LA CONSTRUCCIÓN DE MARCOS ALTERNATIVOS AL PROHIBICIONISMO EN PAÍSES NO PRODUCTORES PARA ATENDER LA PROBLEMÁTICA MUNDIAL DE LAS DROGAS

DANIEL FELIPE GARZÓN ARDILA

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE RELACIONES INTERNACIONALES
BOGOTÁ D.C., 2014

“La construcción de marcos alternativos al prohibicionismo en países no productores para atender la problemática mundial de las drogas”

Trabajo de Grado
Presentado como requisito para optar al título de
Internacionalista
En la Facultad der Relaciones Internacionales
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentado por:
Daniel Felipe Garzón Ardila

Dirigido por:
Juan Carlos Ruíz Vásquez

Semestre II, 2014

A mis padres, que me dieron y darían la vida por mí.
A sus votos de confianza y a los esfuerzos por hacer de este anhelo una realidad.
A ellos, porque a sólo ellos, les debo lo que nunca podré pagar;
Todo.

A las víctimas de una guerra perdida y a los que todavía creen que es la única solución.

AGRADECIMIENTOS

Más que el fin de una etapa, es el comienzo de una nueva. Más que un requisito de grado, es una oportunidad para tratar de cambiar algo. Más que un texto académico, es una realidad por la que trataré de luchar. Más que una obligación, es un agradecimiento. Más que un agradecimiento, una responsabilidad y un punto de partida para la vida profesional. Por eso, quiero agradecer a los que estuvieron a mi lado durante estos años de carrera y fueron partícipes directa o indirectamente de este logro.

Agradecimientos sinceros a la Universidad del Rosario por brindarme los profesores que tuve. A los profesores, que fueron parte esencial de mi formación como profesional. A mi familia, por estar siempre a mi lado, disfrutando en los triunfos y logros y acompañando en las dificultades y derrotas. A mis padres, Clara Inés y Mario Luís, por dejarme la herencia más valiosa que cualquier hijo puede recibir, por sus sacrificios y por la posibilidad de poder compartir un éxito, que hoy más que nunca, es de ellos.

Finalmente, el más sincero agradecimiento a mi director, al Dr. Juan Carlos Ruíz Vásquez, por compartir su sabiduría, por su compromiso y acompañamiento incondicional.

Gracias.

RESUMEN

El principal objetivo de este trabajo de grado es explicar la incidencia de la delincuencia relacionada a las drogas y de la salud pública, en la construcción de marcos alternativos al prohibicionismo para mitigar las consecuencias perjudiciales del fenómeno mundial de las drogas en países no productores; Portugal y Uruguay. Puesto que la violencia, la corrupción, las muertes por sobredosis y la proliferación de enfermedades infecciosas y crónicas, entre otros indicadores, han hecho posible que los Estados y sus gobiernos sean vulnerables en el ámbito doméstico e internacional, incrementando sus costos sociales y materiales. Gracias a las estudios realizados por Goldstein y las Instituciones oficiales en materias de drogas en estos países, se logró identificar la relación entre los problemas sociales y las nuevas legislaciones, las cuales, se han convertido en las promotoras de un nuevo enfoque; el individuo.

Palabras clave: *Delincuencia relacionada a las drogas, marcos alternativos al prohibicionismo, problemática mundial de las drogas, salud pública.*

ABSTRACT

The main objective of this paper is to explain the incidence of drug-related crime and the public health, in the devising of alternatives frameworks to the drug prohibition in order to mitigate the detrimental consequences of the worldwide phenomenon of drugs in non-producing countries; Portugal and Uruguay. The violence, corruption, deaths from overdose and the proliferation of infectious and chronic diseases, among other indicators, have made it possible for the States and their Governments to be vulnerable at the domestic and international levels, increasing real and social costs. As a result of the studies conducted by Goldstein and the Official institutions in drug related issues in these countries, in this document it was able to identify the relations between social problems and the new legislation, which have become promoters of a new approach; the individual.

Key words: *Drug-related crime, alternatives frameworks to the drug prohibition, global drugs problem, public health.*

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. EL PROHIBICIONISMO INTERNACIONAL: CIEN AÑOS DE POLÍTICAS ANTIDROGAS	14
1.1. La "guerra contra las drogas"	16
1.2. Europa: la lucha contra las drogas y el narcotráfico	20
1.3. Portugal antes de la descriminalización	22
1.4. América Latina: entre la represión y las alternativas	25
1.5. Durante la prohibición en Uruguay	28
2. DROGAS, SALUD PÚBLICA Y CRIMEN	30
2.1. El caso lusitano	32
2.2. Consecuencias para la salud, sociales y legales de las drogas	33
2.3. El caso uruguayo	41
2.4. Consecuencias para la salud y criminalidad relacionada a las drogas	43
3. MARCOS ALTERNATIVOS AL PROHIBICIONISMO EN PAÍSES NO PRODUCTORES	48
3.1. La descriminalización portuguesa	49
3.2. Legalización responsable: el experimento charrúa	53
4. CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1.	Usuarios de drogas con SIDA y total de casos diagnosticados por año 1989-1999.	36
Gráfico 2.	Presuntos infractores por año y categoría 1989-1999 y presuntos infractores por categoría y tipo de droga 1999.	40
Gráfico 3.	Evolución del consumo de cannabis en Uruguay 2001-2011.	43
Gráfico 4.	¿Cómo funciona la regulación del cannabis en Uruguay?	58

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Gráfico: Sentenciados por delito de drogas que se encuentran en las prisiones federales 1970-2002.

Anexo 2. Gráfico: Ayuda estadounidense a Latinoamérica y al Caribe 1997- 2005.

Anexo 3. Tabla: Proyectos de la Comisión Europea en materia de drogas 2010.

Anexo 4. Gráfico: Prevalencia uso por vida y últimos 30 días (%) por sustancia y nivel escolar en la zona urbana de Lisboa 1992 y 1998. (SD: Secundaria y 3CD: Nivel básico final).

Anexo 5. Tabla: Clientes en los programas gratuitos de drogas y en los de Sustitución con Metadona y LAAM por región 1999.

Anexo 6. Gráfico: Muertes relacionadas por drogas por año y por región 1989-1999.

Anexo 7. Gráfico: Individuos en prisión por categoría y tipo de droga 1999.

Anexo 8. Tabla: Cantidad máxima de sustancia ilícita para diez días.

Anexo 9. Gráfico: Impacto de las políticas de drogas en la prevalencia reciente de VIH entre las personas que se inyectan drogas.

Anexo 10. Tabla: Marihuana y plantas de cannabis incautadas entre 2006-2009 en un total de 3.371 procedimientos.

Anexo 11. Encuesta: Grado de acuerdo con proyecto de regularización de marihuana y grado de acuerdo con venta de marihuana con fines medicinales.

Anexo 12. Gráfico: ¿Por qué Uruguay regula y no criminaliza el cannabis?

GLOSARIO

AECU	Asociación de Estudios del Cannabis del Uruguay
ALC	América Latina y el Caribe
ASEP	Acuerdo Suramericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos
CAN	Comunidad Andina
CDT	Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CGPD	Comisión Global de Políticas de Drogas
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CVEDT	Centro de Vigilancia Epidemiológico de Enfermedades Trasmisibles
CLH	Clorhidrato de cocaína
DEA	Drug Enforcement Administration
DOS	US. Department of State
EE.UU.	Estados Unidos de Amércia
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENCD	Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas
FF.MM.	Fuerzas Militares
INCSR	International Narcotics Control Strategy Report
IPDT	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
IRCCA	Instituto de Regulación y Control del Cannabis
JND	Junta Nacional de Drogas
LAAM	Levacetilmetadol

LSD	Dietilamida de Ácido Lisérgico
MDMA	3,4-Medtilendioximetanfetamina
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
ONU	Organización de Naciones Unidas
OST	Opioid Substitution Treatment
PBC	Pasta Base de Cocaína
PE	Parlamento Europeo
RICD	Régimen Internacional de Control de Drogas
SERPAJ	Servicio Paz y Justicia
SGP	Sistema Generalizado de Preferencias
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPTT	Servicio de Prevención y Tratamiento de Toxicodependencias
TNI	Transnational Institute Drugs and Democracy
UE	Unión Europea
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WOLA	Washington Office on Latin America

INTRODUCCIÓN

Estados no productores como Portugal y Uruguay han sido más que testigos, víctimas, de los efectos colaterales tanto del narcotráfico como de la "guerra contra las drogas". Separadas culturalmente, Europa y Suramérica están unidades por el fenómeno de la globalización del mercado de sustancias ilícitas, el cual, ha legitimado la subcultura de la ilegalidad, estigmatizado, discriminado y marginado a un sinnúmero de personas, afectando las dinámicas sociales de las comunidades y yendo en detrimento de las Instituciones estatales. Por ello, el estudio de los marcos alternativos al prohibicionismo en estos países, hoy por hoy son de vital importancia, no sólo por atender y enfrentar el cada vez más complejo problema de las drogas, sino por ser determinantes y referentes en el cambio de enfoque.

Estos países, sugirieron enfrentar el problema de las drogas desde una nueva perspectiva; el individuo, puesto que durante la prohibición, las sustancias ilícitas se convirtieron en el enemigo número uno. La "guerra contra las drogas", propiciada por los Estados Unidos (EE.UU.) y de alguna manera multilateralizada por Naciones Unidas (ONU), marcó un punto importante en la legislación en materia de drogas, la represión en la fuente y en los países de tránsito se hizo el principal objetivo dejando de lado, a los consumidores.

Haciéndose en nombre de la salud y de la seguridad, el prohibicionismo, agudizó estos problemas, empeorando la calidad de vida de las personas. La proliferación de enfermedades infecciosas y crónicas[1], muertes por sobredosis, índices de violencia, y los ajustes de cuentas, entre otros, llegaron a convertirse en los factores principales de inconformidad. En Portugal, las drogas eran el principal problema social que vivía el país antes de la descriminalización de todas las drogas y en Montevideo, se llegó a catalogar a Uruguay como un país "muy peligroso", ya que más del 84% de la población coincidía que la criminalidad había aumentado significativamente. (Ramsey 2013, pág. 14)

Tanto la descriminalización portuguesa como la legalización regulada uruguaya, despertaron, cada uno en su época, el debate de las drogas. Sus resultados y expectativas

[1] Como consecuencia de las malas prácticas en el consumo, especialmente, por las limitaciones de los usuarios al acceder a los implementos por sus condiciones de marginados y criminalizados

son el interés de propios y extraños, al igual que su funcionamiento. A principios de siglo, Portugal centró las miradas de la comunidad internacional en una de las iniciativas más controvertidas en materia de drogas, pues la no distinción entre drogas duras y blandas supuso que el país se convertiría en el paraíso de las mismas, sin embargo, Uruguay más que cualquier otro, rompió los esquemas. A la fecha, se espera el primer cigarrillo de marihuana estatal distribuido en farmacias registradas, suponiendo el detrimento y caída del monopolio de la criminalidad.

Por estas razones, la investigación se ha concentrado en brindar en sus capítulos, una amplia visión de las nuevas legislaciones que dan no sólo respuesta a las consecuencias de las drogas, sino a las de sus políticas represivas. Por ejemplo, para Rodrigo Uprimny;

> …no son los campesinos cultivadores; tampoco los consumidores…creo que los responsables tampoco son los narcotraficantes… el gran culpable no es una persona o una institución, sino la existencia de una política equivocada internacional, fundada en la prohibición absoluta de unas drogas que a pesar de esa prohibición, cuentan con una demanda importante y una cierta aceptación social. (Uprimny, 1994. Pág. 118)

Lo que permite establecer el vínculo de la ilegalidad de las drogas con el aumento en los problemas sanitarios y delincuenciales. Esto, con la ayuda de los estudios de Goldstein relacionados al nexo drogas/delincuencia; delitos compulsivos con fines económicos, sistémicos y psicofarmacológicos (añadiendo los delitos contra la legislación de drogas), y los estudios epidemiológicos de las drogas realizados por las entidades especializadas de cada país.

Dado lo anterior, el primer capítulo pretende examinar el prohibicionismo como radiografía de los primeros intentos por acabar con el fenómeno, sus alcances y repercusiones internacionales. Asimismo, hace una leve descripción de los antecedentes de las políticas llevadas a cabo por los países en estudio; Portugal y Uruguay, así como las de su entorno; Europa y América Latina. Por otro lado, el segundo capítulo busca medir la incidencia de los factores que se consideraron fundamentales para el cambio en las políticas expuestas en el primero; la salud pública y la delincuencia relacionada a las drogas. Esto, mediante indicadores que permiten ver las complicaciones sociales, estatales y del entorno; prevalencia del consumo, muertes relacionadas a las drogas, casos diagnosticados de SIDA/Hepatitis en usuarios de drogas, presuntos infractores de la ley de drogas, robos/rapiñas, convictos, entre otros. Por último, el capítulo tres permite analizar los

marcos alternativos; la despenalización en Portugal; Decreto Ley 30/2000 del 29 de noviembre del 2000 y la legalización en Uruguay; Proyecto de Ley y la Ley 19.172 del 20 de diciembre de 2013. Esto, para dar a conocer dos de las medidas más revolucionarias y pioneras en materia de legislación de drogas.

Sin embargo, vale la pena decir que en el proyecto de investigación antecedente a este estudio, se muestran como factores incidentes el crimen organizado y la salud pública. El cambio, se dio debido a las limitaciones que presentaba esta variable (crimen organizado), ya que en Portugal las medidas disciplinarias, aunque buscan la disminución de este comportamiento, no permiten identificarlo como el principal problema relacionado. El crimen organizado, no permitía evidenciar delitos pequeños fundamentales para poder entender las violaciones e infracciones a la ley, por ejemplo, el robo y el ambiente hostil de los mercados negros a los que se enfrenta el individuo común y los consumidores. Asimismo en Uruguay, aunque existe una amplia red de narcotraficantes y el crimen organizado transnacional se puede asociar fácilmente por la cercanía a los países productores de los Andes, no describen la percepción de alta inseguridad de los ciudadanos como la delincuencia asociada a las drogas. Este cambio fue necesario, de igual manera, para dar cuenta de cómo los sistemas penitenciarios, carcelarios y judiciales estaban siendo agotados por situaciones, consideradas para muchos, de menor impacto.

Finalmente, lo que se pretende con este estudio es hacer un análisis comparativo de las legislaciones alternativas en materia de drogas, ya que pueden dar incentivo a nuevas políticas en nuevos países, además de, desestigmatizar la producción y distribución por parte del Estado, y la posesión y consumo recreacional y medicinal de los individuos. Despertando el interés de aquellos que comparten la idea de reformular o replantear el enfoque tradicional de la "guerra contra las drogas" y del Régimen Internacional de Control de las mismas, así, como de los que consideran que la única opción es la represión.

1. EL PROHIBICIONISMO INTERNACIONAL: CIEN AÑOS DE POLÍTICAS ANTIDROGAS.

Es inequívoco decir que la relación del hombre con sustancias que alteran la conciencia es inmemorable. Tanto las drogas como el alcohol han acompañado al hombre desde su existencia, por eso, lo nuevo no viene a ser el uso sino su prohibición. Por lo tanto, es sensato decir que "la historia de las drogas ilegales, es la historia de su prohibición" (Samper 2013, pág. 95). En vista de ello, para poder hablar de los marcos alternativos a esa prohibición en Portugal y Uruguay, se hace necesario mirar los antecedentes de las políticas antidrogas, no sólo en estos Estados, sino también en los actores que han influenciado y configurado el prohibicionismo como régimen internacional.

A continuación, se hará una breve descripción de los antecedentes que hicieron del prohibicionismo la principal arma contra el problema de las drogas en el ámbito internacional; el papel de las organizaciones internacionales y la influencia norteamericana y europea en los países productores y de tránsito para controlar el flujo del narcotráfico. Lo que permitirá entender, con ayuda de los hechos históricos y realidades de cada país (Portugal y Uruguay), las nuevas legislaciones.

Hace cien años, en el concierto internacional, se ha intentado lidiar esta problemática mundial. Con la Conferencia de Shanghái y la Convención Internacional del Opio, se evidenció el primer vestigio de una guerra interminable contra algunos estupefacientes. Encaminado o no[2] por EE.UU., el prohibicionismo se instauró en un Régimen Internacional[3] de Control (RICD), el cual promueve no sólo la eliminación de las sustancias de consumo sino también las de producción[4].

En el seno de ONU el espíritu prohibicionista asumió el liderazgo de la lucha contra las drogas por medio de instituciones y tratados internacionales. La Convención Única

[2] Para Ernesto Samper la "multilateralización" de la persecución de las sustancias fue asumida por Naciones Unidas a solicitud de Estados Unidos. (Samper 2013, pág. 104) Sin embargo, para Galán y Guerrero (2008, pág. 70-71) es el resultado de un largo proceso que no obedece al capricho estadounidense, sino a variables históricas, políticas e internacionales en torno a un consenso sobre la ilegalidad de las drogas (criminalidad).
[3] Para Keohane y Nye "los regímenes internacionales son redes de reglas, normas y procedimientos que configuran el comportamiento y controlan sus efectos en un campo de actividad" (Barbe 1989, pág. 56).
[4] Clorhidrato de cocaína CLH y Ácido clorhídrico.

sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas y la Convención de Viena contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicoactivas, son el resultado de la continua labor que viene desempeñando la organización para apoyar e incentivar a los Estados para controlar el fenómeno. (Galán y Guerrero 2008, pág. 70) Aunque, en materia de consumo, la Convención de Viena no condiciona a los Estados a penalizarlo[5], sí condena la producción y el tráfico.

Es por este motivo, que por más de tres décadas el enfrentamiento a esta problemática mundial se ha resumido a las políticas de control orientadas a la reducción de la oferta. La erradicación de cultivos de uso ilícito; amapola y arbusto de coca, la destrucción de estructuras de elaboración, las medidas de aseguramiento y extradición, la interdicción, la militarización policial y el entrenamiento militar, dan razón de ello. "Ir a la fuente" se ha convertido en el lema utilizado para promoverlas (Thoumi 2002, pág. 349), no sólo considerándose como mecanismo para detener el incesante flujo del narcotráfico, sino también como una posibilidad de disminución de la demanda. Por tanto, los prohibicionistas acérrimos consideran este enfoque integral, ya que no sólo atiende la oferta de drogas, sino que como consecuencia de su persecución, el consumo se vería en detrimento.

Varios de los países que adaptaron a sus marcos jurídicos el prohibicionismo, lo hicieron por sus tradiciones culturales, políticas, y en muchas ocasiones, por influencia de grandes potencias como la norteamericana, lo que ha privilegiado que se constituya como el régimen actual para combatir las drogas. Para Juan Galán y Lech Guerrero (2008, pág. 114), "los prohibicionistas fundan su tesis en varios elementos: un fundamento moral, sanitario, económico y social", en los cuales se castiga; el tráfico de sustancias psicoactivas, por sus nefastos efectos colaterales en las sociedades contemporáneas y, su consumo, por ir en deterioro de una vida virtuosa y disciplinada. Es por ello, que han de considerar las drogas como "malas" y su eliminación, inmediata.

[5] Según la Convención, "A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las Partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961…"(Organización de Naciones Unidas [ONU] 1988, pág. 4).

1.1. La "guerra contra las drogas".

Con la explosión de la violencia y el atropello de los fundamentos prohibicionistas causados por el boom del crack en los ochenta, EE.UU. abordó el problema de las drogas de una forma en particular. En la presidencia de Reagan y en la sucesora administración Bush, la problemática mundial se convirtió en una prioridad, las drogas pasaron a constituir una amenaza nacional y punto de inflexión en la agenda de seguridad. Una política interna sólida en materia de drogas, permitió grandes repercusiones en la arena internacional; la consolidación de la Iniciativa Andina[6] logró reposicionar a EE.UU. como actor preponderante en la región con el objetivo de disminuir la oferta de sustancias ilegales en los países de origen y su interdicción en lugares de tránsito.

