e impartición de justicia para desalentar el uso problemático de drogas.
5. Generar protocolos para la integración y participación de las personas usuarias de drogas, personas expertas y OSC en el diseño e implementación de las políticas de drogas respetuosas de los derechos humanos.

B. Seguridad pública y acceso a la justicia

Resulta fundamental que las autoridades protejan a las personas usuarias de drogas contra el uso excesivo de la fuerza en la aplicación de la ley, incluyendo la aplicación de la normativa relacionada con las drogas. El Estado democrático de derecho está sujeto a una serie de limitaciones en cuanto al ejercicio del poder punitivo, en particular su intervención no puede vulnerar la dignidad y seguridad de las per-

⁶³² ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud*, doc. cit., párrs. 48-49 y 73-75.

⁶³³ ONU-AG, Resolución A/RES/67/193 sobre cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas, adoptada el 20 de diciembre de 2012.

sonas bajo su jurisdicción. Las siguientes medidas buscan reorientar las acciones de las autoridades de seguridad pública y de procuración e impartición de justicia con el fin de contrarrestar las causas que motivan las afectaciones a los derechos de las personas usuarias de drogas.

En particular se recomienda:

6. Desincentivar las detenciones en flagrancia a raíz de revisiones individuales motivadas por estereotipos o prejuicios, sobre todo en el caso de personas jóvenes y poblaciones callejeras; investigar, y en su caso castigar, todos los presuntos abusos en agravio de personas usuarias de drogas por parte de autoridades de seguridad pública o procuración y administración de justicia.
7. Orientar las acciones de las autoridades de seguridad pública a la persecución de los delitos graves en materia de tráfico de drogas, priorizando las detenciones fruto de averiguaciones previas que presuman delitos graves contra la salud.
8. Crear lineamientos mínimos para la presentación ante el Ministerio Público de personas encontradas en posesión de drogas sin que se haya comprobado la finalidad de comercio o suministro a terceras personas, de modo tal que no pueda ser la posesión por sí misma, sin otros indicios, un motivo de ejercicio legal en su contra.
9. Evitar que las y los jueces utilicen las figuras excepcionales como el arraigo o la detención con control judicial, entre otras, propias del régimen excepcional de la delincuencia organizada.
10. Introducir medidas alternativas de justicia para delitos menores contra la salud, como la remisión a juzgados cívicos y la imposición de penas administrativas o trabajos a la comunidad, garantizando la proporcionalidad de las medidas.
11. Capacitar al personal de las dependencias en materia de derechos de las personas usuarias de drogas para garantizar un trato digno y evitar su criminalización, poniendo especial énfasis en las personas jóvenes, las poblaciones callejeras, las mujeres y las personas con un uso problemático de drogas.

C. Política de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento

Las recurrentes violaciones a los derechos humanos de las personas usuarias de drogas requieren de la atención especial de las autoridades para generar un cambio en las políticas y programas de gobierno. En este sentido, es necesario enfocar las políticas de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento hacia las personas usuarias de drogas como sujetos plenos de derecho y no exclusivamente desde la óptica de las sustancias o la dependencia desarrollada por una mínima parte de los y las usuarios. Esta concepción debe fortalecer las estrategias de los gobiernos para atender un fenómeno multifactorial, privilegiando el enfoque de reducción de los riesgos y daños.

Al respecto, se exhorta a la autoridad para que impulse las siguientes medidas:

12. Garantizar que todas las políticas encaminadas a reducir los riesgos y daños ocasionados por las drogas y los servicios destinados a tratar la dependencia de las drogas estén a disposición y de fácil acceso para las y los usuarios de drogas, incluyendo las poblaciones callejeras y las personas privadas de la libertad.
13. Fomentar la realización de estudios para conocer mejor los diferentes perfiles de las personas usuarias y adecuar los servicios de prevención, reducción de riesgos y daños, y tratamiento a las diferentes problemáticas y retos que presenta el uso de drogas en el Distrito Federal.

14. Proporcionar los recursos humanos, materiales y económicos para cumplir las funciones de registro y vigilancia de los centros privados de atención y tratamiento en la ciudad de México, con el fin de asegurar que se respeten cabalmente los derechos humanos de las personas usuarias, incluyendo su consentimiento informado.
15. Fortalecer y promover la formación y capacitación de profesionales y no profesionales que trabajan en los establecimientos de atención con un enfoque de derechos humanos que asegure un trato digno y respetuoso tanto para las personas usuarias de drogas como para sus familiares.
16. Garantizar, de conformidad con la ley, la asignación y ejercicio de 10% del presupuesto de Comunicación Social –como mínimo– de todas las dependencias y delegaciones políticas del Distrito Federal para la realización de campañas de sensibilización y prevención que aborden los derechos humanos de las personas usuarias de drogas y la no discriminación, así como estrategias de reducción de riesgos y daños.

