

Universidad para la Cooperación Internacional
Maestría en Criminología con énfasis en Seguridad Humana
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

**Control social del consumo de drogas en Costa Rica:
Para orientar las políticas nacionales de drogas hacia el enfoque
de derechos humanos**

Proyecto Final de Graduación

Ernesto Cortés Amador

Marzo 2013

INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS	iii
INDICE DE FIGURAS	iv
ABREVIATURAS	v
RESUMEN EJECUTIVO	vi
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I La construcción del “problema de la droga”	11
1.1 ¿Qué son las drogas? o ¿Qué se pretende controlar?	11
1.2 Origen del control social de las drogas en occidente	13
1.3 Modelos de pensamiento oficial para el control de drogas	16
1.4 Derecho Penal de Emergencia: Guerra Contra las Drogas	19
Capítulo II Políticas de control social del consumo de drogas	23
2.1 Sistema Internacional de Control de Drogas.....	24
2.2 Despenalización y/o descriminalización del consumo de drogas.....	28
2.3 Regulación de la tenencia para consumo en Costa Rica.....	32
2.4 Control social de la farmacodependencia en Costa Rica.....	36
Capítulo III Personas Consumidoras de drogas y derechos humanos.....	42
3.1 Impacto en las personas consumidoras de drogas en Costa Rica	43
3.2 Reconsiderando las políticas de control de drogas.....	52
3.3 Principios básicos para una política de drogas más humanista	57
3.4 La Reducción Del Daño en la reducción de la demanda	61
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	81
Anexo 1 Línea del Tiempo: Políticas de drogas a nivel mundial, regional y nacional 1960 – 2012.....	81

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.1 Umbrales para la Descriminalización de la posesión para consumo. Varios países de Europa y América. 2009.....	31
Cuadro No.2 Personas necesitadas de tratamiento por consumo de drogas ilícitas. Por provincia. Costa Rica 2006.....	46
Cuadro No.3 Tipo de personas que se considera que cometen más actos violentos o delictivos.	48

INDICE DE FIGURAS

Figura No.1 _Personas consumidoras de drogas ilícitas alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Residentes de hogares entre 12 a 70 años. Por mil habitantes. Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006.....	44
Figura No.2 Diferentes situaciones de inseguridad percibidas en el barrio o comunidad. Costa Rica 2006.....	49
Figura No.3 Total de infracciones y procesos judiciales asociados a la Ley 8204 “Ley de psicotrópicos”. Costa Rica 2006-2010.....	50

ABREVIATURAS

CE	Comisión de Estupefacientes
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNA	Código Niñez y Adolescencia
CICAD/OEA	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos
CGPD	Comisión Global sobre Políticas de Drogas
CLDD	Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia
CPJ	Consejo de la Persona Joven
CONADRO	Consejo Nacional de Drogas
HRC	Harm Reduction Coalition (Coalición de Reducción del Daño)
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
IHRA	International Harm Reduction Association (Asociación Internacional de Reducción de Daño)
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
LJPJ	Ley de Justicia Penal Juvenil
OIJ	Organismo de Investigación Judicial
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POLSEPAZ	Política integral y sostenible de seguridad ciudadana y promoción de la paz social
RDD	Reducción Del Daño
SISVI	Sistema de Información sobre la Violencia y el Delito

RESUMEN EJECUTIVO

El control social de las drogas está marcado por un contexto sombrío lleno de creencias y moralismos, en donde se enmascaran dinámicas económicas, políticas y socioculturales para resaltar los casos de violencia y enfermedad, que perpetúan el llamado “problema de la droga” y que tanto le gustan a los medios de comunicación masiva. Este es un modelo de control social que se reproduce ideológica y materialmente ejemplificando el proceso de etiquetamiento y selectividad, ya que tanto consumidores como traficantes son considerados personas desviadas y peligrosas, y por lo tanto deben ser rehabilitadas o segregadas por los agentes de control social.

A pesar de que en Costa Rica el consumo de drogas esta abiertamente despenalizado y las políticas estatales se orientan hacia el enfoque salud pública, aún se sigue discriminando y hasta criminalizando a las personas usuarias de drogas. Esto se debe a las raíces prohibicionistas de las políticas de drogas y su orientación hacia el derecho penal, situación que ha dificultado integrar plenamente el derecho internacional de derechos humanos en las políticas de los Estados firmantes de los convenios internacionales de control de drogas.