Entonces, "la guerra contra las drogas" sustentada bajo la presunción de que: "al reducirse la oferta, el tráfico de drogas se hará más peligroso y costoso, lo cual y a su vez producirá una disminución en la producción, aumentando precios y actuando como factor de disuasión para la compra y el consumo de drogas por parte de los estadounidenses" (Youngers y Rosin 2005, pág. 15), le permitió a EE.UU. crear un discurso que pasó de lo social a lo político, buscando la maximización de sus intereses y constreñir el debate de las drogas. La culpabilidad del consumo recayó sustancialmente en los países de origen y en los de tránsito, convirtiendo a América Latina y el Caribe (ALC) en los nuevos blancos de acometida de las políticas represivas. Lo anterior, quedó plasmado en el Informe sobre la Estrategia Internacional de Control de Narcóticos (INCSR) elaborado por el Departamento de Estado (DoS) en el año 2003, donde señala que:

> Nuestros programas internacionales de lucha contra el narcotráfico se dirigen a los primeros tres eslabones de la cadena de producción y consumo: el cultivo, el procesamiento y el tránsito. Cuanto más certero sea nuestro ataque a la fuente, mayor será la posibilidad de detener el flujo del narcotráfico en general. El control de los cultivos, el mecanismo menos costoso para reducir la demanda. No se producirá el ingreso de drogas al sistema si se destruyen los cultivos o no se permite su cosecha. (Youngers y Rosin 2005, pág. 16, cita a Departamento de Estado de EE.UU., 2003)

[6] "Fortalecer las facultades de las FF.MM. y policiales de América Latina en cuanto a la puesta en práctica de sus medidas en materia antidrogas…asignando millones de dólares a las tropas estadounidenses y a las fuerzas locas de seguridad… principalmente en Bolivia, Colombia y Perú." (Youngers y Rosin 2005, pág. 16).

Así, año tras año, los esfuerzos del gobierno, del Congreso y de las instituciones especializadas en materia de drogas estadounidenses, se concentran en la evaluación, la evolución y el análisis del fenómeno del narcotráfico[7]. País por país es sometido a un estudio, el cual pretende diagnosticar las medidas actuales de contención, los acuerdos internacionales y las prospectivas de cambio para identificar las amenazas latentes y posibles soluciones. Lo anterior, primordialmente, recae en las acciones de los países de mayor producción y los principales de tránsito, ya que la cooperación total en la "guerra contra las drogas" les permite el beneficio de la Certificación. Ley del garrote por excelencia[8].

Entonces los principales pilares, en la intención de reducir sustancialmente la producción de droga en los países proveedores y el crimen organizado, se traducen en la erradicación de cultivos, la criminalización del consumo y porte, y la asistencia militar. Aunque existen medidas que pretenden atender o en su defecto atienden las causas sociales e institucionales, queda en la retina de los pueblos latinoamericanos la represión expuesta en el Plan Colombia, la Iniciativa Mérida y la Iniciativa Regional de Seguridad Centroamericana, programas, que han significado la "inversión" de más de USD13.000 millones entre 1980 y 2008, dejando como principal beneficiario al Plan Colombia con más de USD7.300 millones. (Parlamento Europeo [PE] 2012, pág. 12) Así mismo, los éxitos a corto plazo son indudables; las plantaciones de coca han disminuido significativamente en Colombia el último decenio, se encarcelan y extraditan "capos" del narcotráfico diariamente desde la mayoría de los países de la región[9] y se incautan cantidades significativas de droga tanto en las fronteras norteamericanas como en ALC[10].

Por estas razones, la aplicación de la ley se ha convertido en el enclave de las acciones represivas y el control al servicio del aparato norteamericano. El Departamento de Defensa, el DoS, las policías locales, cortes estatales y cárceles federales, han sido el pie de

[7] Narcotráfico entendido como la cadena de producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas.
[8] La Certificación subyuga la ayuda económica estadounidense a los resultados antinarcóticos específicos de cada país.
[9] Aquellos que tengan un acuerdo bilateral de extradición con EE.UU.
[10] La Patrulla Fronteriza (Border Patrol), incautó entre 2005 y 2011 72.000 libras de cocaína, 13.2 millones de libras en marihuana y 1.400 de heroína en puntos de chequeo y estaciones cerca de la frontera entre México y EE.UU. (Corey, et al. 2013)

fuerza para hacer realidad el ideal prohibicionista. Según cifras oficiales, la cantidad incautada en las fronteras varía entre las 105 y 140 toneladas de cocaína desde finales de los ochenta, las prisiones federales albergaban alrededor de 70.000 reclusos condenados por delitos relacionados con drogas para el año 2002 (Anexo 1), generando un gasto superior a los USD2.500 millones y los arrestos por consumo y porte al por menor (vendedores), pasaron de 581.000 en 1980 a 1.600.000 en 2000, duplicándose su cantidad (de 5,5% a 11%). (Reuter 2006, págs. 89-91) Lo anterior, con el objetivo de disminuir la disponibilidad de drogas en el país.

Sin embargo, no se hacen tan eficientes y suficientes las medidas represivas en el hemisferio para hacer un control efectivo sobre las dinámicas del fenómeno de las drogas. La guerra contra las mismas, se ha calificado como un rotundo fracaso, específicamente por eso mismo; por ser paños de agua fría y dar más soluciones a corto que largo plazo. Así, se puede concluir que no sólo es nocivo el tráfico y consumo de drogas, la política norteamericana e internacional trae consigo de igual manera efectos irreversibles en las sociedades.

Aunque la realidad de los países no es la misma y los problemas estructurales varían significativamente, existen criterios básicos en los que se pueden apreciar los efectos perjudiciales de la política represiva. Los Derechos Humanos, las libertades fundamentales y la democracia, según Youngers y Rosin (2005, págs. 23-26), han sido las principales víctimas de los daños causados por las políticas diseñadas para enfrentar el narcotráfico. El derecho al debido proceso, al derecho justo, la justicia en las condenas dictadas según la gravedad del delito, la inestabilidad política y social, la violencia y la poca maniobrabilidad a la hora de tomar decisiones por parte de los gobiernos, se traducen en la brecha cada vez más larga que existe entre la raíz y la solución a la problemática.

Por esto, para varios gobiernos de la región, la solución al problema trasciende el debilitamiento de los eslabones de la cadena de producción y consumo. Los problemas sociales, económicos y políticos en ALC producen y generan el establecimiento de la industria del narcotráfico, la cual satisface la voraz demanda de EE.UU. y Europa. La extrema pobreza y la debilidad de las instituciones, deben de ser una prioridad para los programas estadounidenses de control de drogas, ya que los esfuerzos para el desarrollo

socioeconómico y democrático, en términos de presupuesto, se ven minados por la ayuda militar y policial (Anexo 2).

Asimismo, en los esfuerzos por reducir la oferta, existen fallas fundamentales que, lastimosamente, no han disminuido la cantidad y disponibilidad de drogas en las calles estadounidenses. Desde la década de los ochenta, los niveles de producción de coca se han mantenido estables, aunque en Colombia se han erradicado y asperjado más del 50% de los cultivos de uso ilícito (Organización de los Estados Americanos [OEA] 2013, pág. 30), Bolivia y Perú se caracterizan por el aumento en la extensión y densidad de los mismos. La mimetización en cultivos lícitos, el cultivo en zonas no extensas y la mejor adaptación en los ecosistemas para el mayor crecimiento, han asegurado su supervivencia y multiplicado la productividad.

El narcotráfico responde a la represión y conlleva a que la guerra contra las drogas, no arranque el problema de raíz. Según Soto (2000, pág.10), "mientras la demanda se mantenga dinámica, la represión exitosa en una zona desplaza la producción y el tráfico a otra. Nuevos cultivos, rutas y traficantes, responden a la interdicción"[11]. Por ello, la estabilidad de los precios y niveles de pureza hacen posible que la disponibilidad de la droga no se vea afectada y la industria, intacta.

Resumiendo, son más recomendaciones y mejoras para la política antidrogas estadounidense que halagos y logros. Sin embargo, se puede decir que no ha sido la única política que se ha implementado en materia de drogas y tráfico. Europa al ver la connotación global del fenómeno, por las proporciones del mismo, decidió diferenciarse de las de EE.UU. y de las de ONU. El mercado ilegal se mueve en miles de millones de dólares y las consecuencias sanitarias por el abuso son invaluables, por razones que se ha pretendido manejar de un enfoque diferente.

[11] Efecto Globo – Balloon Effect. Varios especialistas en políticas antidrogas tratan este efecto. Bruce Bagley, Eva Bertram, Frank Mora, Ethan Nadelmann, entre otros.

1.2. Europa: la lucha contra las drogas y el narcotráfico.

La política de drogas europea tiene sus orígenes a finales del siglo XX, y aunque no llegó a convertirse en una prioridad, como en EE.UU., es de gran relevancia como alternativa. Estas políticas se concentran en el desarrollo económico, la salud, la educación y la rehabilitación de los drogodependientes, esto, en estrecha cooperación con los países en desarrollo. Los esfuerzos para que se conviertan en realidad, convergen en las instituciones de la Unión Europea (UE), las cuales trabajan para la promoción de tratados internacionales, principalmente, sobre los productos básicos e información para la preparación de leyes y estrategias.

La primera política concreta fue en 1989 y puesta en marcha en un Plan Trienal a favor de Colombia, que entre 1990 y 1993 iba a recibir más de 60 millones de ecus[12] para proyectos de desarrollo alternativo a cultivos de coca y desarrollo económico desligados a las drogas (Labrousse 2006, pág.43), lo que fue el primer paso para tener una presencia en la región productora de los Andes. Así, Bolivia y Perú fueron adquiriendo los beneficios económicos europeos mediante un paso adicional; el Sistema Generalizado de Preferencias (SGP), el cual no sólo se diseñó para aquellos países productores de drogas, sino también para los de precursores químicos y de tránsito. El SGP pretende, hasta el día de hoy, respaldar a los países que luchan contra el narcotráfico, generando mecanismos mediante los cuales se les facilite el comercio de los productos de cultivos sustitutos; preferencias arancelarias que contribuyan al desarrollo sostenible. Sin embargo, no es el único proyecto europeo para ALC ni para Europa.

Aunque los proyectos europeos no son considerados del mismo calado que los estadounidenses, la UE ha trabajado para afrontar la problemática desde un enfoque equilibrado, interdisciplinario e integrado. El tratado de Maastricht y el de Ámsterdam, representan un paso decisivo de la organización y de los países para generar espacios comunes y ampliar los campos de acción frente a las drogas y toxicomanías. La reducción de la oferta como de la demanda se consideran partes equivalentes para una estrategia

[12] Moneda europea que en 1999 sería sustituida por el euro, oficial para los países específicamente de la eurozona.

compensada, donde la libertad, la seguridad, la justicia y la salud responden a los mismos intereses.

Para Estievenart (2006, pág. 14), "el principio de responsabilidad compartida, una estrategia nacional estructurada y la existencia de una vasta plataforma de coordinación, consideradas por la comunidad internacional como principales objetivos y componentes de una estrategia contra las drogas", han sido el estandarte para las instituciones europeas, lo que le ha permitido a la Unión la diferenciación de la política represiva norteamericana. En Europa a principios de siglo, se empezó a pensar en los tratamientos de sustitución, programas de intercambio de jeringuillas, educación sobre seguridad de uso, cursos de primeros auxilios para consumidores, vacunas contra la hepatitis y medidas contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como consecuencia del aumento en el consumo de drogas inyectables y el policonsumo. Así, los planes de acción y las estrategias sobre drogas se vienen evaluando y formulando según las necesidades y tendencias del continente.

> La estrategia contra las drogas de la UE debe basarse en una evaluación periódica del carácter y la magnitud del fenómeno de los estupefacientes y de sus consecuencias, así como en el conocimiento adquirido con la investigación y con la experiencia derivada de programas anteriores. También debe evaluarse la estrategia actual…El objetivo de la evaluación final es medir el nivel de realización de las actividades previstas en el Plan de Acción, evaluar en qué medida este resuelve los objetivos de la estrategia en materia de drogas y evaluar el impacto tanto de la Estrategia como del Plan de Acción sobre la situación de las drogas en la UE. (Estievenart 2006, págs. 25-27)

Esto permitirá la evolución de las políticas en materia de drogas, pues la reformulación y/o mejoramiento de las mismas responderán a la realidad europea y a las de su entorno. Sin embargo, las divergencias tienden a mostrarse con la llegada de nuevos países a la Unión, la Ampliación entorpece la coordinación presupuestaría y el respaldo consistente a cualquier iniciativa, lo que ha repercutido en el cumplimiento de los objetivos establecidos en cada proyecto regional y limitado el presupuesto para los de dimensiones estratégicas, ALC y Asia. En 2010, la Comisión Europea destinó más de €200 millones a programas que atienden la oferta y la demanda en ALC (Anexo 3), pese a esto se consideran insuficientes ya que son longevos y de poco alcance[13]. Aun así, la preocupación

[13] De 135 proyectos 102 están destinados a la reducción de la oferta y sólo 22 a la reducción de la demanda.

por las drogas y el narcotráfico sigue siendo un punto indiscutible en la agenda de la Unión, de cada país miembro y de aquellos que no pertenecen.

A manera de corolario, lo que pretenden la mayoría de los países europeos y especialmente los de la Unión, es centrarse en el bienestar, la seguridad y la cohesión social para enfrentar el problema de las drogas y el narcotráfico, enfocándose de igual manera en la reducción de la oferta como de la demanda para frenar la delincuencia organizada y elevar los niveles de protección en la salud. Esto para no tener que luchar una guerra perdida sino para enfrentar un problema inevitable. Las drogas han evolucionado al igual que su tráfico y consumo, por ello cualquier esfuerzo para reducir las consecuencias negativas del fenómeno y de las políticas que lo agudizan, ya sean nacionales o supranacionales, deben ser estudiados y tenidos en cuenta para que como el prohibicionismo lleguen a multilateralizarse.

Portugal, como varios países en el antiguo continente, ha venido trabajando para consolidar una política antidrogas estable y correspondiente a sus propias realidades; los problemas de salud pública y los crímenes relacionados con las drogas. A partir de la revolución, han sido factores significativos para entender la actualidad del marco regulatorio vigente (Ley 30/2000 del 29 de noviembre) y las acciones y estrategias en materia de drogas; consumo, abuso, porte y tráfico. Ahora es modelo a seguir por su incomparable modelo sanitario y por la interesante transición que se dio aproximadamente en veinte años, la cual, no sólo cambio la estructura de una sociedad sino también su rumbo.

1.3. Portugal antes de la descriminalización.

Tras la toma de poder por parte de los militares después de la Gran Guerra, como consecuencia de la inestabilidad política y social que vivó el país; levantamientos populares, crisis económica, homicidios políticos, entre otros, se estableció un régimen autoritario con fundamentos fascistas. El régimen liderado por Antonio de Oliveira Salazar, instituyó en Portugal el Nuevo Estado y con él 48 años que significaron una de las dictaduras más antiguas de Europa Occidental. En estas instancias la Iglesia Católica cobró

gran importancia, imponiendo en la sociedad costumbres conservadoras y tradicionales, cerrando las puertas a nuevas tendencias culturales, ideas y cambios propios de la época y del mundo occidental. Entre ellas, las drogas.

Los movimientos contraculturales de los 60´s que celebraban el consumo de drogas, en Portugal no tuvieron gran impacto en la sociedad ni en la cultura. Según Domostawski (2012, pág.19) este consumo fue aceptado al interior de pequeñas comunidades como las de artistas y bohemios, los cuales usaban, principalmente y de manera esporádica, el LSD, sin tener grandes repercusiones. Fue hasta la década de los setenta que las drogas alcanzaron un punto álgido en el país, convirtiéndose en uno de los problemas más notorios y sobresalientes.

Las guerras independentistas de Mozambique y Angola, los problemas de salud y contigua muerte de Salazar, el débil desarrollo industrial y crecimiento económico, y las divisiones políticas y sociales, permitieron que en 1974 el Movimiento de las Fuerzas Armadas lograra el fin de la dictadura. Con esto, Portugal se convertía en un Estado democrático de derecho y veía la urgencia y necesidad de abrirse al exterior. El consumo de drogas, "fue simplemente un paquete mayor de temas que el país empezó a compartir con otras sociedades occidentales…quedó expuesto a nuevas ideas, tendencias y modas" (Domostawski 2012, pág. 20). Sin embargo, el uso de cannabis se había visibilizado anteriormente con el retorno de la población que habitaba en las colonias, lo que condujo a que en la década de los ochenta, esta y el hachís, se convirtieran en las drogas más populares y de mayor consumo en el territorio luso.

La heroína, por su parte, más silenciosa que la marihuana y el hachís, permeó la sociedad a fines de los setenta, llegó desde India y Pakistán a través de Mozambique y tiempo después desde Holanda. Su tráfico, se caracterizaba por estar a cargo de grandes organizaciones criminales, sin embargo, después de ser desmanteladas, el negocio pasó a manos de pequeñas organizaciones y contrabandistas, lo que hizo de la heroína una sustancia indetectable para las autoridades. A su vez, la sustancia se transformaba, inyectada o fumada, iba a ser causante de los principales problemas de una nueva sociedad.

Tras diez lustros de dictadura, los portugueses no estaban preparados para la gigantesca ola de cambios que trajo consigo la apertura. En materia de drogas, no sólo no

tenían conocimientos básicos sobre las distintas sustancias, sino que no hacían su distinción (duras y blandas), la falta de conocimiento de sus efectos perjudiciales para la salud y para la sociedad les impidió vaticinar que el consumo de drogas se convertiría, en la década de los 90, en una inquietud social. La visibilidad de las drogas y el consumo abierto generaron en la opinión pública la impresión de que los niveles de consumo eran cada vez más elevados, "una encuesta de EuroBarómetro en 1997, mostraba que los portugueses percibían los temas relacionados a las drogas como el principal problema social del país" (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], párr. 5), en parte, porque los usuarios hacían de los espacios públicos sus lugares de consumo.

Esta conducta agudizó la moral pública y puso en alerta al gobierno de la época, el cual respondió con la creación de centros de tratamiento y clínicas privadas para atender la problemática. Lastimosamente, la ley continuaba tratando al consumidor como traficante[14] y el temor de ser perseguidos, los alejaba de acceder a los programas. Como consecuencia, el consumo de todas las drogas se encontraba disparado y las malas prácticas generaban problemas sanitarios cada vez más severos; aproximadamente el 60% de heroinómanos se encontraban entre las personas infectadas con VIH. (Domostawski 2012, pág. 22) Esto, rápidamente convirtió a Portugal en el ojo del huracán, en comparación con otros países europeos, el consumo en la población general no era tan elevado como la prevalencia del consumo problemático.

Particularmente la heroína, se había convertido en el enemigo número uno y el Estado no estaba preparado para combatirla. Mientras los centros especializados como el Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) pregonaban por el intercambio de jeringuillas, para reducir los daños del consumo de la sustancia, el marco legal veía con malos ojos esta iniciativa. Se consideraba como cómplice de un delito el suministro de estos instrumentos, pues como se dijo anteriormente, el tráfico y el consumo eran harina del mismo costal. Sin embargo, después de la Revolución de los Claveles, y sustentado en la autonomía del gobierno y las libertades individuales, Portugal se trazó el camino para la consolidación de una política antidrogas congruente y poco convencional.

[14] El Decreto Ley N°15/93 del año 1993, estipulaba pena de cárcel de hasta tres años para consumidores de drogas.

Una serie de políticas públicas carentes de intolerancia y marginación, con el objetivo de resguardar y restaurar la salud y la seguridad de los ciudadanos, dio como resultado la descriminalización de la posesión y consumo de drogas. Los antecedentes tradicionalistas, conservadores y autoritarios, no impidieron que Portugal fuese hoy en día modelo internacional en cuanto a la reforma de políticas de drogas. Actualmente, ningún país ha descriminalizado todas las drogas como Portugal, ni siquiera en Europa. Sin embargo, en un contexto más hostil, influenciado y maniatado por los EE.UU. y Europa, América Latina expresó inconformismo y especialmente en Uruguay, se quiso ir más allá.

1.4. América Latina: entre la represión y las alternativas.

Como se expuso anteriormente, ALC han sido el factor común en las políticas antidrogas estadounidenses y europeas. Los esfuerzos para reducir el potencial de producción de cocaína y marihuana en los Andes y Paraguay, respectivamente, y las acciones para fortalecer la interdicción en Estados con fronteras porosas, han reducido la maniobrabilidad de la región para tomar decisiones decisivas frente al fenómeno. La Comunidad Andina (CAN), la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y en especial, la Organización de Estados Americanos (OEA), aunque tienen múltiples iniciativas de cooperación, no han desarrollado políticas comunes, por el contrario, los Estados han aplicado o adaptado las medidas que han considerado más oportunas.

La falta de consenso no ha perfilado en la región un paradigma o enfoque que la defina, el abanico de posibilidades es amplio y el espectro se mueve desde la erradicación de cultivos ilícitos y la penalización del porte y consumo, hasta las prioridades en prevención, educación y despenalización. Sin embargo, desde finales de siglo, la OEA promueve una mayor coordinación de las políticas de lucha contra las drogas por medio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), establecida por la Asamblea General en 1986. Su misión, es "fortalecer las capacidades humanas e institucionales de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas, y encarar consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas" (CICAD 2013, párr. 3), y para ello se ha centrado en la Estrategia Hemisférica

aprobada en 2010. Esta comparte principios básicos que ha adoptado Europa como el de responsabilidad compartida y programas de desarrollo alternativo, evidencia de un abandono paulatino del enfoque tradicional de "guerra contra las drogas".