D. Igualdad, no discriminación y obligaciones reforzadas

Más allá de la variedad de usos de drogas, las personas usuarias suelen ser víctimas de procesos de estigmatización, discriminación y criminalización. En este sentido, las autoridades capitalinas, en sus distintos niveles y órdenes de gobierno, tienen la responsabilidad de cumplir con obligaciones reforzadas hacia ellas para garantizar la igualdad y el pleno disfrute de sus derechos humanos. La reducción de la estigmatización y la discriminación es fundamental para la elaboración de políticas de inclusión desde una lógica de respeto a los derechos humanos. Asimismo, tiene que proporcionarse especial atención a aquellas personas que, por razón de su sexo, edad o condición, enfrentan actos de discriminación múltiple, en particular, las niñas, los niños y las y los jóvenes.

Para atender estas estrategias se propone, entre otras medidas:

17. Revisar y armonizar conforme a los estándares internacionales de derechos humanos la normatividad vigente en el Distrito Federal, en particular la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, para fortalecer el enfoque de los derechos humanos como eje rector de los instrumentos normativos, integrando los principios de no discriminación, perspectiva de género y no criminalización como condición necesaria para que las personas usuarias de drogas puedan exigir plenamente sus derechos.
18. Desarrollar estrategias diferenciadas para atender aquellas necesidades específicas de ciertos grupos en situación de particular vulnerabilidad frente al uso de drogas, por ejemplo, las niñas, los niños, las y los jóvenes, las personas que viven en reclusión y las poblaciones callejeras.
19. Acercar programas de reducción de riesgos y daños a poblaciones jóvenes y poblaciones callejeras consumidoras de inhalables con base en una diversidad de enfoque terapéutico.
20. Prestar especial atención al uso de drogas en centros de reclusión, reconociendo que las estrategias de abstinencia son inadecuadas para abordar la situación; y buscar alternativas, en particular permitiendo el consumo controlado como parte del tratamiento de conformidad con las necesidades de cada persona usuaria.

Siglas y acrónimos

AFSEDF	Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.
ALDF	Asamblea Legislativa del Distrito Federal.
ASSIST	Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias.
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos.
CAIS	Centros de Asistencia e Integración Social.
CAPA	Centro de Atención Primaria en Adicciones.
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño.
CERD	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
Cenadic	Centro Nacional contra las Adicciones.
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
CIADH	Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos.
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CIJ	Centros de Integración Juvenil.
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos.
Comité DESC	Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.
Conadic	Consejo Nacional contra las Adicciones.
Copred	Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México.
CPF	Código Penal Federal.
Cupihd	Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas.
DADDH	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales.
DMT	Dimetilriptamina.
DSM-IV	Manual de Enfermedades y Estadísticas.
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos.
Ecosoc	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones.
ETA	Estimulantes Tipo Anfetamina.
EUDI	Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la ciudad de México.
GHB	Ácido gammahidroxibutírico.
HRW	Human Rights Watch.
IAAM-DF	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal.
IAPA	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.
Iapabus	Unidad móvil del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas.
IHRA	International Hot Rod Association.
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública.
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

LAICSP	Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.
LGS	Ley General de Salud.
LSD	Lysergic Acid Diethylamide.
LSDF	Ley de Salud del Distrito Federal.
MDA	Metilendioxianfetamina.
MDMA	dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OEA	Organización de los Estados Americanos.
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OSC	Organización(es) de la sociedad civil.
PDHDF	Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.
PGJDF	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
PGR	Procuraduría General de la República.
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
PVC	Policloruro de vinilo.
Sedesa	Secretaría de Salud del Distrito Federal.
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Sisvea	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
SRID	Sistema de Reporte de Información en Drogas.
Ssa	Secretaría de Salud.
SSPDF	Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.
THC	Celta-3-tetrahidrocannabinol.
TSJDF	Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México.
Uneme	Unidades de Especialidad Médica.
Unipol	Sistema de Coordinación Policial del Distrito Federal.
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
USE	Unidad de Seguridad Escolar.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
WHO	Organización Mundial de la Salud.