Igualmente, mandatarios del hemisferio empezaron a debatir sobre la problemática mundial, Otto Pérez, Juan Manuel Santos, Rafael Correa y José Mújica, han hecho evidentes sus descontentos y puesto en la mesa las intenciones de cambio. Explorar nuevas opciones para fortalecer la lucha y ser más efectivos, es la consigna. Sin embargo, existen tantas opciones de cambio como distintas realidades en cada país, el problema lo vivimos todos pero de formas diferentes, incluso, si hablamos en conjunto de los países productores de Los Andes, de los tráfico en América Central o de los de consumo en el Cono Sur. Los efectos colaterales del narcotráfico son heterogéneos y se manifiestan de manera diversa, por lo que la clave del éxito, según la OEA (2013, pág. 111), está en un enfoque múltiple y flexible.

Actualmente, la lucha contra las drogas y el crimen organizado acaparan las agendas de los gobiernos, el aumento en el uso y abuso, y de la violencia organizada e interpersonal, son la preocupación en las sociedades de las Américas. Permitiendo, que el tema de la regulación legal de algunas sustancias esté susurrando el oído de algunos gobernantes, ya que las drogas en el mercado, podrían ser la fórmula para reducir las ganancias de las redes criminales y de los ingresos ilícitos del narcotráfico. No obstante, la región se ha caracterizado por ser receptora más no emisora de políticas, la delicadeza del problema ha conllevado a que dichas medidas sean tabú y se estén debatiendo hasta hace no más de un quinquenio.

La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, dirigida por tres ex mandatarios; César Gaviria, Ernesto Zedillo y Fernando Cardoso, fue la primera, por llamarlo así, en romper ese tabú. En 2009, presentó Drogas y Democracia: hacia un Cambio de Paradigma, un informe el cual esbozaba tres principios básico para abordar la problemática; (i) tratar el uso de drogas como un asunto de salud pública, (ii) reducir el consumo de drogas a través de la información, educación y prevención y (iii) direccionar la represión sobre los usuarios hacia el crimen organizado. (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia 2009, págs. 11-13) El objetivo, era hacer una evaluación del impacto

y eficacia de las políticas existentes en la región y contribuir a la construcción de nuevas; más seguras y más humanas, por medio del debate y la investigación.

El régimen internacional no está revirtiendo la oferta ni demanda de drogas, los efectos colaterales de la represión son más perjudiciales, en algunas ocasiones, que las drogas mismas, por consiguiente, varios países de la región han empezado a transformar y reconfigurar las políticas nacionales. La Suprema Corte argentina determinó que imponer sanciones criminales por posesión en pequeñas cantidades para el uso personal era inconstitucional y tras propuestas legislativas se redujeron las penas para crímenes leves relacionados a las drogas. En Bolivia, la Constitución considera que la hoja de coca es parte de la herencia cultural de la nación y tras la restricción anacrónica de la Convención Única sobre su uso, se convirtió en 2011, en el primer país en retirarse[15]. Por otra parte, la ley colombiana, estableció que una cantidad mínima de drogas para consumo personal no debía de estar sujeta a ninguna penalidad, actualmente, el porte para uso personal es de 1 gr de cocaína y 20 de cannabis. (de Carvalho 2014, págs. 11-16) Sin nombrar las modificaciones en Brasil, Ecuador y México la tendencia en el continente, incluyendo a EE.UU., es la de poder preservar de la mejor manera la salud y seguridad pública, así como reducir el agotamiento de los sistemas penitenciarios y judiciales.

Y si se pensaba que con estas reformas Latinoamérica estaba despertando del largo letargo en materia de drogas, Uruguay, rompió los esquemas. Los cambios más progresistas provienen del país oriental y como lo dijo Mújica en una entrevista al diario O Globo en Brasil, "Alguien tiene que ser el primero" (Malkes 2012). Uruguay, es el país pionero en legalizar el cannabis y se espera que para mediados de 2014 esté implementada toda la cadena de producción y venta para uso recreativo. Sin embargo, el proceso no fue nada fácil, más de cien años de historia sobre las políticas de drogas, desde su íntima relación con el impulso internacional de acuerdos multilaterales para el control de sustancias y tráfico hasta los cambios en la regulación en el presente, demuestran el amplio camino que debió recorrer.

[15] Bolivia vuelve a adherirse en el 2013 a la Convención después de una declaración en la que no acepta la restricción impuesta sobre el uso de la hoja de coca. El acullico o mambeo práctica ancestral indígena, es parte de la identidad boliviana.

1.5. Durante la prohibición en Uruguay.

Las políticas de drogas en Uruguay siempre estuvieron ligadas al régimen internacional, sin embargo, es de destacar que la idiosincrasia liberal promovió el uso de sustancias para usos medicinales y farmacéuticos a lo largo del territorio. Según Garat, (2013, pág. 4) a finales del siglo XIX y principios de XX, el cannabis, en varias presentaciones, la hoja de coca y el opio se utilizaban terapéuticamente al mismo tiempo que para la recreación. Esto condujo a que el país deseara regular el comercio y consumo, en ese entonces sin prohibición, desde el Comité Central Permanente del Opio de la Sociedad de Naciones.

Poco después, en la década de los 30, el poder en Uruguay es tomado, José Gabriel Terra con ayuda de la Policía y del Partido Nacional, da inicio a un nuevo periodo en la historia uruguaya; La Dictadura de Terra. El carácter conservador, autoritario y antiliberal de su gobierno se reflejó en el ámbito de las drogas, el discurso médico radicalizó la postura higienista, donde el control del cuerpo y de las costumbres sociales mejoraba la raza humana y por ende, las drogas eran consideradas factores de la degradación física y moral. (Garat 2013, pág. 5) Su llegada al poder, terminó con los rezagos del liberalismo de José Batlle y Ordoñez y como consecuencia las medidas prohibicionistas salieron a flote.

Como la hoja de ruta la marcaban las Convenciones y Tratados internacionales impulsados por EE.UU., para reducir y enfrentar el consumo se procedía de forma represiva. La policía tenía la facultad de detener a los usuarios y llevarlos frente a un juez, la cárcel o un hospital psiquiátrico, y como no había distinción entre consumidores y traficantes, el estado mental del "enfermo" y su adaptación social y posición económica determinaban su futuro. (Garat 2013, pág. 7) El fin de la Dictadura Terra llega con las elecciones de 1938 pero su legado no, las repercusiones morales de las drogas en la sociedad siguán arraigadas y hasta los años 70, la legislación uruguaya no sufre cambios relevantes.

En 1973, una nueva dictadura cívico-militar se establece encabezada por Juan María Bordaberry y a impulsos del gobierno americano, se firma el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP). Esta etapa se caracterizó por el afán de endurecer la represión a los consumidores y por el entrenamiento policial por parte de la

Administración para el Control de Drogas (DEA), sin embargo, con el decreto ley 14.294 se levantó la prohibición al consumo de Terra y se distinguió al consumidor como adicto o enfermo. (Garat 2013, pág.6) Esto dio impulso a que nuevas ideas empezarán a propagarse por los progresistas del congreso y se debatieran en el escenario político. Adela Reta, quién participó de una comisión parlamentaria sobre las drogas, reafirmaba el principio que el cultivo para uso personal no debía ser penado, agregando que:

> Se ha discutido ante los tribunales nacionales si puede considerarse la plantación de dos o tres semillas de marihuana…La ley, se refiere a la producción y tráfico en relación a una comercialización o distribución de la droga susceptible de poner en peligro la salud pública. Las disposiciones personales no tutelan la integridad física sino la salud pública y es por ello que la conducta debe participar de la naturaleza de los delitos de común peligro. (Asociación de Estudios del Cannabis del Uruguay [AECU] 2011, párr. 5)

Intervenciones, que en gran medida, fueron las que sembraron en los grupos de oposición las medidas que actualmente rigen la legislación. A diferencia de Portugal, Uruguay es uno de los pocos países que nunca criminalizó el consumo de drogas para uso personal, ya que siempre fue considerado como una violación a la libertad. Punto de inflexión en la política antidrogas y de la norma vigente.

Con la llegada de la apertura democrática y económica, estos países empezaron a evidenciar unas tasas de consumo y criminalidad sustancialmente altas. Las ciudadanías hambrientas a nuevas experiencias y a recuperar las libertades políticas y cívicas, aumentaron el mercado de las drogas caracterizado por su violencia y peligrosidad. Igualmente, los problemas en salud asociados al consumo y la desatención en la misma, convergieron en la proliferación de enfermedades crónicas e infecciosas.

Por lo tanto, la principal tarea hasta aquí, ha sido atacar el problema referente a las drogas más no el contexto en el que operan. Según Pardo (2010, pág. 15), "en los esfuerzos por combatir las mafias de las drogas la prioridad debe ser el desmantelamiento de las organizaciones de crimen organizado… su negocio es hacer dinero y si las drogas son rentables estarán ahí". También, no sólo se debe enfatizar en la reducción del consumo de drogas, el propósito debe estar encaminado a reducir la adicción o evitarla. Por ello, estos países han conseguido reformar sus leyes y aplicar medidas eficientes para atacar los problemas referentes a las drogas; la delincuencia y el detrimento de la salud mediante enfoques alternativos. Enfoques, que se consideran menos perjudiciales que los represivos.

2. DROGAS, DELINCUENCIA Y SALUD PÚBLICA.

La descriminalización de la posesión y consumo personal en Portugal y la legalización regulada en Uruguay, son muestras de las políticas que van más allá de la represión, y alternativas frente a las drogas. Y aunque para muchos, estas respuestas estatales son irracionales y contraproducentes, responden a la necesidad de enfrentar las consecuencias de las drogas y de las políticas prohibicionistas en contra de las mismas. Por estos motivos, este capítulo pretende mostrar la relación perjudicial entre las drogas, la delincuencia y la salud en los marcos prohibicionistas, identificando las sustancias, su consumo, las consecuencias, la Ley de Drogas en los respectivos países y el comportamiento de los mercados, para dar cuenta de la complejidad del fenómeno y dar razón del por qué se consideran factores incidentes en el cambio de la legislación. Por consiguiente, en primera instancia se quiere hacer una pequeña explicación de las variables, salud y drogas y luego de drogas y delincuencia, para después entrar a examinar los casos específicos.

El impacto negativo de las sustancias de control sobre la salud de los seres humanos y el desbordamiento de las conductas criminales vinculadas a las drogas, han hecho colapsar los aparatos judiciales, policiales y sanitarios, contribuyendo a la desestabilización de las dinámicas nacionales e internacionales de los países. Los nexos entre drogas, crimen y salud, han desencadenado el aumento de; robos/atracos, para procurarse de un producto encarecido por su ilegalidad, enfermedades crónicas e infecciosas como cáncer, VIH/SIDA y hepatitis, y en la consolidación del monopolio de una economía internacional ilegal liderado por organizaciones criminales, las cuales buscan su legitimación por medio de acciones violentas y corruptas, financiadas por las ganancias astronómicas del mercado de las drogas, permeando instituciones y sociedades.

El prohibicionismo se concentró en la eliminación de algunas sustancias psicoactivas para reducir las consecuencias peligrosas para la salud pública, en especial, las derivadas de la amapola, del cannabis y del arbusto de coca, lo que condujo a su represión[16]. Sin embargo, Uprimny (1994, pág. 125) señala que "a pesar de hacerse en

[16] Sustancias y productos de estupefacientes emanadas por el Régimen de Control Internacional de Drogas; las sustancias y productos vegetales contenidos en la lista expedida por la Convención Única de 1961, del

nombre de la salud pública, las actuales políticas no se han traducido en una mayor protección al consumidor, sino todo lo contrario", pues con la prohibición, no sólo se ha imposibilitado el control de calidad de los productos finales, sino que limita el alcance que tienen los consumidores a las sustancias, generando malos hábitos de consumo[17] por su rol de marginados y criminalizados. Las drogas al igual que el alcohol, sufren constantes adulteraciones, la interdicción en los insumos y precursores químicos, ha llevado a que se usen análogos o sustitutos de baja calidad, perjudicando la salud del usuario, en últimas, sin saber que está consumiendo.

Asimismo, por su ilegalidad, las drogas constituyen un nexo de alta complejidad con la delincuencia, y para los Estados se ha hecho imperativo y necesario prevenir los delitos relacionados con las drogas, como su definición y distinción. Sin embargo, es necesario resaltar que relación entre drogas y delincuencia no es sencilla ni generalizable, pues todo drogodependiente no comete delitos y todos los delincuentes no consumen drogas[18].

Para Goldstein (1985, pág. 143-174), la existencia de tres modelos es necesaria para establecer dicha conexión; un modelo psicofarmacológico; que establece la relación entre el consumo de drogas y conductas violentas por la ingesta de sustancias como alcohol, barbitúricos y estimulantes, otro económico-compulsivo; usuarios que para costear su consumo se ven envueltos en hechos delictivos, y finalmente un modelo sistémico, el cual, explica la violencia intrínseca al involucrarse con cualquier sustancia ilegal en los sistemas y redes de tráfico y distribución; disputas sobre territorios, asaltos y homicidios como medio de imponer códigos normativos, robos y retaliaciones de distribuidores, eliminación de informantes, castigos por adulteraciones, ajustes de cuentas y robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas. Lo anterior, permite dimensionar la magnitud del problema y sugiere profundas repercusiones a las políticas públicas, ya que son las sociedades las que responden a dichos comportamientos.

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y las sustancias químicas para la fabricación de drogas ilícitas expedida en la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Listas amarilla, verde y roja respectivamente).

[17] En especial se hace énfasis en el mal uso de jeringas para el consumo de drogas por vía parenteral, por ejemplo la heroína.

[18] Aparte donde el consumo y/o porte es penalizado, ejemplo; Tailandia.

Sin embargo, los más comúnmente estudiados y sobresalientes, algunas veces por sus castigos injustos, sus magnitudes mediáticas y fácil recolección, han sido aquellos delitos contra la legislación en materia de drogas. Para la UE, son "los consistentes en el consumo, posesión, cultivo, producción, importación y tráfico, pero también los delitos afines como los de fabricación y tráfico ilícitos de precursores o el blanqueo de capitales. Suelen incluirse también los delitos relacionados con la conducción y las drogas (conducción bajo los efectos de la droga)" (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT] 2007, pág.3). Por lo tanto, la transición a nuevos marcos alternativos debe tener un reconocimiento de qué es lo que se debe combatir. Enmarcándolo en la postura progresista, existe la necesidad de establecer opciones en las políticas de drogas en términos de sus costos y beneficios, si de reducir las consecuencias de las drogas y de las políticas del statu quo se trata, que mejor que aplicar nuevas medidas.

Tanto Portugal como Uruguay, después de tantos años de prohibicionismo y control social frente a las drogas, experimentaron, como se dijo anteriormente por razones coyunturales y similares, el aumento del consumo y abuso de dichas sustancias, y por consiguiente, sus consecuencias. Los problemas sanitarios y de delincuencia relacionada a la droga, los llevaron a modificar sus legislaciones para poder proveer la seguridad a sus ciudadanos, debilitar las fuentes de financiación de las organizaciones criminales, reestablecer derechos fundamentales y principalmente, protegerlos de los daños y tratar de reducirlos. A continuación, se verán, paralelamente, las evidencias de ese aumento en el consumo de drogas y de sus repercusiones sociales, las cuales llevaron a que estos países fueran pioneros y ejemplos en materia de políticas de drogas.

2.1. El caso lusitano.

Las mayores complicaciones de consumo de drogas en Portugal, se evidenciaron a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, pero lastimosamente no existieron los medios para cuantificar la magnitud del problema. Los datos son escasos, pero se sostiene que la concentración del abuso de sustancias se estableció en las grandes ciudades; Lisboa y Porto, donde se presentó un elevado consumo de drogas intravenosas y altas tasas

de transmisión de VIH. Tal fue el impacto de la problemática en la sociedad, que el principal objetivo de la Estrategia Nacional Antidroga de 1999, fue un llamado a la recolección de datos más fiables, válidos y completos, relacionados al fenómeno de las drogas. (Loo, et al. 2002, pág. 51) Sin embargo, con los datos disponibles, obtenidos de instituciones oficiales y, codificados por el IPDT, se pueden evidenciar las consecuencias para la salud, sociales y legales propias de las sustancias ilícitas.

Aunque el consumo de drogas en la población fue evolucionando como consecuencia de la apertura y crecimiento económico, la heroína se convirtió y sigue siendo, la sustancia más involucrada al uso problemático en Portugal. Los indicadores relacionados a la salud; la demanda de tratamiento, las muertes relacionadas con las drogas y los comportamientos de riesgo asociados a las enfermedades infecciosas, y los indicadores de ley de drogas; condenas por uso, posibles infractores y crímenes relacionados, ratifican la peligrosidad de la sustancia, sus daños y trastornos (Instituto Português da Droga e da Toxicodependência [IDPT] 2000, pág. 14). Aun así, es notable destacar que en algunas zonas específicas y poblaciones particulares, las drogas de síntesis como el LSD y MDMA[19], marcaron una tendencia, desplazando en algunas ocasiones, el consumo de heroína y cocaína (Anexo 4).

2.2. Consecuencias para la salud, sociales y legales de las drogas.

El consumo de drogas y su abuso, son factores de riesgo para las personas y para los mismos Estados, ya que muchos de sus efectos nocivos, se traducen en el incremento del costo de atención a la salud. Por lo tanto, tener control sobre los indicadores relacionados, permite una recolección de información veraz para poder dimensionar y comprender el problema epidemiológico. La salud, como derecho fundamental, es un punto álgido en las políticas públicas y demanda constante de las sociedades, por ello, la prevención, la educación y el restablecimiento de la misma, deben de ser prioridad.

[19] Las drogas sintéticas, son sustancias químicamente alteradas y distintas en su estructura molecular. Alucinógenos como el LSD Y el MDMA (Dietilamida de ácido lisérgico y 3,4 metilendioximetanfetamina, respectivamente).

Para el IPDT, las consecuencias para la salud referentes a las drogas son y fueron de vital importancia, primero; para poder hacer un análisis de cuáles eran los puntos problemáticos para atacar con la descriminalización y segundo; para ver si fueron subsanados por la misma. La demanda de tratamiento por drogas, las muertes relacionadas a las mismas y las enfermedades infecciosas, a finales de los ochenta, comenzaron a preocupar por su aumento sostenible y alcances inimaginables. Aunque existían programas y tratamientos alternativos desde 1977, estos no tuvieron el impacto necesario para controlar la epidemiología de las drogas, ya que se seguía persiguiendo y tratando a los consumidores como delincuentes. Los tratamientos de sustitución de opiáceos (OST) y el programa "Say no to a second hand syringe" de intercambio de jeringuillas, no fueron suficientes para los demandantes y peor aún, no estaban en sinergia con la ley de drogas, convirtiéndolos en mecanismos de poca eficacia.