Bibliografía

Publicaciones y artículos

- Abramovich, Víctor, “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas del desarrollo”, en *Revista de la Cepal*, núm. 88, abril de 2006.
- Aguilar Camín, Héctor, *et al.*, *Más allá de la guerra de las drogas. Informe Jalisco*, Guadalajara, Cal y Arena/Secretaría de Planeación/Gobierno de Jalisco, 2012.
- Alemany Barris, Gabriela, y Teresa Rossell Poch, “Actitudes sociales ante el consumo de drogas”, en *Revista de Trabajo Social*, núm. 82, Barcelona, 1981.
- Amnistía Internacional, *Informe 2013 Amnistía Internacional. El estado de los derechos humanos en el mundo*, Madrid, Edai, 2013.
- Barrett, Damon, “Towards a Human Rights Framework: Reflections on Human Rights and International Drug Control”, en *Governing The Global Drug Wars*, SR14, Londres, LSE Ideas/London School of Economics, octubre de 2012.
- _____, y Manfred Nowak, “The United Nations and Drug Policy: Towards a human rights-based approach”, en Constantinides, Aristotle, y Nikos Zaikos (eds.), *The Diversity of International Law: Essays in Honour of Professor Kalliopi K. Koufa*, Brill/Martinus Nijhoff, 2009.
- Becoña, Elisordo, *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
- Berruecos Villalobos, Luis, “El consumo de drogas en la ciudad de México”, en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, México, UAM-Azcapotzalco, septiembre-octubre de 2007.
- Bewley-Taylor, David, “El sistema internacional contemporáneo para el control de drogas: Un recuento de la década de UNGASS”, en LSE Ideas, *Regulando las guerras contra las drogas*, SR014, octubre de 2012.
- _____, y Martin Jelsma, *Los límites de la flexibilidad. Las convenciones de control de drogas de la ONU*, TNI (serie Reforma Legislativa en materia de Drogas núm. 18), marzo de 2012.
- _____, y Martin Jelsma, *Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica*, TNI (serie Reforma Legislativa en materia de Drogas núm. 12), marzo de 2011.
- Blickman, Tom, y Martin Jelsma, “La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos”, en *Nueva Sociedad*, núm. 222, julio-agosto de 2009.
- CDHDF, *Informe especial sobre los derechos humanos de las y los jóvenes en el Distrito Federal 2010-2011*, México, CDHDF, 2012.
- _____, *Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011*, México, CDHDF, 2011.
- CIDE, *Resultados de la Primera Encuesta realizada a Población Interna en Centros Federales de Readaptación Social*, México, CIDE, 2012.
- Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009.
- Cook, Rebecca J., y Susannah Howard, “Accommodating Women’s Differences under the Women’s Anti-Discrimination Convention”, en *Emory Law Journal*, núm. 56, 2006-2007.
- Count the Costs, “La guerra contra las drogas: promoviendo el estigma y la discriminación”, disponible en <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Stigma_Spanish.pdf>.
- Count the Costs, “La guerra contra las drogas: socavando los derechos humanos”, disponible en <<http://www.countthecosts.org/es/los-siete-costos/socavando-los-derechos-humanos>>.