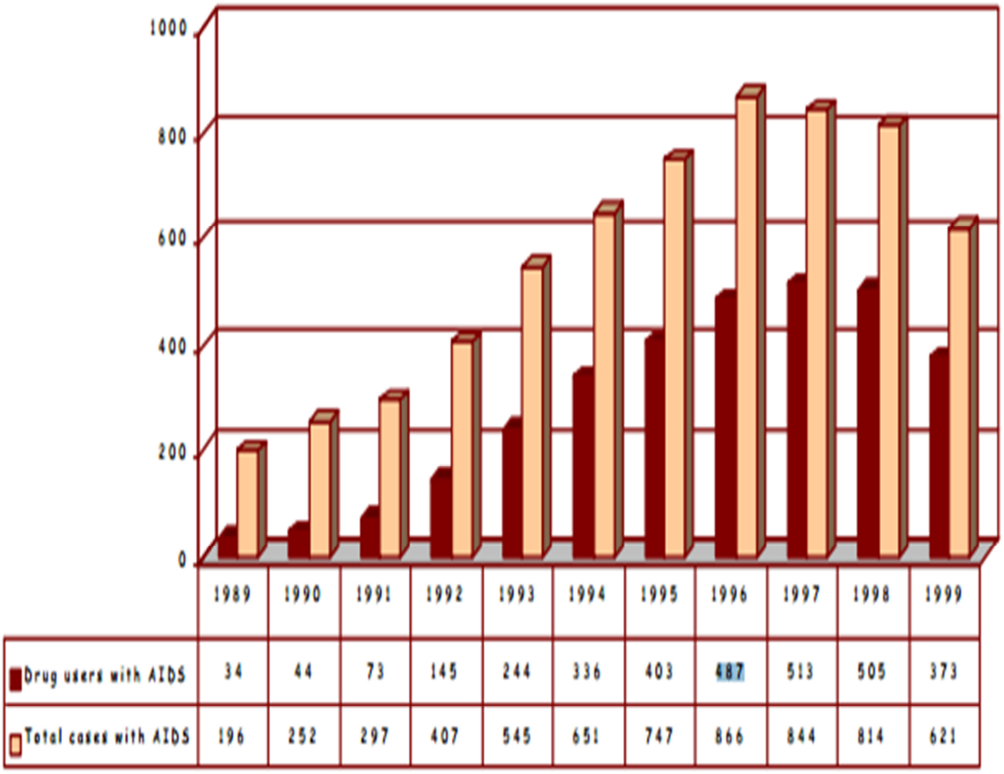
Los indicadores de demanda de tratamiento de drogas son de gran importancia, ya que ayudan a vislumbrar las capacidades del Estado en materia de infraestructura y diálogo con los consumidores. Aunque en algunos casos, no se tienen en cuenta los usuarios de la calle y aquellos que abusan de sustancias diferentes a la heroína, permiten mostrar tendencias y acogida de las políticas públicas ejecutadas para reducir los daños. Para 1999, la demanda de tratamiento en los servicios especializados públicos, del Servicio de Prevención y Tratamiento de Toxicodependencia (SPTT), aumentó en un 12.9% en relación con el año anterior, disminuyendo la lista de espera de usuarios para tratamiento a más de la mitad y aumentando la capacidad de clientes activos (un total de 27.750). (IPDT 2000, pág.23) Igualmente, se demostró que las regiones con mayores reportes de clientes, primeros ingresos y consultas de seguimiento, son las de Lisboa y Valle del Tajo y la del Norte, donde se encuentran los distritos más populares; Lisboa, Setúbal y Porto.

Los tipos de tratamiento para los clientes activos, conciernen a los programas libres de drogas y a los de sustitución de opiáceos. De la totalidad de los clientes activos en 1999 del SPTT, el 78% estaba en programas libres de drogas, mientras que el 22% restante en sustitución, específicamente el 88% con Metadona y el 12% con LAAM (5.343 y 697 respectivamente) (Anexo 5). Los encargados del suministro y administración de los análogos, son los centros especializados del SPTT, aunque cuentan con la colaboración de

entidades públicas, como hospitales, centros de salud y cáceles, para poder lograr una mayor cobertura y accesibilidad. Sin embargo, en 1998 comenzó el OST en farmacias y para el año siguiente ya 117 establecimientos estaban administrando metadona para un total de 278 clientes activos, los cuales, en su mayoría eran varones. (IPDT 2000, pág. 25-26)

Para el primer trimestre de 1999, centros especializados del SPTT, determinaron que aproximadamente el 84% de los usuarios de drogas en tratamiento y aquellos que lo requirieron por primera vez, usaban heroína, el 43% cocaína y el 45% usaba, por lo menos una vez durante el último mes, la ruta de administración intravenosa, posibilitando la adquisición de enfermedades infecciosas o cualquier otro problema de salud. Los resultados de las pruebas toxicológicas en este periodo, arrojaron que el 17.7% era positivo VIH, el 6.4% era positivo Hepatitis B, el 55.7% positivo C y el 1.4% positivo para tuberculosis. (IPDT 2000, pág. 26) El VIH/SIDA, la hepatitis y la tuberculosis, son las principales enfermedades infecciosas causadas por el mal uso de drogas por vía intravenosa, sus costos económicos son altísimos y los sociales, algunas veces, irremediables. Por consiguiente, se hace necesario su control y seguimiento. Aunque, para finales de los 90, las cifras eran verdaderamente abrumadoras, según el Centro de Vigilancia Epidemiológico de Enfermedades Transmisibles (CVEDT), desde 1997 el número de consumidores diagnosticados con SIDA se ha venido estabilizando.

Gráfico 1. Usuarios de drogas con SIDA y casos diagnosticados entre 1989-1999.



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Drug users with AIDS	34	44	73	145	244	336	403	487	513	505	373
Total cases with AIDS	196	252	297	407	545	651	747	866	844	814	621

Fuente: (IPDT 2000, pág. 27)

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la proporción del grupo de transmisión, en este caso la población usuaria de drogas, aumentó notablemente en la última década del siglo XX, del 17% en 1989 al 60% en 1999, con su punto más álgido en 1998, con el 62% (ver gráfico 1). Lo anterior, puede atribuirse al incremento de notificaciones de contagio y a la prioridad de información y vigilancia en comparación a los otros grupos. De hecho, las enfermedades asociadas al consumo de drogas, han acaparado los servicios de salud y en gran medida contribuido a su mejoramiento. Lamentablemente, más de la mitad de las personas con estas enfermedades, especialmente VIH positivo, no acceden a tratamientos antirretrovirales y los problemas que pueden acarrear a largo plazo, pueden llegar a ser nefastos. De las muertes reportadas por CVEDT, 1.722 desde el 83 hasta el 99, ocurrieron entre usuarios de drogas con SIDA, representando el 53% de esa población. (IPDT 2000, pág. 28)

Finalmente, uno de los indicadores más impactantes y que en cierta medida, es determinante para la creación de las políticas públicas frente a los daños relacionados con las drogas, es el de las muertes inducidas por las mismas. La ingesta de sustancias ilícitas puede ser causante directa de muerte por sobredosis o envenenamiento. El antagonista, los opiáceos, ya que están presentes en la mayoría de los casos de muertes relacionadas a las drogas, causados por sustancias ilegales en los exámenes toxicológicos.

Portugal, presentó un incremento sustancial en el número de muertes relacionadas a las drogas desde 1989 en las regiones centro, sur y norte, donde se encuentran ciudades más importantes; Lisboa, Porto y Coímbra. Según los Institutos de Medicina Legal, la región sur, es la que registra el número más alto de muertes, 1301 hasta 1999, mientras que entre las regiones restantes tan sólo 739 casos. Para el mismo año, el número de muertes es el más elevado en esa década con 369, contribuyendo con el 18% a la totalidad de las cifras (2040 muertes) (Anexo 6). Alrededor del 95% de los 2.040 casos, se involucran opiáceos, ya sea de forma exclusiva (29%) o en asociación con otras sustancias (66%), principalmente, cocaína y/o alcohol (50%). (IPDT 2000, pág. 28)

Hasta aquí, estas eran las condiciones a las que se enfrentaban los usuarios de drogas, especialmente los de drogas inyectables, los cuales al ser criminalizados y marginados, en un principio, no tenían acceso libre a los servicios de salud y más adelante complicaciones por su sobrecarga. Los programas de sustitución y de jeringuillas, son muestra de que la reducción de daños siempre ha sido de vital importancia para atender las necesidades y demandas en materia de salud de los usuarios y las de su entorno. Entonces, se hace necesario que las políticas de drogas se encuentren en sinergia con estas iniciativas, ya que de lo contrario resultarían contraproducentes y más perjudiciales que las mismas drogas. Sim embargo, la salud pública no fue el único problema y factor de cambio, las consecuencias sociales y legales, como se dijo anteriormente, propias de la droga y de sus políticas represivas, saltaron a la vista y generaron desvelo.

Los consumidores, dependientes y problemáticos, ven el detrimento de su estado de salud y posición social al no verse alcanzados por ningún tipo de tratamiento. Gran variedad de factores sociales como el desempleo, la marginalización, la criminalización, el racismo y la falta de perspectivas sociales y familiares, entre otros, los impulsan a cometer

delitos para poder satisfacer su necesidad de consumo. Los estudios policiales para 1999 en Portugal, relacionados al consumo de drogas, se concentraron en los delitos específicos contra la propiedad, el robo y el hurto.

Según el cuerpo de investigación de la Policía Criminal portuguesa, especialista en el área de robo y hurto, existe una clara relación entre el uso de drogas y dichos delitos, en la cual, se vislumbra la heroína como la droga principal. De acuerdo con el perfil de los presuntos delincuentes, se puede concluir que el 90% son hombres, menores de 25 años de edad (70%) y provenientes de una clase social baja, con un grado de estudio inferior y/o desempleados, que actúan de manera sistemática a la hora de realizar los crímenes, preferiblemente solos y en un 80%, usuarios de heroína. (IPDT 2000, pág. 35) Con esto se puede evidenciar, que el papel de las drogas duras conlleva a que los consumidores comentan delitos, por la alta dependencia que generan y por sus precios elevados[20].

Por otra parte, una serie de investigaciones desarrolladas bajo el marco de Droga-Crimen: Estudios Interdisciplinarios de 1996, procuraban analizar el uso de drogas en la población reclusa y las diferencias entre los comportamientos criminales de los consumidores y de aquellos que no lo eran. Los resultados de estas investigaciones, constataron que alrededor del 75% de los prisioneros tenían antecedentes con el uso de heroína y algunas veces con cocaína, mientras que no se pudo encontrar un vínculo directo entre crimen y el uso de hachís, asimismo los consumidores estando en prisión, quedaban propensos a recaer y persistían en las acciones relacionadas al crimen, empero, cometieron 4 veces crímenes menos violentos que los no consumidores. (IPDT 2000, pág. 35) Por lo tanto, las cárceles albergaban un elevado número de usuarios de drogas duras que difícilmente tenían acceso a tratamiento, lo que los impulsaba a recaer y a fortalecer el vínculo con la criminalidad. Un temprano acompañamiento, educación y prevención frente al consumo, hubiese impedido dicha realidad.

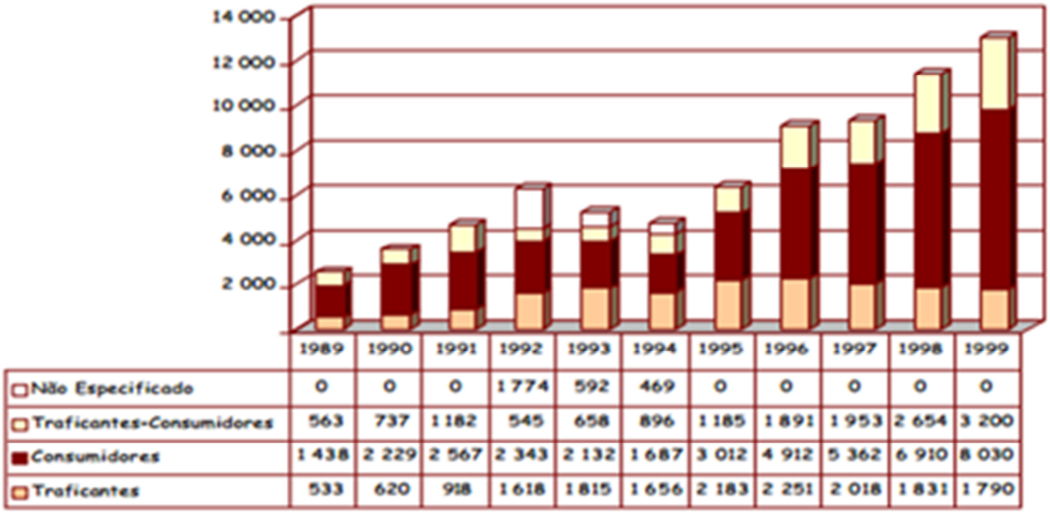
[20] Se pueden evidenciar tres fases de acuerdo con la vida del individuo y el vínculo drogas y crimen. En la primera; el consumo y las actividades criminales no están claramente definidas, en la segunda; el uso de drogas duras incrementa la posibilidad de que el individuo cometa acciones criminales, robo, hurto y tráfico, y en la tercera; el consumo se hace prioridad por lo que el robo y hurto se hacen esenciales, mientras que el tráfico disminuye.

Pese a lo anterior, los ojos estaban puestos en la saturación y agotamiento de los sistemas; judicial y penitenciario/carcelario, como consecuencia de los delitos a la legislación de drogas (producción-tráfico-consumo). Antes de la descriminalización, los índices de presuntos delincuentes, condenados y sujetos en prisión, relacionados a estos delitos, aumentaban año tras año al que igual que los gastos que generaban. En 1999, se presentó un crecimiento considerable en las incautaciones de todas las drogas en comparación al año anterior[21] y un total de 13.020 casos de presuntos delincuentes; 61% identificados como presuntos consumidores, el 25% como presuntos consumidores/traficantes y un 14% como presuntos traficantes. (IPDT 2000, pág. 29) La droga más involucrada a estos delitos, nada más ni nada menos que la heroína, incluso superando el consumo y consumo/tráfico del cannabis.

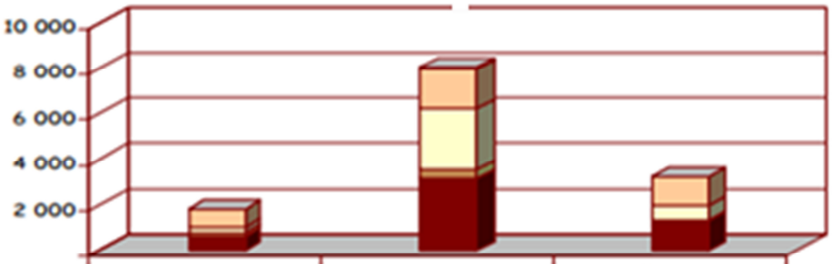
Entre 1989 y 1999, se presentó el incremento de más del 500% de los casos de presuntos delincuentes. De los tres grupos, los consumidores fueron los que más se destacaron por su ensanchamiento, pasaron de ser 1.438 a 8.030 un año antes de la aprobación de la ley 30. 3121 casos de consumidores de los 8030, corresponden a usuarios de heroína y reuniendo los delitos de los tres grupos, 5.018 en 1999, los consumidores son más del 60%, seguidos por usuarios de cannabis y de polidrogas (ver gráfico 2). Aunque los consumidores tienen un peso considerable en este tipo de delitos, se caracterizan y se diferencian de los otros grupos, en especial, de los traficantes.

[21] El aumento del 8% en heroína, 23% en cocaína, 32% en hachís y 109% en éxtasis.

Gráfico 2. Presuntos infractores por año y categoría 1989-1999 y presuntos infractores por categoría y tipo de droga 1999.



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Não Especificado	0	0	0	1 774	592	469	0	0	0	0	0
Traficantes-Consumidores	563	737	1 182	545	658	896	1 185	1 891	1 953	2 654	3 200
Consumidores	1 438	2 229	2 567	2 343	2 132	1 687	3 012	4 912	5 362	6 910	8 030
Traficantes	533	620	918	1 618	1 815	1 656	2 183	2 251	2 018	1 831	1 790



	Traficantes	Consumidores	Traficantes-Consumidores
Outros	15	68	20
Polidrogas	740	1 753	1 242
Cannabis	278	2 669	591
Cocaína	139	419	68
Heroína	618	3 121	1 279

Fuente: (IPDT 2000, pág. 30)

En cuanto a los individuos condenados y en prisión por infringir la legislación de drogas, los consumidores pasan a un segundo plano, mientras que los traficantes y los consumidores/traficantes, concentran la mayor población en procesos y prisiones. La base de datos de las decisiones de los procesos de delitos por infracción a la ley de drogas,

registró para 1999, 2.846 casos que finalizaron y un total de 4.561 individuos llevados a cortes y tribunales, generando una disminución con el año anterior gracias a que el 41% menos de consumidores no fueron llevados a las cortes y los demás grupos tan sólo aumentaron en un 7% y 10% (traficantes y consumidores/traficantes, respectivamente). (IPDT 2000, pág. 31) Esto pudo verse reflejado con unos pequeños cambios en la legislación a partir del Decreto Ley 31/99 donde el IPDT fue creado y se aprobó Estrategia Nacional para la Lucha contra las Drogas.

En 1998 se presentó una disminución frente al año siguiente pasando de 4.699 a 2.900 condenados; traficantes 57%, consumidores 37% y el 6% consumidores/traficantes (Anexo 7). Esto se reflejó en la población reclusa en virtud de la ley de drogas, ya que desde 1991 no había disminuido. A finales de los noventa, los prisioneros eran 3.863, donde el 99% eran convictos por crímenes relacionados al tráfico (87% por tráfico, 6% por tráfico menor y 6% por tráfico/consumo) y el 1% por consumo. (IPDT 2000, pág. 34) Esto demuestra la importancia de las iniciativas que daban paso a la consagración de la nueva legislación, en donde se mantenían los castigos por tráfico, pero se reformaban para el consumo.

Aunque la descriminalización en Portugal terminó siendo un punto de inflexión en el tratamiento al fenómeno de las drogas por sus resultados, sólo respondió de la mejor manera a los problemas de salud, sociales y legales que el país estaba padeciendo. Cada pueblo vive las consecuencias nocivas de las drogas y de la represión de maneras diferentes. El proyecto de legalización en Uruguay, por ejemplo, responde a una serie de necesidades, que aunque parecidas a las de Portugal, son únicas.

2.3. El caso uruguayo.

Las consecuencias del consumo para la salud pública y la criminalidad relacionada a la droga en Uruguay, llevaron a que se tomaran otros rumbos. Aunque las altas tasas se presentaron al igual que en Portugal, después de la apertura democrática y fortalecimiento de las libertades individuales, las diferencias saltaban a la vista. La prevalencia de consumo de drogas, la población reclusa por violación a la ley de drogas, los alcances de los

problemas sanitarios por drogas inyectables, las características sociodemográficas de los involucrados, la violencia en los mercados y muchos otros indicadores, demuestran que aunque los factores de cambio son los mismos, están asociados a comportamientos y sustancias diferentes.

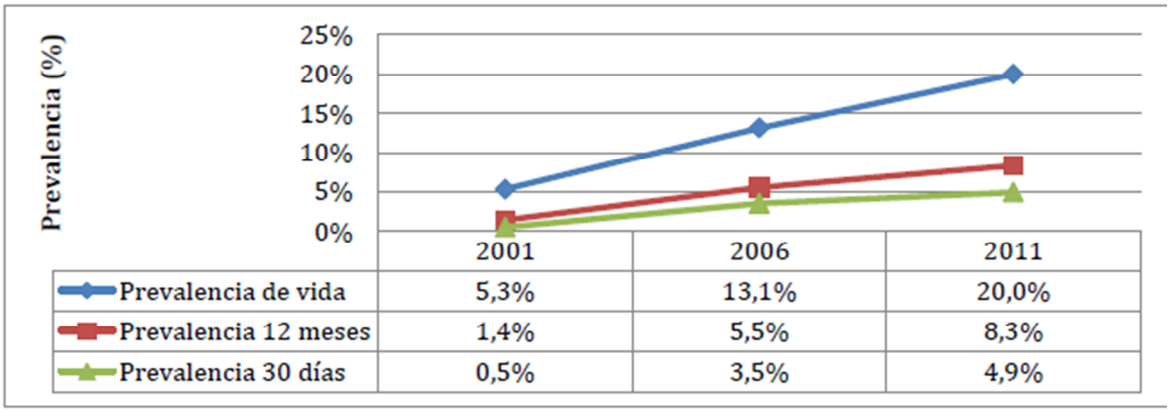
Lastimosamente, la desinformación también jugó un papel importante, ya que fue hasta finales de los 80 que se creó la Junta Nacional de Drogas (JND) y finales de los noventa, donde se empezaron a desarrollar investigaciones epidemiológicas que pretendían dar a conocer la magnitud y características del consumo de drogas lícitas e ilícitas. Las estadísticas en ocasiones son limitadas, ya que los estudios son exclusivos para áreas metropolitanas, no se tienen en cuenta la totalidad de las poblaciones encuestadas o la muestra es muy pequeña. Por lo tanto, es probable que la prevalencia del consumo que se reflejan en los informes sean inferiores, pese a lo anterior, el cruce de datos e informes independientes, pueden ayudar a proporcionar una visión amplia de los indicadores, especialmente, el de consumo. (Sanjurjo 2013, pág.15)

En 1998, la II Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas (ENCD), constató que el cannabis era la droga preferida por los consumidores mientras que de las drogas lícitas, el alcohol y los tranquilizantes ocupaban los primeros puestos. La encuesta, mostró que 50.000 personas habían recibido oferta de cannabis 30 días antes a la encuesta, mientras que 14.000 de cocaína, la segunda droga preferida y con un estimado de 3.000 dependientes como mínimo. (JND 1998, pág. 1) Aunque parecen datos insignificantes, dentro de una población pequeña como la uruguaya, se considera una demanda importante con una cierta aceptación social y abastecida por un mercado amplio y accesible, que con el tiempo conduciría a un problema casi generalizado entre la población, en especial, la de los jóvenes.

El cultivo de cannabis es el más amplio en comparación con los cultivos de uso ilícito de donde provienen las otras drogas naturales, su adaptación climática y fácil cuidado, la han convertido en la sustancia de mayor producción y consumo. Prácticamente se cultiva en todas partes y alrededor de 230 millones de personas hacen uso de ella. En Uruguay no es la excepción y es la droga preferida, para 2011 la V ENCD concluyó que "el 20% de las personas entre 15 y 65 años han consumido cannabis alguna vez en su vida,

en tanto que 8,3% declaran haber consumido la sustancia en los últimos doce meses y 4,9% declaran haberla consumido en los último 30 días" (JND 2011, pág.25). Lo anterior, puede ser el resultado de la normalización del consumo y del desconocimiento de los riesgos asociados a la salud, lo que puede generar niveles de consumo tan elevados como los de EE.UU. y Canadá.

Gráfico 3. Evolución consumo de cannabis en Uruguay 2001-2011.



	2001	2006	2011
Prevalencia de vida	5,3%	13,1%	20,0%
Prevalencia 12 meses	1,4%	5,5%	8,3%
Prevalencia 30 días	0,5%	3,5%	4,9%

Fuente: (JND 2012, pág. 25)

2.4. Consecuencias para la salud y criminalidad relacionada a las drogas

Aunque la percepción de altos riesgos del cannabis es baja en la población uruguaya, ya sea por los usos medicinales a los que se le asocia o por la comparación entre las otras drogas de uso, su consumo puede llegar a acarrear problemas para la salud. Al ser una sustancia que se puede fumar, los consumidores pueden llegar a contraer enfermedades crónicas, como las respiratorias o el cáncer. Del mismo modo, se evidencia que cuanto más dure el periodo y mayor sea la frecuencia de consumo, es mayor la probabilidad de desarrollar un uso problemático. Según la V ENCD, la mitad de los consumidores diarios de marihuana presentan signos de uso problemático; 21.138 personas las cuales representan el 1,4% total de la población. (JND 2011, pág.25) Generando daños, perjuicios y pérdidas a los propios individuos, a la sociedad y al entorno.

El problema social del cannabis aunque es muy importante, no es el único riesgo a la salud asociado a las drogas, el consumo de cocaína y pasta base de cocaína (PBC[22]) son de gran importancia parta entender el fenómeno del VIH. Uruguay, no es un país que presente altos niveles de consumo de opiáceos, empero, existe un gran número de usuarios que consumen cocaína vía intravenosa, por ende, vulnerables a adquirir el virus. En el país, "el 22,8% de los casos de VIH son usuarios de drogas inyectables y esta cifra alcanza al 47% de los infectados en el tramo de 15 a 24 años… donde la cocaína es la droga de preferencia entre los usuarios" (Osimani, et al. 2004, pág. 57). Lo anterior, condujo a que se pensara en el bienestar e implementación de nuevos programas durante la represión, la distribución de materiales educativos y programas de distribución de jeringuillas esterilizadas abrieron paso a una nueva etapa.

Por otro lado, estudios demuestran que el consumo de PBC incrementa el riesgo de contagio de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, ya que en su consumo problemático se presentan prácticas sexuales de riesgo considerable. Según Osmani (2004, pág. 158) el contagio de VIH y Hepatitis B se produce de forma similar, sexo por drogas y dinero, sin preservativos y con un mayor número de personas son los factores principales, mientras que de Hepatitis C, por la exposición de sangre contaminada a partir ulceraciones y sangrado nasal. Por tanto, la prevención e intervención temprana de consumo ha sido la principal estrategia, ya que en muchos casos, estos consumidores empezaron con cannabis.

En materia de tratamiento, al existir la penalización de facto, los consumidores no asistían a los centros públicos, ya que en ellos se sentían estigmatizados, perseguidos y maltratados, por ello, acudían a centros privados donde no atendían sus necesidades de manera efectiva pues se basaban en la abstinencia. Uno de los antecedentes más recientes sobre el tema, es el Primer Censo Nacional y Segundo en Montevideo de Centros de Tratamiento y Usuarios de Droga de 2010, que pretendían codificar información para poder corregir las falencias en la salud pública mediante la generación de políticas. Para ese año, se contaba con un total de 38 centros de tratamiento y de atención, de los cuales, 29 se concentran en Montevideo y los demás al interior del país, predominando el sector

[22] Pasta base de cocaína, pasta de coca o basuco. Droga estimulante elaborada con los residuos del proceso de fabricación del CLH.

institucional privado sobre el público (24 y 13 respectivamente). (Bardazano 2014, pág. 28) La demanda de cada una de las instituciones depende del sector donde se encuentre y de la población a la que va dirigida.

Montevideo al albergar la mayor cantidad de instituciones, es el que acoge la mayoría de usuarios, los cuales, se concentran en las instalaciones del sector público, aunque como se dijo anteriormente, tiene una relación desfavorable con el privado (7 de 10 usuarios hacen parte de estas instituciones, 1 de cada 10 en privadas financiadas por el Estado, y 3 de cada 10 en privadas). De las 1.227 personas, tan solo el 14% recibe tratamiento en las instituciones al interior del país y un total del 45% ya había estado en tratamiento, una o más veces. (Bardazano 2014, pág. 29) Esto puede deberse a que la droga de mayor impacto en tratamiento es el PBC, pues sus efectos estimulantes al sistema nervioso central, la tornan extremadamente adictiva.

En general, los estudios sociodemográficos demuestran que los daños, perjuicios y pérdidas que componen el problema de las drogas en Uruguay, afectan de forma sistemática la salud pública. La falta de recursos para los sistemas de tratamiento, la accesibilidad a drogas más riesgosas, las restricciones a los usos medicinales y la desinformación sobre los riegos, entre otros, son los efectos colaterales que con la legalización se quieren contener. Incluso, abarcaría componentes esenciales de la seguridad, el orden público y la justicia criminal.

Este aumento sostenible del consumo de cannabis y de otras drogas ilícitas, ensancharía la demanda y con ello el incremento de los beneficios del tráfico de drogas. Como consecuencia, el fortalecimiento y la ampliación de las redes criminales causarían la agudización del modelo sistémico. Los ajustes de cuentas, los homicidios violentos y las guerras por territorios, serían los obstáculos que debería sortear el consumidor recreacional para acceder a la sustancia. Por ello, el Estado ha arriesgado en presentar la legalización del cannabis como un mecanismo de respuesta al fenómeno, ya que considera que con esta nueva legislación se reducirán los costos, daños y riesgos de la prohibición.

Sin embargo, la percepción de inseguridad no sólo recae sobre estos factores, entre 2002 y 2012 se demostró que el aumento de PBC en las calles y la falta de oportunidades económicas, alimentaron la actividad criminal aproximadamente en un 200%. Hasta el

2002, se habían reportado 8.500 robos, mientras que una década más tarde la cifra ascendía a 16.812, año en el que se presentó el número más alto en reportes de la historia, 265. (Ramsey 2013, pág. 15) Lo que representa un alto número de personas recluidas por este tipo de delito, el cual se ve asociado a la necesidad de satisfacer el consumo.

Los últimos estudios de la JND, de la Universidad de la República y de la CICAD, acerca de la población privada de la libertad en el país, muestran un aumento sostenible de reclusos en la última década, al igual, que del uso y abuso de sustancias ilícitas. La mayoría de los reclusos consumen o han experimentado con drogas, sin embargo, tan sólo el 10%[23] de los prisioneros lo está por infracciones a la legislación de drogas; narcotráfico, estupefacientes y/o tráfico, siendo alrededor de 800 personas. (Bardazano 2014, pág. 35) Este número, puede deberse a que el consumo y la posesión para el uso personal no son penados, a diferencia de Portugal antes del 2000.

Las prevalencias inmediatas al delito de las drogas, muestran que la sustancia ilícita preferida es la marihuana. Después del alcohol, es la droga que presenta mayores porcentajes de consumo tres días antes o el día de la detención. Un informe de la ONU (Oficina Contra las Drogas y el Delito [UNDC] 2010, pág. 57), basado en el estudio uruguayo "Consumo de Drogas en detenidos recientes" de 2005, muestra que el 18% de los detenidos declaró haber consumido marihuana en los tres días previos a la detención; un 8,5% consumió pasta base, y un 2,2% cocaína. El día de la comisión del delito, los porcentajes bajan significativamente, incluso el del alcohol, que es la droga principal.

Asimismo, se puede evidenciar una relación entre las drogas de consumo y su prevalencia con los delitos cometidos. Muchos comportamientos delictivos se asocian más al consumo de unas sustancias que de otras, por ejemplo, la marihuana al desorden público y daños a la propiedad, mientras que el PBC al hurto agravado y al robo. Aun así, la preocupación y la inversión Estatal se concentran en el proceso de personas por la ley de estupefacientes.

Finalmente, la justicia criminal, la salud pública y, la seguridad y el orden público, resultan determinantes para el mantenimiento del statu quo o el cambio en la política. La

[23] Según el estudio SERPAJ del 2012 "Hacia una política en privación de libertad", los detenidos por delitos relacionados a las drogas muestran el segundo porcentaje más alto, 15,3%.

violencia urbana, la percepción de inseguridad y la violación de la ley observable, han hecho que las instituciones procuren un mejor entorno para sus comunidades. Al igual, los altos costos del sistema judicial, penitenciario y policial, como consecuencia de procedimientos destinados a incautar menos de 10 gramos de marihuana y pocas plantas, han vulnerado los derechos de disponer de dosis mínimas para el propio consumo e ir en contravía de la despenalización. Por estos motivos, el Estados está cargando con un peso que pronto no podrá sostener, al igual que Portugal ha decidió dar un giro para poder alivianarlo.

A manera de corolario, Portugal y Uruguay aunque con sus diferencias, han visto como las drogas y sus políticas restrictivas han ido en detrimento de la salud y la seguridad de sus ciudadanos, despertando en la opinión pública inconformismo y malestar. Asimismo, las contradicciones en la legislación de drogas han hecho que los Estados incurran en costos cada vez más elevados, en la sobrecarga de los sistemas y en la desprotección de los derechos individuales de sus ciudadanos. Por lo tanto, las alternativas son la salida a los problemas que el prohibicionismo no pudo resarcir y a los que agudizó. La descriminalización a la portuguesa y la legalización responsable charrúa, son los marcos alternativos al prohibicionismo que han hecho posible que el individuo y no la sustancia, sean el nuevo enfoque.

3. MARCOS ALTERNATIVOS AL PROHIBICIONISMO EN PAÍSES NO PRODUCTORES.

Portugal y Uruguay no han sido los únicos países que han empleado buenas prácticas en reformas legislativas en materia de drogas, Holanda, Inglaterra, España, y en general los países de la Unión, están estrechamente relacionados a medidas alternativas que procuran, sin ir en contra del régimen internacional, alejarse de la represión y del prohibicionismo recalcitrante. Además, en el continente americano el debate ha crecido recientemente desde la legalización del consumo de cannabis en los estados de Colorado y Washington, en EE.UU., y las declaraciones oficiales de mandatarios latinoamericanos en organizaciones y foros internacionales, lo que ha demostrado, el inconformismo en la manera de combatir la problemática. Los cambios en la legislación se han hecho necesarios y urgentes, sin embargo, no han tenido el impacto de la descriminalización a la portuguesa ni de la legalización uruguaya.

Estas reformas, dentro de un gran abanico de posibilidades, han sido pioneras y ejemplarizantes, no sólo para pensar en un mejor futuro sino para para aprender a vivir con el problema. Las políticas punitivas; encargadas de castigar y sancionar con severidad los eslabones de la cadena del narcotráfico y las compensatorias; que buscan mitigar los costos del combate frontal, como la sustitución de cultivos (Tokatlian 2009, pág. 320-321), no han sido lo suficientemente efectivas para controlar las drogas y reducir sus daños. Sin embargo, no quiere decir que la descriminalización y legalización lo vayan a hacer por sí solas, estas reformas deben venir acompañadas de políticas públicas sincronizadas, inversión en el sector público, apoyo a la investigación y ciencia, entre otros, para que puedan ir en armonía con las necesidades de los Estados y las de sus sociedades.

Con lo anterior y lo expuesto en los primeros capítulos, a continuación se analizarán las reformas a la legislación de drogas en los dos países, su importancia, resultados y expectativas, demostrando que el prohibicionismo no es la única salida y que más que contraproducentes, la descriminalización y legalización regulada son las promotoras de un cambio inevitable; la forma de combatir el fenómeno y sus efectos colaterales.

Tanto Portugal como Uruguay, apostaron por un cambio en la manera de combatir la inmensa problemática mundial, lo cual, no sólo es de admirar sino también de hacer seguimiento, ya que puede ser una motivación e invitación a que otros países lo decidan hacer. La ley 30/2000 del 29 de noviembre y la Ley 19.172 del 20 de diciembre de 2013, se mostraron como alternativas peligrosas y contraproducentes, la oposición, la opinión pública y la comunidad internacional, criticaron y atacaron con severidad las propuestas, suponiendo un aumento en el consumo. Aun así, los resultados muestran lo contrario en Portugal, y en Uruguay, se espera lo mismo del tan solemne experimento.

3.1. La descriminalización portuguesa.

La Ley 30/2000 del 29 de noviembre, la cual promulga la despenalización de todas las sustancias para su porte y uso personal, entró en vigor en 2001 y con ella, la primera encuesta nacional sobre el uso de drogas en el país. La muestra se extendió hasta 15.000 individuos que representaban la población portuguesa y fue seguida por una en 2007 sobre una muestra de 12.202, los resultados de la última todavía no se conocen y se realizó en el año 2012. (EMCDDA 2014, párr. 1) Sin embargo, los reportes anuales muestran una radiografía completa de la situación del fenómeno de las drogas; mercado, epidemiología, etc., exponiendo el comportamiento y evolución del fenómeno. Este, fue el primer aviso de una estrategia renovada en cuanto a la lucha frente a las drogas, conocer al enemigo y saber a qué se está enfrentado. Pensando en el bienestar de la sociedad y en los intereses del Estado.

Con esta ofensiva, Portugal procuró abordar de la mejor manera los problemas relacionados a la salud y a la delincuencia, ya que estaban sobrecargando seriamente los sistemas; sanitario, judicial y carcelario/penitenciario. La epidemia de VIH/SIDA, las muertes relacionadas a las drogas, el hacinamiento en las cárceles por delitos menores, especialmente por la criminalización del consumo y el microtráfico, conducían al Estado y a la sociedad a incurrir en costos extremadamente elevados. Por ello, la entrada en vigencia de la ley de drogas no sólo se presentaba como una opción para cambiar el rol de los

consumidores dentro de la sociedad sino como una oportunidad de liberar y optimizar los sectores públicos.

La Ley contiene 29 artículos donde se exponen las principales vertebras de la columna contra las drogas, la descriminalización de hecho, la cual permite remitir al consumidor del sistema judicial al sanitario como enfermo y no como criminal, y la creación de un tribunal especializado para poder hacer efectivas las sanciones y ayudar al paciente a tratarse adecuadamente. Se debe tener en cuenta que, "la descriminalización aplica para la compra, posesión y consumo de todas las drogas para uso personal (definida como el la cantidad suficiente para 10 días de uso para una persona)" (Greenwald 2009, pág. 2), por lo que una posesión más de la indicada se tomará como tráfico, el cual, no ha sido descriminalizado y por ende, será castigado penalmente. Por lo tanto, la producción, tráfico, y cultivo siguen siendo castigados jurídicamente.

Aun así, existe una evaluación en cuanto al tráfico de pequeñas cantidades para reducir las condenas de los llamados "correos". Esto permite alcanzar una proporcionalidad en las penas, identificar y concentrarse en los objetivos que se encargan de introducir o transportar cantidades significativas de drogas y descongestionar las cárceles, ya que a finales de los 90, el 12% de la población penitenciaria era traficante y su mayoría, en la categoría de "correo". (Lai 2012, pág. 11)

Las cantidades específicas de posesión para uso personal dependen de la droga y aunque es un tema muy debatido, se han considerado suficientes para 10 días. La cantidad máxima de sustancia ilícita en Portugal es de 1gr para heroína, metadona, MDMA y anfetaminas, 2gr para cocaína y 25gr para marihuana (Anexo 8). Los consumidores que sean aprehendidos, no serán llevados ante cortes, sino ante las Comisiones para la Disuasión de la Drogadicción (CDT), las cuales están compuestas por sociólogos, abogados, trabajadores sociales, psicólogos o médicos, los cuales evaluaran al paciente y determinaran la sanción adecuada, esto, dependiendo del estatus económico del paciente, de sí es o no un consumidor problemático, bajo qué circunstancias consumió la sustancia y en qué lugar. (Ley n.° 30/2000, artículo n° 5) Lo anterior, para motivarlo a acceder a

tratamiento gratuito[24] y especializado o imponerle una sanción social, administrativa o económica.

Con lo anterior se quiere; acelerar el proceso de admisión/tratamiento y agilizar las redes de apoyo a los drogodependientes, tratar de solucionar los problemas que hacen que los usuarios consuman o lleguen a desarrollar abuso de la sustancia y tercero; no generarles falsas expectativas y tramites longevos, ya que los dependientes y usuarios problemáticos necesitan atención y soluciones urgentes. Según Nuno Capaz (2012, [archivo de video]) sociólogo y miembro de la comisión en Lisboa, lo último que quieren las CDTs, es crear más problemas a los usuario de los que ya tienen, por lo tanto, la eficacia y eficiencia de las mismas, debe estar en la sanción, sí es necesaria, y en el tiempo que se tardan en tomarla, pues el adicto, según Capaz, pierde interés fácilmente. Por tal motivo, las CDTs tienen la capacidad de remitir a tratamiento el mismo día que el usuario es evaluado por el grupo de expertos, en caso de que no acceda a tratamiento y no tome las recomendaciones de la CDT, las sanciones a las infracciones van desde la prohibición a ejercer una profesión o actividad que arriesgue la integridad propia o de terceros, hasta la prohibición de frecuentar ciertos lugares y personas. (Ley n.° 30/2000, artículo n° 17)

Con esto, la estrategia busca la reducción inmediata de la demanda de drogas ilícitas, ya que el consumo así este no sea problemático, sigue siendo algo no deseado. La prevención, educación y reducción de daños, es la principal tarea, por ello cualquier iniciativa debe de ir en sinergia y concordancia con las políticas públicas y la Estrategia Nacional contra las Drogas. La descriminalización responde a estos intereses y constata que su implementación no fue el fracaso que muchos esperaban venir.

Portugal no se convirtió en el paraíso de las drogas ni mucho menos, al contrario, los niveles de consumo disminuyeron en poblaciones vulnerables, especialmente en los jóvenes, estando distante de la media europea. El consumo problemático en adultos y adolescentes de drogas intravenosas disminuyó, pasó de un rango de 2.3 a 4.6, a uno de 1.8 a 2.2 por cada 1.000 personas entre 15 a 74 años. Igualmente los casos de consumidores con enfermedades infecciosas se redujeron considerablemente, pasando de 1.482 casos de

[24] El Estado está dispuesto a pagar la totalidad del tratamiento si se encuentra que la persona no tiene la capacidad económica de asumir el 20% del mismo, aun así. Sigue siendo más económico que mantener una persona en prisión. (Capaz 2012, foro internacional)

VIH y 675 de SIDA en 1999, a 116 nuevos de VIH y 88 de SIDA en 2010. (EMCDDA 2012, citado por Mathieu y Niño 2013, pág.33) Sin embargo, existió un aumento en el consumo de la población adulta. Esto para muchos se debe a una crisis de la descriminalización, pero se acuña a un aumento del consumo generalizado en Europa.

Asimismo y como consecuencia de la disposición de las autoridades por concentrarse en el tráfico de grandes cantidades, la interdicción aumentó sustancialmente. Según Hughes y Stevens (2010, citado por Mathieu y Niño 2013, pág.34), las incautaciones de cocaína, hachís, heroína y éxtasis aumentaron en un 116%, 134%, 219% y 1.526% respectivamente, entre los periodos de 1994-1999 a 2000-2004. Lo anterior dando como resultado una especialización y reformulación de las estrategias policiales, en donde se privilegia el daño mayor.

Aunque todo no es color de rosa y los problemas todavía existen como, el uso problemático y los daños relacionados, que están por encima de la media europea (Meza 2013, pág. 123), y las consecuencias por el retraso de la implementación de medidas contra la epidemia de enfermedades infecciosas (Anexo 9), en Portugal, se considera la descriminalización un rotundo éxito. Después de una década, la nueva política ha cumplido las expectativas de propios y extraños, para los expertos que la formularon y para sus detractores sigue siendo vigente para reducir el problema de las drogas. Por ello, "los responsables de las decisiones políticas en materia de drogas del Gobierno portugués muestran una unanimidad casi total en que la descriminalización ha activado un enfoque mucho más eficaz para gestionar los problemas de adicción y otras aflicciones relacionadas con las drogas" (Greenwald 2009, pág. 28). Lo anterior, como consecuencia de que los indicadores apuntan a una mejoría en la post-descriminalización que dos décadas atrás.