- Csete, Joanne, “Poniendo a punto la vigilancia: Los derechos humanos en la JIFE”, en *Governing The Global Drug Wars*, SR14, Londres, LSE Ideas/London School of Economics, octubre de 2012.
- Cupihd, *Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México (EUDI)*, México, Cupihd, 2012.
- Schatz, Eberhard, y Marie Nougier, *Salas de consumo de drogas. Evidencias y prácticas*, Londres, IDPC, 2012.
- Escohotado, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa Calpe, 2008.
- _____, *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*, Madrid, Anagrama, 2005.
- Goffman, Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Grupo interinstitucional para el desarrollo del SRID, “Resultados de la Aplicación de la ‘Cédula Informe Individual sobre Consumo de Drogas’”, en *Tendencias en el área metropolitana*, núm. 52, México, INPRF, 2012.
- Harm Reduction International, “Derechos humanos y políticas de drogas”, en *Reporte Informativo núm. 1*. Londres, IHRA, 2011.
- Hernández, Jorge, y Carlos Zamudio, *México y su ley contra el narcomenudeo: una apuesta dudosa*, Ámsterdam-Washington, TNI-WOLA (serie Reforma de drogas), 2009.
- Howland, Courtney W., “The Challenge of Religious Fundamentalism to the Liberty of Women, An Analysis under the United Nations Charter”, en *Columbia Journal of Transnational Law*, núm. 35, 1997.
- Huici, Carmen, “Estereotipos”, en Morales, José Francisco, y Carmen Huici, *Psicología social y trabajo social*, Madrid, McGraw-Hill, 1996.
- Human Rights Watch, *Los desaparecidos de México. El persistente costo de una crisis ignorada*, Estados Unidos, HRW, 2013.
- _____, *Ni seguridad, ni derechos. Ejecuciones, desapariciones y tortura en la “guerra contra el narcotráfico” de México*, Estados Unidos, HRW, 2011.
- IAPA, INPRF e IAAM-DF, *Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en la ciudad de México, 2012*, México, IAPA/INPRF/IAAM-DF, 2012.
- IDPC, *Guía sobre políticas de drogas*, Londres, IDPC, marzo de 2012.
- Conadic, INPRF e INSP, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de drogas*, México, INPRF, 2012.
- _____, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, México, INSP, 2008.
- Jelsma, Martin, *El desarrollo de la fiscalización internacional de estupefacientes, Lecciones del pasado y desafíos estratégicos para el futuro*, TNI (serie Reforma Legislativa en materia de Drogas, núm. 10), febrero de 2011.
- Lara, María Asunción, *et al.*, “Originales y revisiones. Un estudio cualitativo sobre el consumo de disolventes inhalables en estudiantes”, en *Psiquiatría Pública*, vol. 10, núm. 6, noviembre-diciembre de 1998.
- Medina Mora, María Elena, *et al.*, “Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México”, en *Revista Salud Mental*, vol. 33, núm. 5, 2010.
- Nikken, Pedro, “El concepto de derechos humanos”, en *Estudios básicos de derechos humanos*, vol. I, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1993.
- O’Donnell, Daniel, *Derecho internacional de los derechos humanos. Normativa, jurisprudencia y doctrina de los sistemas universal e interamericano*, 2ª ed., México, 2012.
- Pérez Correa, Catalina, *Desproporcionalidad y delitos contra la salud en México*, México, CIDE, agosto de 2012.
- Pons Diez, Xavier, “Modelos interpretativos del consumo de drogas”, en *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, vol. 4, núm. 2, 2008.

- Romaní, Oriol, “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”, en *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3, Buenos Aires, septiembre-diciembre de 2008, pp. 301-318.
- Salvador, Teresa, e Isabel Ma. Martínez, “Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo”, en Romaní, Oriol, y Miguel Díaz (coords.), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*, Barcelona, Igia, 1999.
- Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, *Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales*, Buenos Aires, 2011.
- Secretaría de Salud *et al.*, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2012*, México, Ssa, 2013.
- Tronco, Francesca, y Erick Monterrosas, *Información enviada al Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en virtud de la consideración de los 7º y 8º informes consolidados de México*, Nueva York, Observatorio Ciudadano Nacional de Femicidio, junio de 2012.
- Vázquez, Luis Daniel, y Domitille Delaplace, “Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: un campo en construcción”, en *Sur, revista internacional de derechos humanos*, vol. 8, núm. 14, São Paulo, junio de 2011.
- Villatoro, Jorge, *et al.*, “El consumo de drogas en México: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011”, en *Salud Mental*, vol. 35, núm. 6, México, INPRF, noviembre-diciembre de 2012.
- Woodiwiss, Michael, y Dave Bewley-Taylor, *La componenda global. La construcción de un régimen global de control*, Ámsterdam, Transnational Institute Series, núm. 2005/3, 2005.
- Zamudio Angles, Carlos, *Drogas DF: los mercados de drogas ilícitas de la ciudad de México*, México, Cupihd (Cuadernos Cupihd, núm. 6), 2013.

Informes y jurisprudencia de organismos regionales e internacionales

- Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 28 de noviembre de 2012.
- _____, *Caso Kimel vs. Argentina (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 2 de mayo de 2008.
- _____, *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Sentencia del 4 de julio de 2006, voto del juez Sergio García Ramírez.
- _____, *Caso García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 25 de noviembre de 2005.
- _____, *Caso Palamara Iribarne vs. Chile (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 22 de noviembre de 2005.
- _____, *Caso Herrera Ulloa vs. Costa Rica (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 2 de julio de 2004.
- _____, *Caso Ricardo Canese vs. Paraguay (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 31 de agosto de 2004.
- _____, *Caso Lori Berenson Mejía vs. Perú (Fondo, Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 25 de noviembre de 2004.
- OACNUDH, *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, HR/PUB/12/5, ONU, 2012.
- _____, *Folleto informativo 32: Derechos humanos, el terrorismo y la lucha contra el terrorismo*, Ginebra, 2008.