3.2. Legalización responsable: el experimento charrúa.

Fuente: (Telemundo 2013)

Con 16 votos a favor y 13 en contra, el 31 de julio de 2013, el Congreso uruguayo aprobó el proyecto de ley que legaliza y regula la producción, distribución, posesión y consumo recreacional y medicinal del cannabis. Lo que convertiría al Estado uruguayo, en el primer país encargado de toda la cadena de producción del estupefaciente. Experimento, que busca reducir las ganancias de las organizaciones criminales[25] y los daños al consumidor asociados a los peligros del mercado negro. La ley, en su artículo N°2, estipula que;

> …el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados, o cáñamo cuando correspondiere, a través de las instituciones de las cuales otorgue mandato legal, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en los términos y condiciones que al respecto fije la reglamentación. (Ley 19.172/2013, pág. 2)

Con ello, se modifica la ley 14.294 de 1974, la cual, en su artículo 3 prohíbe, no en todos los casos, el cultivo y comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse sustancias de generen dependencia. Asimismo, con las ganancias adquiridas de este monopolio, el Estado busca la inversión en salud, educación, prevención y tratamiento,

[25] Ya que estas ganancias exorbitantes, "posibilitan recurrir a la corrupción de las fuerzas de seguridad y al lavado de dinero, así como asumir los cada vez mayores riesgos del comercio violento de sustancias. Modalidades criminales y expresiones de violencia asociadas al narcotráfico, como el ajuste de cuentas o el sicariato, por ejemplo, eran desconocidas en el Uruguay hasta hace pocos años y ahora vienen dándose con cada vez mayor frecuencia. Las dificultades del Estado uruguayo para responder a las prácticas de corrupción y violencia cuestionan la gobernabilidad democrática y la legitimidad de la autoridad pública, así como la credibilidad del sistema judicial, penal y sanitario" (Sanjurjo 2013, pág. 23 citando a Scarlatta et al., 2007).

ampliando el sistema de salud pública para que el usuario no desarrolle un consumo problemático y puede acceder a un servicio digno y tratamiento de alta calidad.

La Ley es aprobada en diciembre del mismo año y establece el marco regulatorio y de control para el cannabis y sus derivados. El Decreto, tiene cinco títulos; Del Cannabis Psicoactivo de uso No Médico, Registro del Cannabis, Del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), de las Infracciones y Sanciones y finalmente, de las Disposiciones Tributarias, los cuales permiten explayar todas las directrices de la cadena de producción y distribución por parte del Estado, y del consumo y cultivo personal. Con esto, la iniciativa va más allá de las implementadas en EE.UU. y Canadá, generando preocupación para muchos, ya que consideran que amenaza el Sistema Internacional y para otros, pesimismo pues la consideran una bala de salva por su carácter unilateral. Sin embargo, se espera que a finales de 2014 salga a la venta la primera marihuana cultivada y distribuida por el Estado.

Es de destacar que el cultivo no será exclusivo del Estado, la Ley permite que organizaciones e individuos puedan hacerlo, eso sí, siempre y cuando este sea bajo las condiciones establecidas. Según el artículo 2°, la plantación, cultivo y cosecha de plantas de cannabis de efecto psicoactivo, podrán ser actividades permitidas por Clubes de Membresía y personas naturales, mientras sean para uso de sus miembros o para el uso personal o compartido en el hogar, respectivamente. (Decreto Ley 19.172/2014, pág. 3) La cantidad de plantas y de gramos dependen de la organización/individuo que ejerza el cultivo y estarán bajo vigilancia del IRCCA[26]. Aquellas personas que no estén interesadas en asociarse a Clubes Cannabicos o a cultivar su propia hierba, pueden dirigirse a farmacias seleccionadas que han decidido vender voluntariamente la sustancia con un margen de ganancia.

Sin importar la modalidad, todos los actores involucrados en la cadena de producción del cannabis, deben de ser capaces mayores de edad, nacionales y/o tener residencia permanente acreditada, de lo contrario, no podrán acceder a las semillas ni a la sustancia. Igualmente, completar el registro para las actividades reguladas en las secciones

[26] Entidad que ejerce el cumplimiento de la nueva legislación para proteger, promover y mejorar la Salud Pública de la población. (IRCCA 2014, párr. 1-2)

correspondientes; Sección de plantación, producción y distribución de cannabis para dispensación en farmacias, Sección cultivo doméstico de cannabis psicoactivo, Secciones clubes de Membresía, Sección de adquirientes de cannabis y Sección farmacias, dispuestas por el IRCCA para el control efectivo. Así, podrán cultivar el cannabis para su dispensación en farmacias las empresas cannabicultoras, los Clubes acceder hasta un máximo de 99 plantas[27] y los autocultivadores un máximo de seis, lo que se debe traducir en un consumo anual de no más de 480gr por persona (40gr por mes). (Decreto Ley 19.172/2014, págs.5-13) Respetando el derecho individual al consumo y evitando un nuevo caso como el de Alicia Castilla[28].

La descriminalización del consumo, como se dijo anteriormente, siempre ha estado presente por considerarse un derecho individual e inquebrantable, aunque constantemente ultrajado por las autoridades. Por ejemplo, de los procedimientos realizados entre 2006 y 2009, un alto porcentaje fue por incautar un número reducido de plantas y menos de diez gramos de cannabis (Anexo 10), con lo que se estaban malgastando los recursos del Estado en operaciones que decomisaban porcentajes mínimos y representaban el consumo personal. Como consecuencia, los sistemas penitenciarios y carcelarios se estaban sobrecargando.

La legislación quiere evitar esta sobrecarga en los sistemas y al igual que en Portugal, enfatizarse en lo que realmente representa un riesgo para el Estado y el propio individuo. Asimismo, engranar las políticas públicas para hacer eficiente y eficaz la Ley de Drogas, la cual busca el máximo beneficio para la sociedad, específicamente, en materia de salud y seguridad. Sin embargo, debe de defenderse con la opinión pública y prever las consecuencias de su implementación.

Mientras que en Portugal, la descriminalización fue planteada por especialistas en el tema y bien recibida por el gobierno, en Uruguay, la legalización fue impulsada por coaliciones promotoras y el gobierno de Mujica, no cayendo tan bien. Un estudio realizado

[27] Los Clubes de Membresía pueden afiliar de 15 a 45 miembros, los cuales podrán acceder hasta un máximo de 480gr anuales individualmente.

[28] Mujer de 66 años que fue enviada a prisión 95 días por autocultivo. Según ella, cultivaba cannabis porque la sustancia le servía más para el sueño que una pastilla de benzodiacepina (Washington Office on Latin America [WOLA], 2012). El caso se ha hecho memorable en el país charrúa y bandera de las coaliciones promotoras de la legalización.

por Equipos Mori en 2013 (Anexo 11), muestra que más del 60% de la población está en desacuerdo con el sistema de regularización del cannabis, aunque manifiesta que es positiva la venta para su uso medicinal. Esto puede deberse a que "somos un país de viejos, que en gran medida, nos cuesta atender y entender a los jóvenes, y como no los entendemos los dejamos solos… como no nos gusta el asunto los dejamos y miramos para otro lado" (Mujica 2013, [archivo de video]).

Aun así, el gobierno y las instituciones se han hecho responsables del cambio y sólo se esperan los primeros resultados. Con la ley, se presume capturar más de 30.000.000USD, cantidad estimada en la que se valora el mercado ilegal del cannabis, con el fin de debilitar la capacidad de financiamiento de las organizaciones criminales y fortalecer la inversión social; en tratamiento, educación y prevención (Anexo 12). Aunque es prematuro y especulativo expresar resultados, ya que no ha salido al mercado la primera marihuana estatal, en la opinión pública, se habla de que el autocultivo ha sustituido la marihuana prensada del Paraguay[29]. Según Julio Rey, miembro del Club de Membresía "La Hoja Roja" y presidente de la Federación de Cannabicultores, confirma que "hay un estallido del autocultivo que inunda los bares de Montevideo con flores de marihuana mejores que cualquier prensado paraguayo" (Martínez 2014). Esto quiere decir, que en principio, la regulación está empezando a desplazar el mercado ilegal, sin embargo, no se debe cantar victoria, pues el mercado de las otras drogas no está regulado.

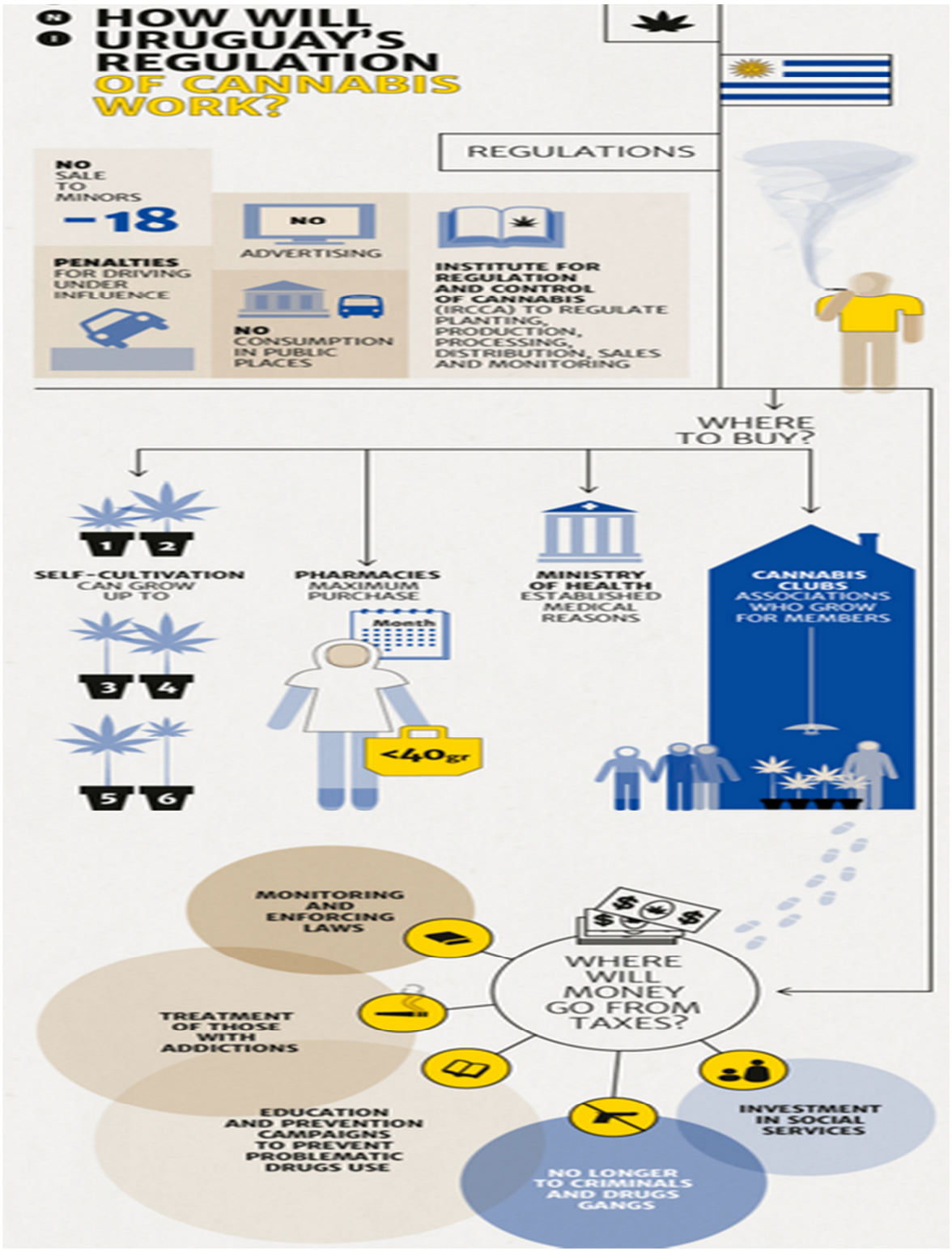
Asimismo, para muchos, las modificaciones a las políticas de drogas son relaciones causales. Sanjurjo (2013, pág. 49) expone que a cambio de los beneficios de reducir los riesgos del régimen prohibicionista; criminalización, el estigma social y la violencia, la alternativa puede generar un aumento en la prevalencia e intensidad del consumo, así como de sus daños asociados. Contemplando la posibilidad de que se convierta tan perjudicial o más, que el mismo prohibicionismo. Sin embargo, todo está dispuesto para que la prevención, educación y tratamiento, minimicen dichos efectos nocivos y sean menos perjudiciales que los de la droga misma.

En conclusión, se quiere proteger a los consumidores de acceder a un mercado peligroso, controlar su consumo y dar calidad al producto. No obstante, el tiempo es el que

[29] Principal productor y exportador de la sustancia.

dará el veredicto final, si como en Portugal, las medidas mitigaron los problemas relacionados a la drogas referentes a la salud y a la delincuencia o no. Tanto la descriminalización como la legalización buscan el máximo beneficio para los Estados y sus pobladores, las diferencias y similitudes saltan a la vista, pero lo más importante ha sido dar el primer paso.

Gráfico 4. ¿Cómo funciona la regulación del cannabis en Uruguay?



Fuente: (Transnational Institute drugs and democracy [TNI] 2013)

4. CONCLUSIONES

Actualmente, la efectividad de la guerra contra las drogas es un tema debatido. La interdicción y erradicación en la fuente, no ha podido detener la producción de drogas, por lo que los mercados negros siguen abasteciéndose de sustancias que van en detrimento de la salud de los consumidores e involucrándolos en acciones delictivas. Así mismo, por la naturaleza ilegal de la venta de estupefacientes, los mercados generan inestabilidad social e institucional, ya que la violencia y corrupción son acciones predilectas de las organizaciones criminales para blindar el negocio ilícito. Con lo anterior, se puede decir que el Estado no sólo pierde capacidad y autonomía en el dominio nacional, sino que al tratarse de un fenómeno de magnitud global, los Estados están en el ojo del huracán de la comunidad internacional.

Sin embargo, el prohibicionismo no es la única alternativa para enfrentar esta problemática. Hace varias décadas, en Europa, sin ir en contra de la legislación internacional, nuevas medidas empezaron a surgir como consecuencia de los riesgos y daños que las drogas generaban, especialmente, por las enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la Hepatitis. El modelo de Reducción de Daños, se implantó en el viejo continente como un enfoque de salud pública para atender de la mejor forma las consecuencias perjudiciales de las drogas y de las malas prácticas al consumirlas. Esto, con los objetivos de; mejorar la calidad de vida de los usuarios con enfermedades, y prevenir a aquellos que no las tenían.

Igualmente, otras estrategias como la despenalización, descriminalización y legalización, resaltaron como consecuencia de los resultados desfavorables de la guerra contra las drogas. Quitar la connotación ilegal del consumo, fue un paso importante en las políticas de drogas, sin embargo, en sus principios, se consideró como una medida contraproducente, ya que se pensaba en el paraíso de las drogas o que aquellas medidas fuesen más nocivas que las sustancias mismas. Aun así, empezaron a tomar mayor fuerza en el debate, ampliando el abanico de posibilidades para enfrentar la problemática y resultando ser, para muchos, la luz al final del túnel.

Sin antes haberlo imaginado, estos proyectos empezaron a tomar fuerza en ALC, países como Argentina, Brasil, Colombia y México han puesto sobre la mesa estas alternativas para poner fin a una guerra interminable. Las políticas de drogas se están debatiendo como nunca antes y para muchos, es hora del cambio. El prohibicionismo dejó huellas imborrables, pero ahora más que nunca, se pueden dejar de padecer.

Portugal y Uruguay, decidieron trasformar sus políticas para atender la salud de sus ciudadanos y proporcionarles la mayor seguridad posible. Los indicadores de consumo, muertes e infecciones relacionadas a las drogas, delitos a la legislación de drogas y hechos delictivos relacionados al mercado ilegal (muertes violentas, asaltos, homicidios, robos), se dispararon en estos países, generando una percepción elevada de inseguridad en sus sociedades, así, como de inconformismo sobre el alcance de las políticas públicas en materia de salud. Además, es necesario decir que las nuevas legislaciones entraron en vigencia para poder engranar y fortificar las estrategias contra las drogas.

La descriminalización portuguesa logró entrar en sinergia con los programas de sustitución e intercambio de jeringuillas, que en sus inicios, no causaron el impacto esperado, ya que al condenarse el consumo, estos programas eran concebidos como su patrocinio. Indistintamente, el experimento de legalización charrúa, busca eliminar las inconsistencias legislativas, ya que por un lado, el consumo de cannabis es legal, pero por el otro, los accesos a la sustancia no, obligando al individuo a alimentar el mercado negro. Con esto, se espera la reducción de los daños de las propias sustancias, del entorno de la ilegalidad y de la represión.

Hasta el momento, los resultados son sorprendentes. Por su parte, Portugal consiguió disminuir indicadores de consumo, muertes y delitos relacionados con las drogas, descongestionar el sistema penitenciario y agilizar el sistema judicial, estando por debajo o en la media de los países de la Unión. El mayor inconveniente, por ser un país con tendencia al uso de heroína, es el consumo problemático, el cual, siempre ha estado por encima de la media europea y concentrando un número importante de población. Con lo anterior y todo, la descriminalización para los expertos en el tema, ha sido un periodo más ameno que cualquiera en la prohibición. Por estas razones, hoy en día, se considera punto inflexión en la legislación antidroga, para la historia portuguesa, europea e internacional.

Aunque no se puede comprobar un efecto derrame en la entrada en vigencia de los marcos alternativos al prohibicionismo, es evidente que se hace necesario un replanteamiento al régimen de control. A 9.378.00km de Portugal, el gobierno de Mujica y coaliciones promotoras, impulsaron y aprobaron el proyecto más ambicioso, liberal y controvertido para enfrentar la problemática. La legalización regulada del cannabis en Uruguay, se ha convertido en noticia mundial, no sólo por ser el primer país en hacerse cargo de toda la cadena de producción, sino por haber sido en el "patio trasero" norteamericano; Latinoamérica.

Culturalmente distintos, estos países comparten la iniciativa de hacer que las drogas y la represión no continúen devastando el tejido social. Aunque responden a realidades diferentes, estas alternativas convergen en puntos de gran relevancia que permiten minimizar los daños y riesgos de las drogas y los efectos perjudiciales de sus políticas. Tanto para Portugal como para Uruguay, la penalización y criminalización del consumo son pilares para poder trasladar al individuo del sistema penitenciario al de salud y reformarlo de forma eficiente, pues en prisión, el individuo no sólo genera gastos más elevados, sino que es muy probable que vuelva a entrar en contacto con las sustancias. Mientras que en tratamiento, el costo de manutención es más económico y el sujeto puede reintegrarse como parte activa de la sociedad.

Por ello, sugieren que el enfoque de salud pública debe preponderar, la Reducción de Daños debe acompañar cualquier proceso de transformación. El acompañamiento a los usuarios de drogas intravenosas previene el desarrollo de enfermedades infecciosas, razón por la cual, los tratamientos de sustitución y programas de jeringuillas deben de estar al alcance. Sin embargo, en estos países se vieron afectados por las contradicciones a la legislación de drogas, suponiendo que estas medidas eran patrocinio del consumo.

Aun así, es necesario destacar que aunque las políticas comparten objetivos específicos, como el control del consumo, la prevención de la adicción y la reducción del nexo entre delincuencia y drogas, responden a realidades únicas. En Portugal se promulgó por efectos secundarios del consumo problemático de heroína, mientras que en Uruguay del aumento sostenido del cannabis, asimismo, Uruguay en mayor medida que Portugal, quiere atacar de frente el monopolio de la ilegalidad de los mercados, afectando las ganancias de

los criminales, mientras Portugal lo hace de forma preventiva yendo en concordancia con los lineamientos internacionales.

En conclusión, las reformas alternativas no han causado tanto malestar como las políticas represivas. Se presentan como oportunidades para enfrentar de una mejor manera el problema de las drogas y lo que ello genera, las drogas no se van a acabar y saber convivir con ellas, es una buena forma de enfrentarlas. Una recomendación a las políticas en general y específicamente a la legalización, es la misma que Uprimny señala (1994, pág. 143); "buscar un equilibrio entre dos imperativos: debería ser al mismo tiempo lo suficientemente flexible –en materia de precios y reglas de distribución- para evitar la extensión indebida de un mercado paralelo, pero igualmente tendría que ser lo suficientemente severa para desestimular los abusos".