- _____, *Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989-2007)*, 2ª ed., Santiago de Chile, diciembre de 2007.
- _____, *Los derechos económicos, sociales y culturales. Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos*, Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas (Serie de Capacitación Profesional núm. 12), 2004.
- _____, y United Nations Staff College Project, *Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff*, ONU, disponible en <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRhandbooken.pdf>>, página consultada el 31 de octubre de 2013.
- OEA, *El problema de las drogas en las Américas*, OEA, 2013.
- OMS, *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- _____, *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/aids among Injecting Drug Users*, Ginebra, OMS, 2004.
- _____, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/aids among injecting drug users*, Ginebra, OMS, 2004.
- _____, *Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE 10*, Ginebra, OMS, 1999.
- _____, *30º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 873), 1998.
- _____, *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanígenas*, OMS (Serie de Informes Técnicos, núm. 273, 13º informe), 1964.
- _____, OPS y Gobierno de España, *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias-Manual para uso en la atención primaria*, Washington, D. C., OMS, 2011.
- _____, UNODC y UNAIDS, *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention treatment and care for injecting drug users*, Ginebra, OMS, 2009.
- _____, UNODC y UNAIDS, *Position paper: substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/aids prevention*, Ginebra, Naciones Unidas, 2004.
- ONU, *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Anand Grover)*, A/65/255, 6 de agosto de 2010.
- _____, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/64/272, 10 de agosto de 2009.
- _____, *Comentarios a la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988*, Nueva York, 1999.
- _____, *Conferencia de las Naciones Unidas para la adopción de un Protocolo sobre Sustancias Sicotrópicas, Viena, 11 de enero-19 de febrero de 1971, Documentos oficiales, vol. II: Actas resumidas de las sesiones plenarias*, E/CONF.58/7/Add.I, Nueva York, ONU, 1973.
- _____, *Conferencia de las Naciones Unidas para la aprobación de una Convención Única sobre Estupefacientes, Nueva York, 24 de enero-25 de marzo de 1961, Documentos oficiales, vol. I: Actas resumidas de las sesiones plenarias*, E/CONF.34/24, Nueva York, ONU, 1964.
- ONU-AG, *Informe del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer*, A/50/38, 31 de mayo de 1995.
- CAT, *Observación generales del Comité contra la Tortura a Guatemala*, CAT/C/SR.1161 y 1162, 2013.
- Comité CCPR, *Observaciones del Comité de Derechos Humanos: Dominican Republic*, CCPR/CO/71/DOM, 26 de abril de 2001.
- Comité CDN, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. México 2011*, CRC/C/OPAC/MEX/CO/1, 7 de abril de 2011.

- _____, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales. México*, CRC/C/MEX/CO/3, 8 de junio de 2006.
- Comité CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a México*, CEDAW/C/MEX/CO/7-8, 7 de agosto de 2012.
- _____, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a Brasil*, CEDAW/C/BRA/CO/7, 23 de febrero de 2012.
- _____, Recomendación General núm. 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010.
- _____, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a Colombia*, CEDAW/C/COL/CO/6, 2 de febrero de 2007.
- _____, Recomendación General núm. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal, 30º periodo de sesiones, 2004.
- _____, *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, periodos de sesiones 18º y 19º, Asamblea General, Documentos Oficiales, A/53/38/Rev.1, 1998.
- CERD, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 9 de la Convención. Observaciones finales a México*, CERD/C/MEX/CO/16-17, 7 de diciembre de 2010.
- _____, Recomendación General núm. 32. Significado y alcance de las medidas especiales, CERD/C/GC/32, 2009.
- _____, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial a Colombia*, CERD/C/COL/CO/14, 28 de agosto de 2009.
- _____, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial a Bolivia*, CERD/C/63/CO/2, 10 de diciembre de 2003.
- Comité de Derechos Humanos, Observación General núm. 32. Artículo 14. El derecho a un juicio imparcial y a la igualdad ante los tribunales y cortes de justicia, CCPR/C/GC/32, 23 de agosto de 2007.
- _____, Observación General núm. 31. Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 2004.
- _____, Observación General núm. 16. Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, artículo 17, Derecho a la intimidad, HRI/GEN/1/Rev.7, adoptada en 1988.
- Comisión de Desarrollo Social, *Promoción del empoderamiento de las personas para erradicar la pobreza, lograr la integración social y crear trabajo decente para todos*, E/CN.5/2013/16, 22 de agosto de 2013.
- Comité DESC, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a Colombia*, E/C.12/COL/CO/5, 2010.
- _____, Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, E/C.12/GC/20, 2009.
- _____, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.
- _____, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales. México*, E/C.12/1993/16, 1993.
- _____, Observación General núm. 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), E/1991/23, 1991.

- Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, *Recopilación preparada por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos con arreglo al párrafo 15 b) del anexo de la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos y al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo*. México, Al HRC/WG.6/17/MEX/2, Ginebra, 12 de agosto de 2013.
- Ecosoc, Resolución 689 J (xxvi), aprobada el 28 de julio de 1958.
- _____, Resolución 246D (ix), aprobada el 23 de julio de 1949.
- _____, Resolución 9 (i), aprobada el 16 de febrero de 1946.
- ONU-JIFE, *Informe anual 2007*, E/INCB/2007/1, 2007.
- _____, *Informe anual 2012*, E/INCB/2012/1, 2013.
- ONUSIDA, *Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del Sida 2011*, ONUSIDA, 2011.
- OPS, *La política de drogas y el bien público*, Washington, D. C., OPS, 2010.
- UNODC, *World Drug Report 2013*, Viena, UNODC, 2013.
- _____, *World Drug Report 2012*, Viena, UNODC, 2012.
- _____, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A human rights perspective*, E/CN.7/2010/CRP.6-E/CN.15/2010/CRP.1, 3 de marzo de 2010.
- _____, *Informe mundial sobre las drogas*, Nueva York, ONU, 2009.
- _____, *Por qué intervenir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas*, Nueva York, ONU, 2003.
- _____, *Abuso de drogas, tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*, Nueva York, UNODC, 2003.
- _____, *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*, Nueva York, ONU, 2002.
- UN Women, *Progress of the world's women 2011-2012: in pursuit of justice*, UN Women, 2011.

Instrumentos internacionales de derechos humanos

- Carta de las Naciones Unidas, firmada al término de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, San Francisco, 26 de junio de 1945.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, adoptado en San José del 7 al 22 de noviembre de 1969.
- Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989.
- Council Recommendation of June 18th, 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence, 2003/488/EC, *Official Journal of the European Union*.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948.
- Declaración y Programa de Acción de Viena, adoptados en el marco de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007.

- Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, A/RES/S-20/3, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de junio de 1998.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, aprobado en el décimo octavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, 17 de noviembre de 1988.

Instrumentos internacionales sobre drogas

- Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, adoptada en Viena el 20 de diciembre de 1988.
- Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931.
- Convención Única sobre Estupefacientes, adoptada en Nueva York en marzo de 1961.
- Convenio del Opio, firmado con ocasión de la Segunda Conferencia del Opio, Ginebra, 19 de febrero de 1925.
- Convenio de Sustancias Sicotrópicas, adoptado en Viena el 21 de febrero de 1971.
- Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya en 1912.
- Convenio para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas, firmado en Ginebra el 26 de junio de 1936.
- Protocolo de Clausura de la Conferencia Internacional del Opio celebrada en La Haya el 1 de diciembre de 1911.
- Protocolo que modifica los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936, Protocolo de Lake Success, suscrito en Lake Success, Nueva York, el 11 de diciembre de 1946.
- Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, adoptado en Ginebra el 25 de marzo de 1972.
- Protocolo que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado en Lake Success, Nueva York, el 11 de diciembre de 1946, adoptado en París el 19 de noviembre de 1948.
- Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio, Protocolo del Opio de Nueva York, firmado en Nueva York el 23 de junio de 1953.

Normatividad local y federal

- Acuerdo A/011/2012 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea la Fiscalía Central de Investigación para la atención del delito de narcomenudeo, y se otorgan facultades de investigación en la misma materia, a las fiscalías desconcentradas de investigación.
- Acuerdo para crear la Fiscalía Central de Investigación para la Atención del Delito de Narcomenudeo, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 20 de agosto de 2012.
- Acuerdo por el que se emiten los lineamientos de operación del Consejo Interdependencial para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, Jefatura de Gobierno, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 22 de octubre de 2012.
- Código Federal de Procedimientos Penales, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de agosto de 1934; última reforma publicada el 3 de mayo de 2013.
- Código Penal Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de agosto de 1931; última reforma publicada el 7 de junio de 2013.
- Código Penal para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de julio de 2002; última reforma publicada el 3 de agosto de 2012.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de septiembre de 2013.
- Decreto por el que se declara adicionado un párrafo tercero a la fracción XXI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, 28 de noviembre de 2005.
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de agosto de 2009.
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, Cámara de Senadores, presentado el 2 de octubre de 2008.
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal y de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 22 de agosto de 2012.
- Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 16 de junio de 2011.
- Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, Directrices de Riad, aprobadas por la Asamblea General en su Resolución A/RES/45/112 durante su XIV periodo de sesiones, Nueva York, 14 de diciembre de 1990.
- Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 31 de octubre de 2007.
- Iniciativa con proyecto de decreto por el cual se expide la Ley para el Tratamiento Jurisdiccional de las Adicciones en el Distrito Federal suscrita por las y los diputados Esthela Damián Peralta, Efraín Morales López y Daniel Ordóñez Hernández, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, presentada el 6 de noviembre de 2012.
- Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 31 de mayo de 2004; última reforma publicada el 16 de febrero de 2011.
- Ley de Educación del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 8 de junio de 2000; última reforma publicada el 21 de junio de 2011.

- Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de noviembre de 1996.
- Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 24 de abril de 2013.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 1998; última reforma publicada el 27 diciembre de 2010.
- Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de junio de 2011.
- Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de diciembre de 2010; última reforma publicada el 23 de agosto de 2012.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009; última reforma publicada el 30 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de septiembre de 2000.
- Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, aprobado mediante decreto del 20 de septiembre de 2011.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 7 de julio de 2011.
- Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 3 de mayo de 2011.

Oficios

- Oficio CDHDF/OE/PVG/0030/2013 del 10 de julio de 2013, firmado por Mario Ernesto Patrón Sánchez, primer visitador general de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Oficio BD10-1.5./1220/2013 del 18 de julio de 2013, firmado por Dolores Hernández García, Directora Jurídica de la delegación La Magdalena Contreras.
- Oficio DAO/DGJ/LCPDH/12/2013 del 10 de junio de 2013, firmado por Natanael Luengas López, líder coordinador de proyectos en la delegación Álvaro Obregón.
- Oficio DGAM/DGDS/DSMyES/SSM/822/2013 del 5 de agosto de 2013, firmado por Ignacio Jaime Bárcenas Trejo, subdirector de Servicios Médicos de la delegación Gustavo A. Madero.
- Oficio DGDH/503/1292/2013 del 3 de junio de 2013, firmado por Juan Manuel Pérez Cova, director general de la Subprocuraduría de Planeación, Coordinación Interinstitucional y de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- Oficio DGDH/503/1647/3013 del 8 de julio de 2013, firmado por Juan Manuel Pérez Cova, director general de la Subprocuraduría, de Planeación, Coordinación Interinstitucional y de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.
- Oficio DGDH/DCyADH/091/2013 del 14 de junio de 2013, firmado por Héctor Alberto Pérez Rivera, director de Cultura y Atención en Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.
- Oficio DGDS/285/2013 del 19 de junio de 2013, firmado por Jorge Frías Rivera, director general de Desarrollo Social de la delegación Venustiano Carranza.

- Oficio DGDS/363/13 del 13 de junio de 2013, firmado por Margarita María Martínez Fisher, directora general de Desarrollo Social de la delegación Benito Juárez.
- Oficio DGDS/1124/2013 del 11 de julio de 2013, firmado por Édgar Doroteo García, director general de Desarrollo Social de la delegación Cuauhtémoc.
- Oficio DGDS/1505/2013 del 24 de junio de 2013, firmado por Alberto Vanegas Arenas, director general de Desarrollo Social de la delegación Tlalpan.
- Oficio DGDS/DDCS/401/13 del 20 de junio de 2013, firmado por Rodrigo Méndez Arriaga, director de Desarrollo Comunitario y Salud de la delegación Coyoacán.
- Oficio DGGG/DSEAM/UDSP/2633/2013 del 9 de julio de 2013, firmado por Gandhi César Góngora Romero, director general de Desarrollo Social de la delegación Tláhuac.
- Oficio DGGyPC/DPG/0663/2013 del 1 de julio de 2013, firmado por Judith Minerva Vázquez Arreola, directora de Políticas de Gobierno de la delegación Miguel Hidalgo.
- Oficio DGIASIS/682/13 del 6 de junio de 2013, firmado por Rubén Fuentes Rodríguez, director general del Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal.
- Oficio DGPCS/0509/2013 del 2 de julio de 2013, firmado por Luis Ángel Vázquez Martínez, director general de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Oficio DIF-DF/DEAJ/732/13 del 25 de junio de 2013, firmado por Mónica Angélica Ávila Torres, directora ejecutiva de Asuntos Jurídicos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.
- Oficio DINMUJERESDEL/303/06-13 del 12 de junio de 2013, firmado por María Cruz Flores González, directora de Coordinación del Sistema de Unidades del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Oficio DOCDH/626/13-3315 del 18 de junio de 2013, firmado por María Elena Lugo del Castillo, directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.
- Oficio IAAM/DG/0428/2013 del 29 de mayo de 2013, firmado por Pedro Eduardo Valdés Corchado, coordinador de Geriátría del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores.
- Oficio IAPA/DG/00449/2013 del 27 de junio de 2013, firmado por Rafael Camacho Solís, director general del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.
- Oficio IJDF/DG/588/2013 del 17 de junio de 2013, firmado por María Fernanda Olvera Cabrera, directora general del Instituto de la Juventud del Distrito Federal.
- Oficio SEDU/DEAJ/298/2013 del 31 de mayo de 2013, firmado por Claudia Gómez Cruz, directora ejecutiva de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación del Distrito Federal.
- Oficio SG/SSP/1620/2013 del 7 de junio de 2013, firmado por Juan José García Ochoa, subsecretario de Gobierno del Distrito Federal.
- Oficio SSP/SPCyPD/DGDH/7413/2013 del 8 de julio de 2013, firmado por Alberto Raúl López García, director general de Derechos Humanos de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.