Lastimosamente, el problema de las drogas a veces, no son las sustancias mismas ni las consecuencias de sus políticas, es la falta de información al respecto de ellas. Aunque considero que los resultados de la investigación son oportunos y demostraron los objetivos expuestos en el proyecto de grado, existen ciertas dificultades para encontrar información histórica, algunas veces actualizada y específica, de indicadores que pueden ser fundamentales para que los tomadores de decisiones puedan construir políticas públicas que satisfagan efectiva y eficientemente las necesidades de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

Domostawski, A. (2012). Políticas sobre drogas en Portugal: Beneficios de la Descriminalización del Consumo de Drogas. Varsovia: Open Society. Disponible en: http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Drug%20Policy%20in%20Portugal-Spanish-WEB.pdf

Garat, G. (2013). Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. Montevideo: Fundación Friedrich Ebert Stiftung. Disponible en: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/10001.pdf

Samper, P. (2013). Drogas. Prohibición o Legalización. Una nueva propuesta. Santa Fe de Bogotá D.C.: Random House Mondadori SAS.

Thoumi, F. (2004). El imperio de la droga. Narcotráfico, economía y sociedad en Los Andes. Bogotá D.C.: Editorial Planeta S.A.

Capítulos o artículos en libro.

Estievenart, G. (2006). La estrategia antidrogas de la Unión Europea y América Latina. En Á. Camacho Guizado (Ed.), *Narcotráfico: Europa, EE.UU., América Latina* (págs. 13-38). Bogotá D.C.: Obreal.

Galán, J. y Guerrero, L. (2008). Hacía la construcción de un régimen internacional sobre drogas psicoactivas. En F. Thoumi, W. Ramírez, y R. Vargas (Comps.), *La batalla pérdida contra las drogas: ¿legalizar es la opción?* (págs. 62 - 141). Santa Fe de Bogotá: Intermedio Editores LTDA.

Labrousse, A. (2006). La cooperación en materia de drogas entre la Unión Europea y América Latina. En Á. Camacho Guizado (Ed.), *Narcotráfico: Europa, EE.UU., América Latina* (págs. 39-62). Bogotá D.C.: Obreal.

Mathieu, H., Niño, C. (2013). Introducción. Aspectos de la situación actual de las drogas ilegales y propuestas de reforma. En H. Mathieu y C. Niño (Eds.), *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas contra las drogas* (págs. 21-64). Bogotá D.C.: Friedrich Ebert Stiftung (FES), Programa de Cooperación en Seguridad Regional. Disponible en: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/10032.pdf

Meza, R. (2013). Hacia un modelo de regulación de la oferta de drogas. En H. Mathieu y C. Niño (Eds.), *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas contra las drogas* (págs. 117-176). Bogotá D.C.: Friedrich Ebert Stiftung (FES), Programa de Cooperación en Seguridad Regional. Disponible en: http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/10032.pdf

Pardo, R. (2010). Introducción: hacia un nuevo pensamiento sobre drogas. Nueve anomalías sobre el paradigma convencional y dos propuestas de nuevos caminos. En J. Tokatlian (Comp.), *Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate.* (págs. 13 - 26). Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Reuter, P. (2006). Sobre la coherencia de los daños de la prohibición de las drogas en las Américas. En Á. Camacho Guizado (Ed.), *Narcotráfico: Europa, EE.UU., América Latina* (págs. 77-106). Bogotá D.C.: Obreal.

Tokatlian, J. (2009). Conclusión: la urgencia de una eventual opción realista ante la equívoca lógica de la "guerra contra las drogas". En J. Tokatlian (Comp.), *La guerra contra las drogas en el mundo andino. Hacia un nuevo paradigma*. (págs. 315 - 344). Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Uprimny, R. (1994). Más allá del prohibicionismo: políticas alternativas frente a las drogas. En Facultad de Derecho Universidad Nacional de Colombia. En Congreso de la República (Comps.), *La legalización de la droga. Polémica entre en Presidente y el Fiscal General. Informe y conclusiones del Congreso de la República.* (págs. 117-148). Bogotá, D.C.: Ediciones Jurídicas Radar.

Younger, C. y Rosin, E (2005). La "guerra contra las drogas" impulsada por Estados Unidos: su impacto en América Latina y el Caribe. En C. Youngers y E. Rosin (Eds.), *Drogas y Democracia en América Latina. El impacto de la política de Estados Unidos*. (págs. 13-28). Buenos Aires: Biblos.

Artículos en publicaciones periódicas académicas.

Barbé, E. (1989). Cooperación y conflicto en las relaciones internacionales (La teoría del régimen internacional). En *CIDOB d'Afers Internacionals*, (17), 57-70. Disponible en: http://www.raco.cat/index.php/revistacidob/article/viewFile/27818/51946

De Carvalho, I. (2014). El despertar de Latinoamérica: una revisión del actual debate sobre política de drogas. *Instituto Igrapé,* (nota estratégica 14), 1-22. Disponible en: http://pt.igarape.org.br/wp-content/uploads/2014/02/NE-14-El-despertar-de-Latino-America-final.pdf

Goldstein, P. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. En *Journal of Drugs Issues.* (39), 143-174. Disponible en: http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf

Lai, G. (2012). Drogas, crimen y castigo. Proporcionalidad de las penas por delitos de drogas. En *Serie reforma legislativa en materia de drogas,* (20), 1-16. Disponible en: http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr20s.pdf

Loo, M., Beusekom, I., Kahan, J. (2002). Decriminalization of Drug Use in Portugal: The Development of a Policy. En *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 582, 49-63. Disponible en: http://www.jstor.org/discover/10.2307/1049733?uid=3737808&uid=2&uid=4&sid=21104650913163

Osimani, L., Latorre, L., Garibotto, G., Scarlatta, L., Chiparelli, H., Vidal, J. (2004). VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay. En *Adicciones. Revista de Socidrogalcohol.* 17 (2), 157-162. Disponible en: http://www.adicciones.es/files/osimani%20157-162.pdf

Artículos en publicaciones periódicas no académicas.

El oficialismo uruguayo confía en aprobar esta semana la legalización de la marihuana. En *Telemundo,* (2013, 29 de julio). Disponible en: http://www.telemundo33.com/2013/07/29/el-oficialismo-uruguayo-confia-en-aprobar-esta-semana-la-legalizacion-de-la-marihuana/

Malkes, R. "Alguém tem que ser o primeiro", diz o presidente José Mujica. En O Globo (2012, 20 de junio). Disponible en: http://oglobo.globo.com/mundo/alguem-tem-que-ser-primeiro-diz-presidente-jose-mujica-5271888

Martínez, M. Uruguay retrasa la puesta en marcha de la legalización de la marihuana. En *El País* (2014, 07 de agosto). Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2014/08/06/actualidad/1407361148_070069.html

Otros documentos.

Bardazano, G. (2014). Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas. En *Colectivo de Estudios de Drogas y Derecho*. Disponible en: http://www.drogasyderecho.org/assets/uruguay-usuarios.pdf

Capaz Nuno, Foro Internacional: Drogas un balance a un siglo de su prohibición [Archivo de video] (2012, Junio 6). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=zWSzaGjuqhg

Comisión Global de Políticas de Drogas. (2011). ~~Guerra a~~ las drogas. Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2013). Sobre la CICAD. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/about_SPA.asp

Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. (2009). Declaración Drogas y Democracia: Hacía un cambio de paradigma. Disponible en: http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf

Corey, M., Ghose, T., A. Becker., G. Shultz., C., Lee., y N. Frick. Drug seizures along the U.S.-Mexico Border. En The Center for Investigative Reporting (2013). Mapa de las incautaciones de drogas en la frontera. Disponible en: http://static.apps.cironline.org/border-seizures/

Decreto de reglamentación de la Ley 19.172 (2014) Junta Nacional de Drogas. Mayo 6, 2014. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/ley19172.pdf

Dirección General de Políticas Exteriores de la Unión. (2012). Europa y América Latina: La Lucha Contra la Droga y el Narcotráfico. Bruselas: Unión Europea. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2012/457107/EXPO-AFET_ET(2012)457107_ES.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). Drug use among the general population and young people. Situation summary, Portugal. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/pt

Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalization in Portugal, lessons for creating fair and successful drug policies. En *CATO Institute*, 1-30. Disponible en: http://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. (2000). Report to The EMCDDA by the Reitox national focal point of Portugal, Drug Situation Annual Report. Lisboa: Commisioned by the European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34675EN.html

Instituto de Regulación y Control del Cannabis. Misión y Visión. Disponible en: http://www.ircca.gub.uy/mision-y-vision/

Juaneche, A., Palummo, J. (2012). Hacía una política de Estado en privación de libertad. Diálogo, recomendaciones y propuestas. Uruguay: SERPAJ-Observatorio del Sistema Judicial. Disponible en: http://www.serpaj.org.uy/serpaj/phocadownload/libro%20hacia%20una%20politica%20de%20estado%20en%20privacion%20de%20libertad.pdf

Junta Nacional de Drogas. (2012). Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas. Observatorio de Uruguayo de Drogas de la SND. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

Junta Nacional de Drogas. (1998). Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas. Observatorio de Uruguayo de Drogas de la SND. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/encuesta_1998.pdf

Ley 19.172 (2013) Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Diciembre 20, 2013. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf

Ley N.° 30/2000 (2000) Diario da República-I Série-A, N.° 276, Noviembre 29, 2000. Disponible en: http://dre.pt/pdf1s/2000/11/276A00/68296833.pdf

Mujica José analiza ley de autocultivo y comercio de la marihuana [Archivo de video] (2013, Abril 8). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=dmrXHFamhM0

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2007). Drogas y delincuencia: una relación compleja. (Publicación ISSN 1681-6307). Bélgica: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_ES_Dif16ES.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga. Cuarto informe conjunto. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Consumo_de_drogas.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (1988). Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Viena: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Washington, DC: Secretaría General. Disponible en: http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf

Ramsey, G. (2013). Uruguay: Marihuana, Crimen Organizado y la Política de las Drogas. En *InSight Crime, Organized Crime in the Americas,* (págs.3-18). Disponible en: http://www.insightcrime.org/reports/uruguay_legalization.pdf

Reta, A. (2011). Asociación de Estudios del Cannabis del Uruguay, Patrocinio legal a usuarios, párr. 5. Disponible en: http://aecu.org.uy/2011/12/13/patrocinio-legal/

Sanjurjo, D. (2013). Análisis del Proyecto de ley. La conveniencia de regular el mercado de cannabis en Uruguay. Madrid: Dpto. de Ciencia Política y Relaciones Internacionales Universidad Autónoma. Disponible en: http://www.academia.edu/6104055/Working_Paper._Analisis_de_Proyecto_de_Ley._La_conveniencia_de_regular_el_mercado_de_cannabis_en_Uruguay

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Política de droga en Portugal, párr. 5. Disponible en: http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx

Soto, F. (2000). Revisión de las políticas seguidas al problema de las drogas ilegales y panorama de propuestas diferentes al actual prohibicionismo. Una aproximación desde la economía política hacia el consumo de sustancias psicoactivas. (págs. 4-30). (Tesis de Grado). Bogotá D.C.: Universidad Externado de Colombia, Facultad de Economía. Recuperada de la Biblioteca Luís Ángel Arango.

Transnational Institute Drugs and Democracy. Reformas a las Leyes de Drogas en América Latina. Uruguay. Disponible en: http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/uruguay/item/252-uruguay

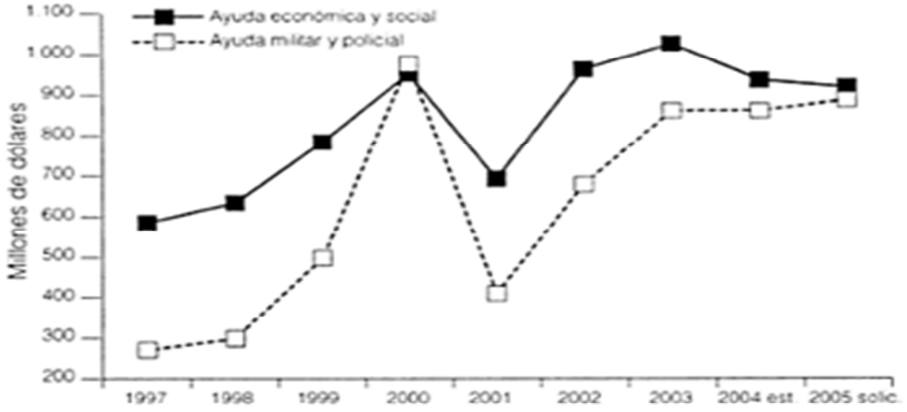
Washington Office on Latin America [WOLA] Entrevista Alicia Castilla, Drogas y cárceles en Uruguay: razones para crear un mercado de marihuana regulado [Archivo de video] (2012, Diciembre 3). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=cCIfWe6vM3I

ANEXOS

Anexo1. Gráfico. Sentenciados por delito de drogas que se encuentran en las prisiones federales 1970-2002.

Fuente: (Reuter 2006, pág. 92)

Anexo 2. Gráfico. Ayuda estadounidense a Latinoamérica y al Caribe 1997-2005.



Nota: El gráfico representa la ayuda brindada por Estados Unidos a la Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia, Brasil, la región este del Caribe (Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas), Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela, más los respectivos programas regionales. Las cifras no incluyen la iniciativa de VIH/sida del gobierno del presidente George W. Bush que comenzó en 2004, que aún no ha asignado la ayuda país por país. No pudieron conseguirse los datos correspondientes a algunos años y las cifras reales podrían ser significativamente mayores.

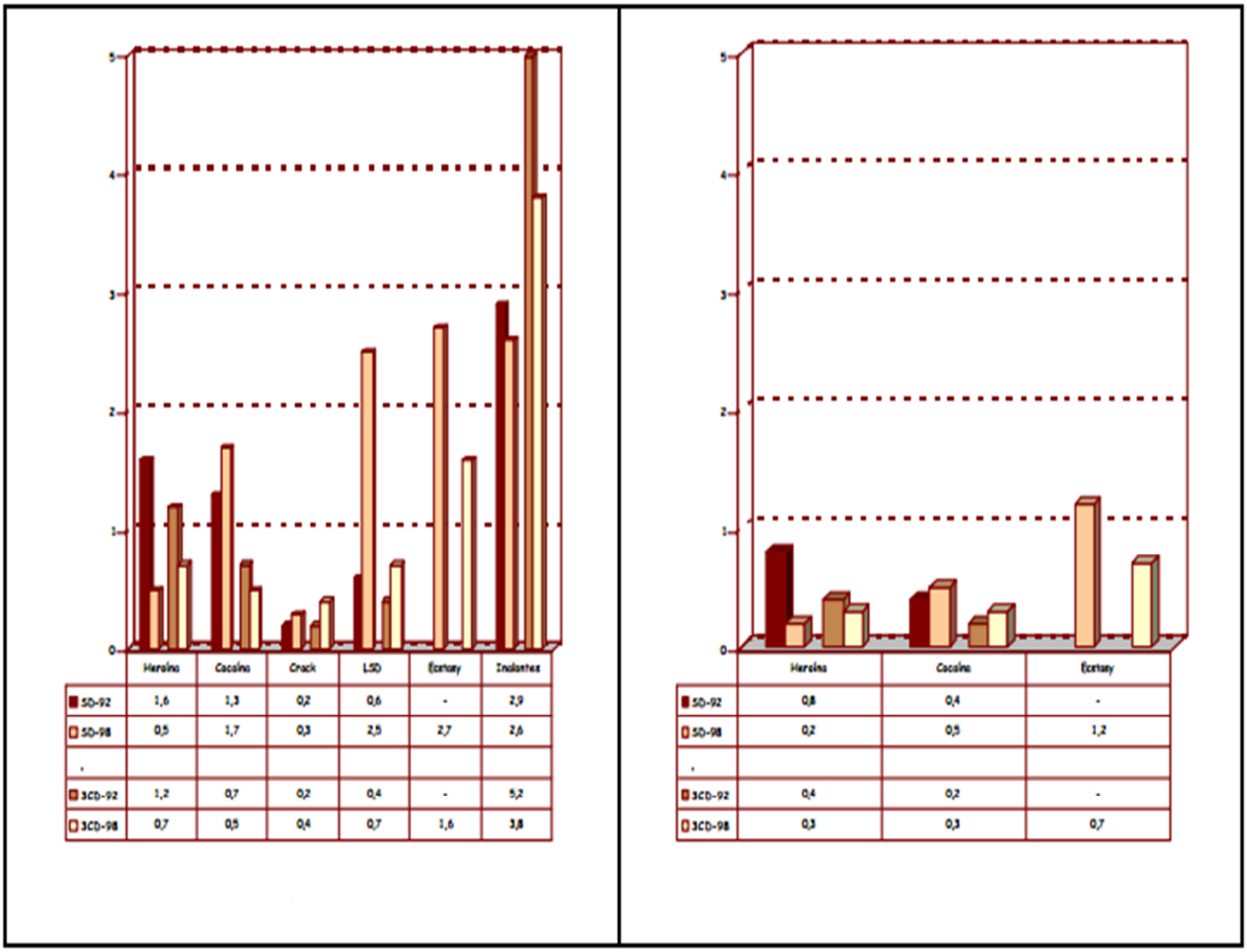
Fuente: (Youngers y Rosin 2005, pág. 19)

Anexo 3. Tabla. Proyectos de la Comisión Europea en materia de drogas 2010.

Beneficiario	Millones de euros	Descripción del proyecto
COLACAO	1,2	Cooperación para la represión de la ruta de la cocaína desde América Latina a África Occidental (con ONUDC)
América Latina	6	COPOLAD: definir estrategias de cooperación contra las drogas
América Latina	2,5	PRELAC: prevención del desvío de sustancias precursoras en ALC
Comunidad Andina	3,25	PRADICAN: apoyo al Plan andino contra las drogas
	2,55	DROSICAN: drogas sintéticas a nivel regional (expira)
Bolivia	7	APEMIN II: desarrollo sostenible en áreas de coca (expira)
	13	FONADAL: infraestructura social y autoridades locales en áreas de coca (expira)
	26	Apoyo al Plan Nacional de Desarrollo Integral con coca
	10	Apoyo al Control Social de la Producción de Coca
	9	PISCO: fortalecimiento institucional para luchar contra el narcotráfico
Colombia	92	Laboratorio de paz de Magdalena Medio (I, II y III): desarrollo alternativo, paz y estabilidad (expira)
	26	Desarrollo regional para la paz y la estabilidad: seguimiento de los laboratorios de paz
	8,4	Desarrollo regional para paz y estabilidad
Perú	10	Desarrollo alternativo y modernización del Estado
Venezuela	3,3	Droga stop: apoyo del plan nacional antidrogas
Total	**221**	

Fuente: (Parlamento Europeo [PE] 2012, pág. 18)

Anexo 4. Gráfico. Prevalencia uso por vida y últimos 30 días (%) por sustancia y nivel escolar en la zona urbana de Lisboa 1992 y 1998. (SD: Secundaria y 3CD: Nivel básico final).



	Heroína	Cocaína	Crack	LSD	Éctasy	Inalantes
SD-92	1,6	1,3	0,2	0,6	-	2,9
SD-98	0,5	1,7	0,3	2,5	2,7	2,6
3CD-92	1,2	0,7	0,2	0,4	-	5,2
3CD-98	0,7	0,5	0,4	0,7	1,6	3,8

	Heroína	Cocaína	Éctasy
SD-92	0,8	0,4	-
SD-98	0,2	0,5	1,2
3CD-92	0,4	0,2	-
3CD-98	0,3	0,3	0,7

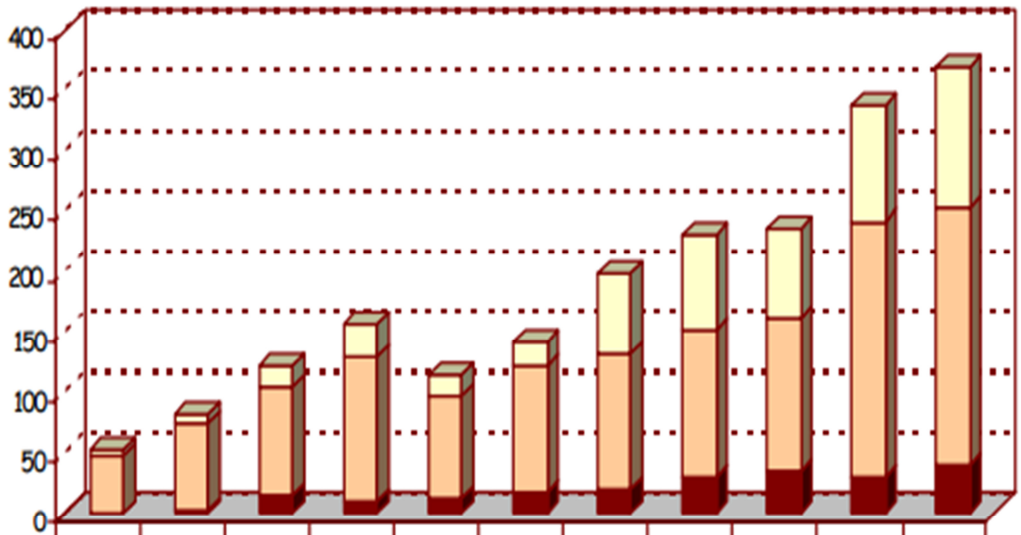
Fuente: (IPDT 2000, pág. 18)

Anexo 5. Tabla. Clientes en los programas gratuitos de drogas y en los de Sustitución con Metadona y LAAM por región 1999.

	Northen Region	Central Region	Lisbon Region	Alentejo Region	Algarve Region	Portugal
Substitution Programmes (Methadone)	1 553	678	1 459	317	1 336	**5 343**
Substitution Programmes (LAAM)	476	90	88	2	41	**697**
Drug Free Programmes	6 909	4 048	9 068	912	773	**21 710**

Fuente: (IPDT 2000, pág. 25)

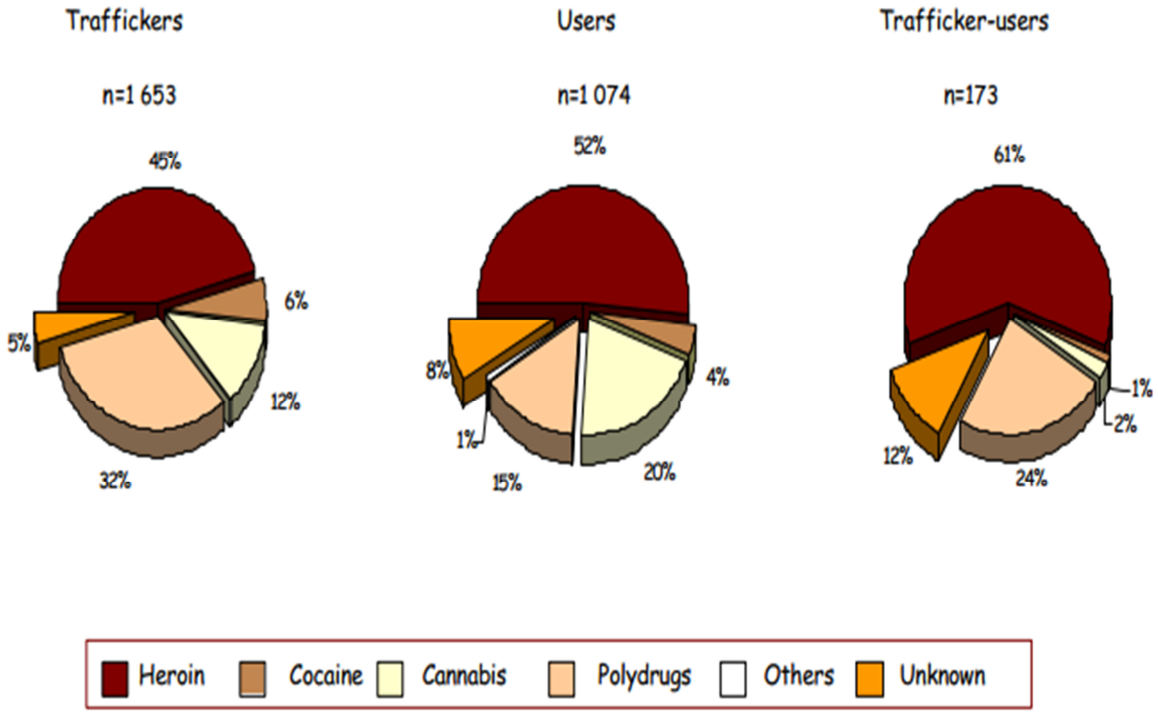
Anexo 6. Gráfico. Muertes relacionadas por drogas por año y por región 1989-1999.



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
IML Porto	4	7	16	27	17	20	65	80	73	95	115
IML Lisboa	46	72	90	118	85	105	112	121	126	212	214
IML Coimbra	2	3	15	11	13	18	21	31	36	30	40

Fuente: (IPDT 2000, pág. 28)

Anexo 7. Gráfico. Individuos en prisión por categoría y tipo de droga 1999.



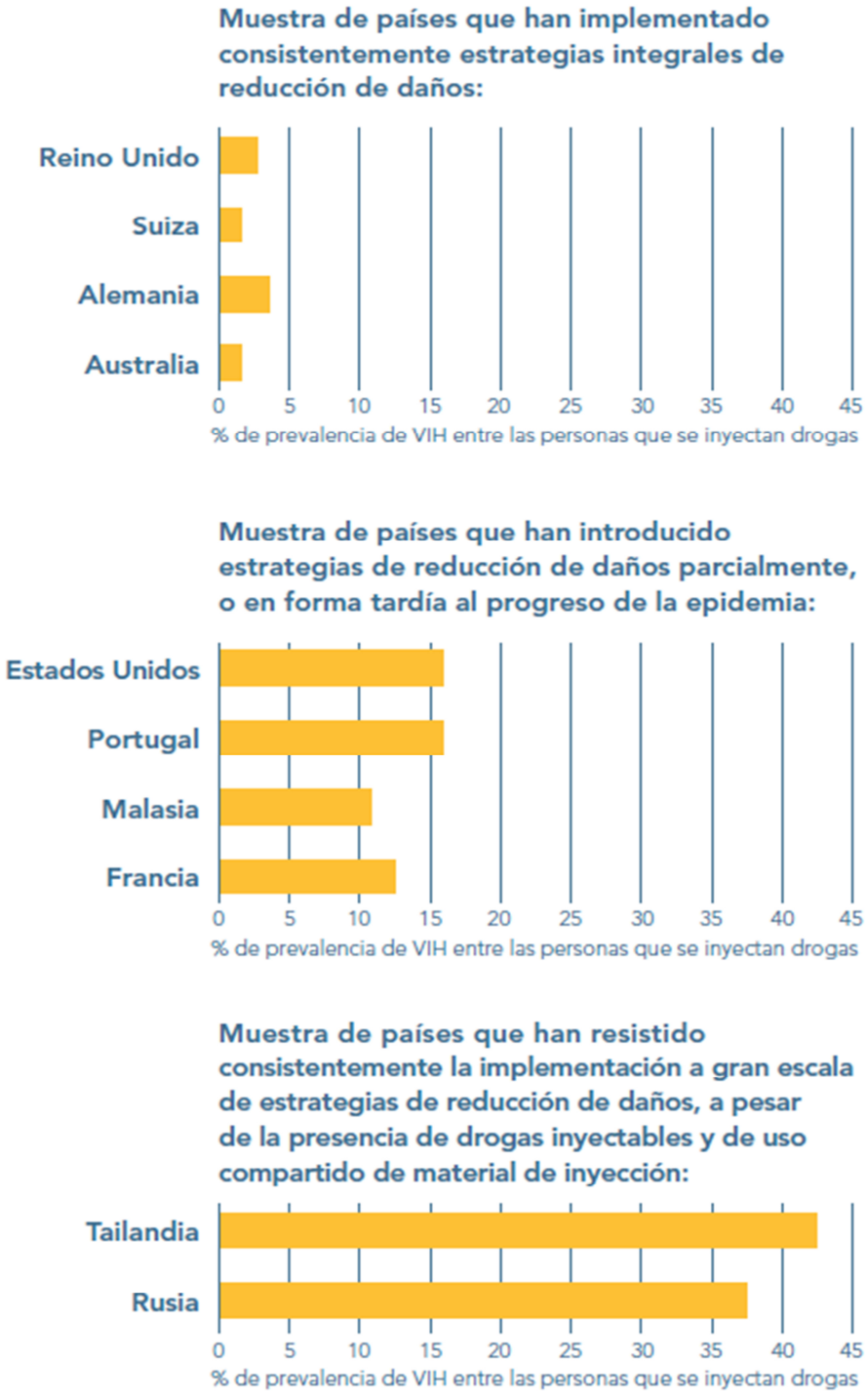
Fuente: (IPDT 2000, pág. 33)

Anexo 8. Tabla. Cantidad máxima de sustancia ilícita para diez días.

Sustancia Ilícita	Gramos
Heroina	1
Metadona	1
Morfina	2
Opio	10
Cocaína (clorhidrato)	2
Cocaína (éster metílico de benzoato ecogonina)	0.3
Cannabis (hojas y flores o moños con frutos)	25
Cannabis (resina)	5
Cannabis (aceite)	2.5
LSD	0.1
MDMA	1
Anfetamina	1

Fuente: (Domostawski 2012, pág. 57)

Anexo 9. Gráfico. Impacto de las políticas de drogas en la prevalencia reciente de VIH entre las personas que se inyectan drogas.



Fuente: (Comisión Global de Políticas de Drogas [CGPD] 2011, pág. 6)

Anexo 10. Tabla. Marihuana y plantas de cannabis incautadas entre 2006-2009 en un total de 3.371 procedimientos.

Marihuana		
Gramos	Procedimientos	Porcentaje
entre 0 y 9	681	43,3
entre 10 y 49	434	27,6
entre 50 y 99	118	7,5
entre 100 y 499	156	9,9
entre 500 y 999	60	3,8
entre 1000 y 1999	77	4,9
entre 2000 y 2999	19	1,2
entre 3000 y 3999	10	0,6
entre 4000 y 4999	6	0,4
entre 5000 y 9999	13	0,8
Total	1574	100,0
Planta de cannabis		
Unidades	Procedimientos	Porcentaje
entre 0 y 9	63	87,5
entre 10 y 49	8	11,1
entre 50 y 99	1	1,4
Total	72	100,0

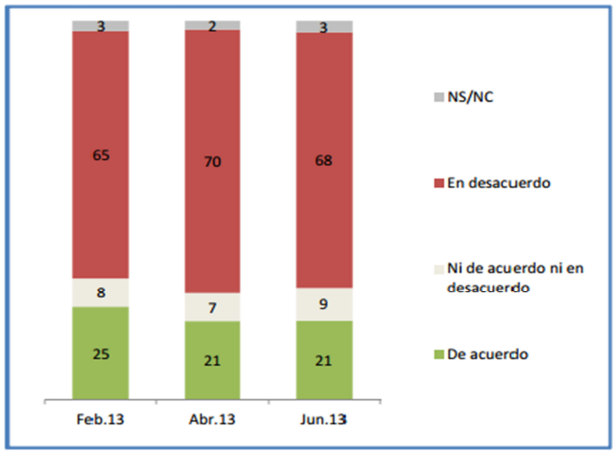
Fuente: (Garibotto 2010, pág. 86)

Anexo 11. Encuesta. Grado de acuerdo con proyecto de regularización de marihuana y grado de acuerdo con venta de marihuana con fines medicinales.

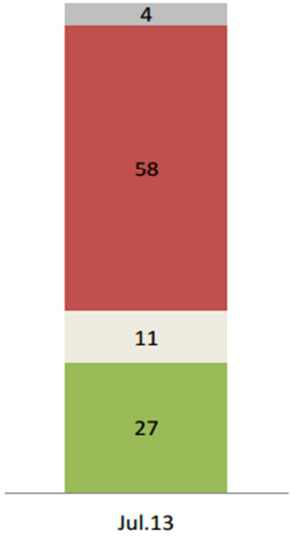
GRADO DE ACUERDO CON PROYECTO DE REGULARIZACIÓN DE LA MARIHUANA

ENCUESTAS PREVIAS DEL SISTEMA REGULAR (CARA A CARA)

¿Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con la iniciativa del gobierno de regular la producción y comercialización de marihuana?



ENCUESTA TELEFÓNICA JULIO

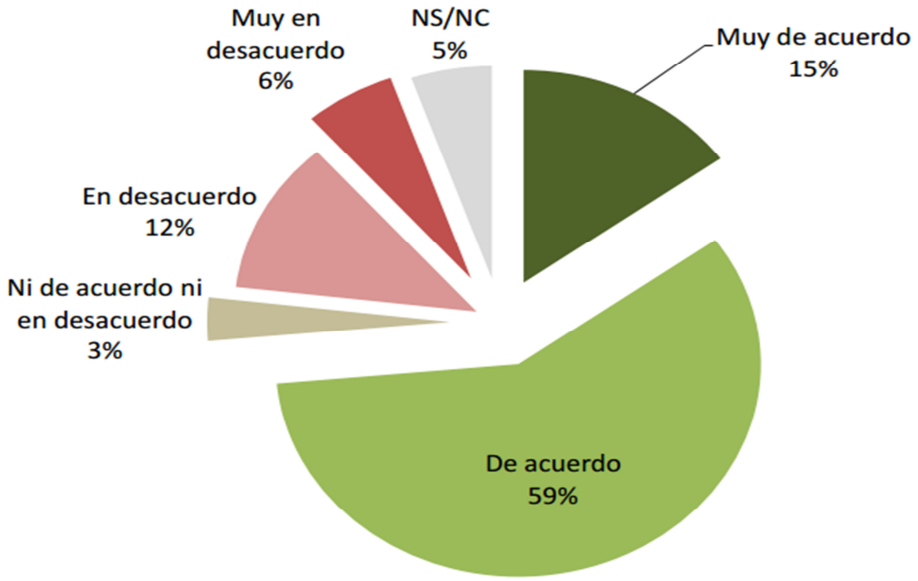


Cuál es su opinión sobre el proyecto de regulación de la producción y la venta de marihuana? ¿Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con el proyecto?

GRADO DE ACUERDO CON PROYECTO DE REGULARIZACIÓN DE LA MARIHUANA SEGÚN VARIABLES BÁSICAS, VOTO ANTERIOR Y EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	No sabe	TOTAL
SEXO					
Masculino	30	9	53	7	100
Femenino	24	12	62	2	100
AREA GEOGRAFICA					
Montevideo	32	9	54	6	100
Interior	23	12	62	3	100
EDAD					
18 a 29 años	38	14	42	6	100
30 a 39 años	37	14	42	7	100
40 a 49 años	29	10	59	2	100
50 a 59 años	23	14	61	3	100
60 años y más	17	6	72	5	100
NIVEL EDUCATIVO					
Primaria comp. o menos	18	9	68	5	100
3ro. Secundaria	27	14	56	3	100
6to. Secundaria	27	12	56	6	100
Terciario o Universitario	32	9	55	3	100
VOTO OCTUBRE 2009					
Partido Colorado	12	10	76	2	100
Partido Nacional	11	8	79	2	100
Frente Amplio	45	12	38	5	100
EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD					
Vio la publicidad	28	8	60	4	100
No vio la publicidad	24	15	56	5	100
TOTAL	**27**	**11**	**58**	**4**	**100**

GRADO DE ACUERDO CON VENTA DE MARIHUANA CON FINES MEDICINALES



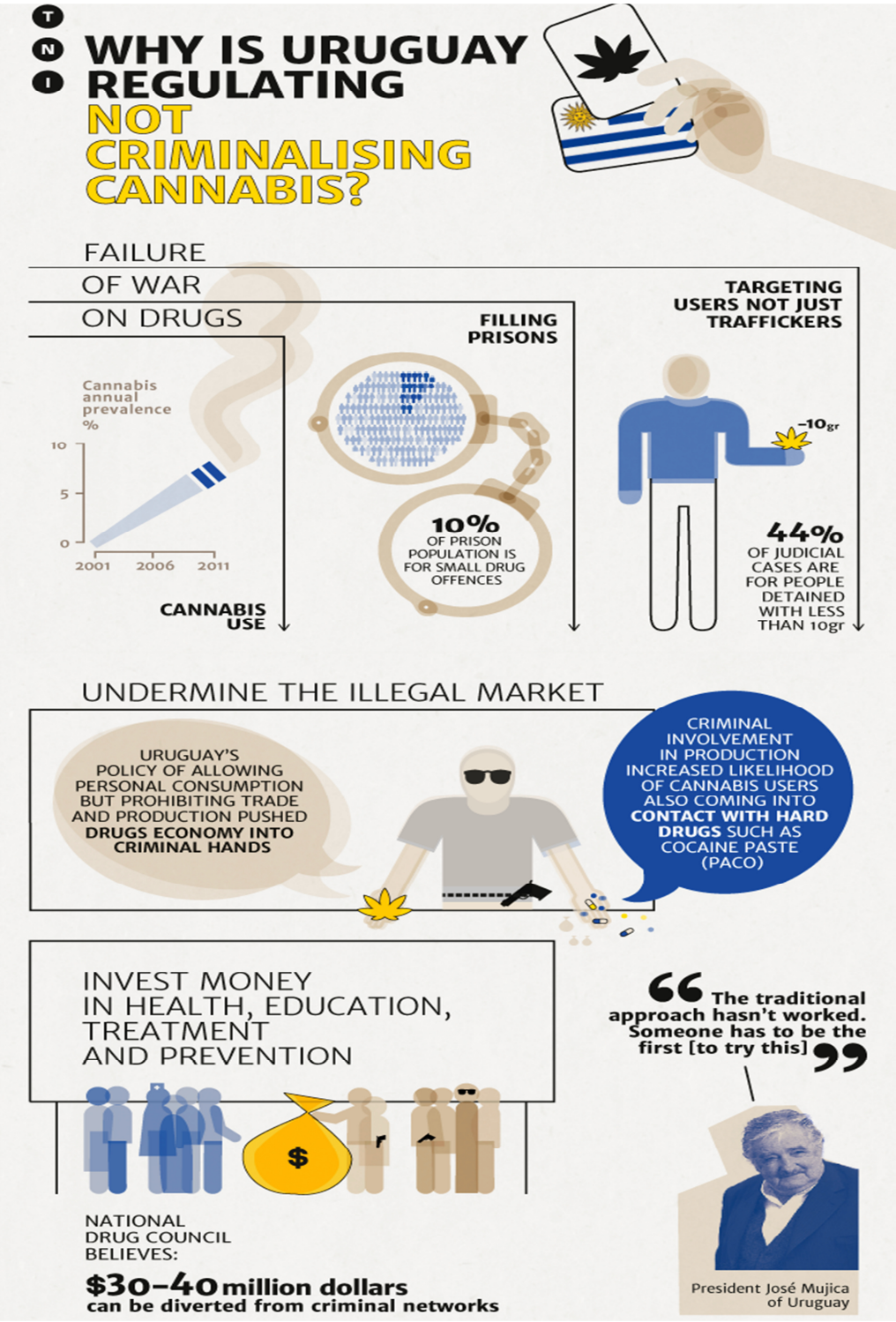
¿Y está de acuerdo o en desacuerdo con permitir la venta de marihuana con fines medicinales?

GRADO DE ACUERDO CON VENTA DE MARIHUANA CON FINES MEDICINALES SEGÚN VARIABLES BÁSICAS, VOTO ANTERIOR, EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD Y GRADO DE ACUERDO ANTERIOR

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC	TOTAL
SEXO							
Masculino	17	58	3	10	6	6	100
Femenino	14	59	4	13	6	5	100
AREA GEOGRAFICA							
Montevideo	18	56	5	9	6	6	100
Interior	13	60	2	13	6	5	100
EDAD							
18 a 29 años	16	69	3	7	2	2	100
30 a 39 años	20	55	7	10	4	4	100
40 a 49 años	14	63	2	13	4	4	100
50 a 59 años	21	57	1	9	7	4	100
60 años y más	10	53	3	15	9	9	100
NIVEL EDUCATIVO							
Primaria comp. o menos	13	46	4	16	7	14	100
3ro. Secundaria	17	50	6	13	1	13	100
6to. Secundaria	14	62	4	11	8	1	100
Terciario o Universitario	17	66	1	10	5	2	100
VOTO OCTUBRE 2009							
Partido Colorado	7	66		12	12	4	100
Partido Nacional	10	62	5	14	6	3	100
Frente Amplio	23	58	3	8	2	6	100
EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD							
Vio la publicidad	16	57	5	11	6	6	100
No vio la publicidad	14	62	1	13	5	5	100
GRADO DE ACUERDO ANTERIOR							
De acuerdo	31	66	1	2	0	0	100
Ni acuerdo ni desacuerdo	10	72	4	6	1	7	100
Desacuerdo	8	53	5	18	10	6	100
No sabe	17	53	0	5	0	24	100
TOTAL	**15**	**59**	**3**	**12**	**6**	**5**	**100**

Fuente: (Transnational Institute Drugs and Democracy [TNI] 2013)

Anexo 12. Gráfico. ¿Por qué Uruguay regula y no criminaliza el cannabis?



Fuente: (TNI 2013)