Recomendaciones de la CDHDF

- Recomendación 2/1997.
- Recomendación 6/2003.
- Recomendación 11/2008.
- Recomendación 14/2008.

Recomendación 23/2009.
Recomendación 10/2011.
Recomendación 20/2012.
Recomendación 4/2013.

Boletines y notas de prensa

Brito, Luis, “Cinco delegaciones acaparan detención de narcos en el DF”, en *Milenio*, México, 7 de septiembre de 2012.
CDHDF, Boletín núm. 29/2997, Rechazan aplicar exámenes antidoping a alumnos de secundaria, 23 de febrero de 2007.
Human Rights Watch, “Los gobiernos de las Américas deben despenalizar el consumo personal de drogas”, 4 de junio de 2013, disponible en <<http://www.hrw.org/es/news/2013/06/04/los-gobiernos-de-las-americas-deben-despenalizar-el-consumo-personal-de-drogas>>, página consultada el 18 de agosto de 2013.

Eventos

Simposium Estados Unidos-México sobre Legalización y Uso Médico de Cannabis, organizado por el Centro Fox, 19 y 20 de julio de 2013.
Mesa redonda sobre la legalización de la marihuana, organizada por Fundación Miguel Alemán, 31 de julio de 2013.
Foro Internacional sobre Drogas y Derechos Humanos en el Distrito Federal, organizado por la CDHDF y Cupihd, 7 a 9 de agosto de 2013.
Foro sobre Políticas Públicas en materia de Drogas para la Ciudad México, organizado por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2 a 4 de septiembre de 2013.

Páginas de internet

Micrositio del *Informe especial. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013*, <<http://drogasdh.cd hdf.org.mx/>>.
Centros de Integración Juvenil, <<http://www.cij.gob.mx>>.
CINU, <<http://www.cinu.mx/temas/fiscalizacion-de-drogas/>>.
Conadic, <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/estadistica_nacional.html>.
Energy Control, <<http://energycontrol.org>>.
IAPA, <<http://www.iapa.df.gob.mx>>.
JIFE (Internacional Narcotic Union Board), <www.incb.org>.
OMS, <<http://www.who.int/es/>>.
TNI, <<http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/uruguay>>.

*Informe especial. Drogas y derechos humanos
en la ciudad de México 2012-2013*

se terminó de imprimir en marzo de 2014
en los talleres de Intelli impresores, S. A. de C. V.
Alemania 19-1, col. Independencia, C.P. 03630, México, D.F.
Para su composición se utilizaron tipos Adobe Garamond Pro.
El tiro fue de 1000 ejemplares impresos en papel bond de 75 g.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede

Av. Universidad 1449, col. Florida, pueblo de Axotla,
del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Norte

Payta 632, col. Lindavista,
del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

Sur

Av. Prol. Div. del Norte 5662, Local B, Barrio San Marcos,
del. Xochimilco, 16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267

Oriente

Cuauhtémoc 6, 3er piso, esquina con Ermita,
Barrio San Pablo, del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230 y 5686 2087

Centro de Consulta y Documentación

Av. Universidad 1449, edificio B, planta baja,
col. Florida, pueblo de Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1833



Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
www.cd hdf.org.mx