En este marco es que se desarrolla este trabajo final de graduación, cuyo objetivo general es el de analizar las políticas costarricense para el control del consumo de drogas. Esto con el fin de promover su orientación hacia el enfoque de derechos humanos de las personas usuarias de drogas ilícitas, las cuales se encuentran al final de la cadena de comercialización y que suelen ser las más perjudicadas. Este objetivo general se divide en 3 objetivos específicos:

1. Analizar el marco histórico e ideológico de los discursos de control social entorno al consumo de drogas
2. Describir el desarrollo de las políticas para el control del consumo de drogas en Costa Rica.
3. Señalar el impacto que tienen las políticas para el control del consumo de drogas en las personas usuarias de drogas ilícitas, con el fin de aportar recomendaciones desde un enfoque de derechos humanos

A nivel metodológico, esta es una investigación exploratoria documental de la legislación nacional e internacional entorno a las políticas de control de las drogas, enfocada principalmente en las políticas de reducción de la demanda. Estas se ilustran en una línea del tiempo que muestra las relaciones del discurso internacional del control de drogas con la política implementada a nivel local en el ámbito costarricense. También se incluye la búsqueda y análisis de documentos de

políticas públicas, estrategias de control de drogas, sentencias o resoluciones de las Cortes Supremas de Justicia entorno al consumo de drogas en Costa Rica.

Para valorar el impacto que sufren las personas consumidoras debido su criminalización, se realiza un análisis de datos estadísticos policiales, penitenciarios y de salud pública. Así como una revisión documental de investigaciones fuera de Costa Rica, que dimensionen los posibles riesgos o daños que experimentan las personas consumidoras de drogas a sus derechos individuales. Toda esta documentación e información se complementa y confronta con entrevistas con abogados penalistas y fiscales de narcotráfico.

Como resultados generales de la investigación se puede observar que las políticas actuales de control de drogas fomentan la discriminación y criminalización de las personas usuarias de drogas. Este discurso se fundamenta en modelos jurídicos y sanitarios basados en conceptos de desviación y peligrosidad, las cuales han traído serias consecuencias en las libertades individuales y colectivas, más allá de los posibles efectos físicos y mentales derivados del propio consumo. De hecho las personas consumidoras de drogas experimentan a diario riesgos de intoxicación, infecciones, transmisión de enfermedades, discriminación social y violencia por parte de narcotraficantes e incluso de las autoridades policiales y de salud pública.

Aunque en los últimos años se ha dado un una redirección del modelo penal hacia el modelo médico, en donde Costa Rica tiene un avance significativo, aún existen muchos vacíos legales y falta de compromiso político para implementar realmente un proyecto social y de salud que atienda de forma especializada y universal a aquellas personas que experimenten problemas de consumo de drogas. Es necesario romper con los discursos de emergencia y de gestión del riesgo para el control de drogas, con el fin de iniciar un proceso de construcción de políticas de control del consumo de drogas basada en evidencia científica y en el marco del derecho internacional de los derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

El tráfico y consumo de drogas ilícitas se encuentra en la palestra de la agenda internacional, principalmente en los países Latinoamericanos, pero en vez de generar espacios de debate y participación social, se mantiene como uno de los principales temas de controversia y desinformación mediática. Esto ha llevado a crear una cultura de ignorancia y miedo, que en vez de promover y evaluar distintas estrategias para aminorar los daños provocados por las drogas, ha perpetuado un modelo discriminatorio y represivo, que más bien ha profundizado las consecuencias negativas para la seguridad humana.

Como **antecedentes** principales, se parte del hecho que el discurso oficial señala que las drogas representan una seria amenaza a la salud y al bienestar de la humanidad, por lo que se ha decidido que su producción, comercialización y consumo sean prohibidos. De esta forma, se establece un Sistema Internacional de Control de Drogas, el cual define los mecanismos de control social formal de las drogas, con una clara tendencia a utilizar el derecho penal como el medio de control preferido.

En la última década se ha podido apreciar el fracaso del modelo jurídico penal para el control social de las drogas, reflejado en el aumento del consumo y en la violencia asociada al narcotráfico. No hay duda alguna que las estrategias de política criminal utilizadas hasta la fecha no han logrado su objetivo de “crear un mundo libre de drogas”, sino que más bien pasaron a convertirse en un arma de doble filo, que atenta contra los derechos humanos de las personas usuarias de estas sustancias prohibidas y de la sociedad en general.

Cabe mencionar que a pesar del estado de emergencia creado en torno a las drogas, en Costa Rica se despenalizó y descriminalizó el consumo desde hace más de una década. Aun así las personas usuarias de drogas, primordialmente aquellas que son farmacodependientes, sufren una constante discriminación por la

población general y especialmente por los agentes estatales de control social. La alarma social que se ha despertado en torno al aumento en el consumo y el tráfico en los últimos años, ha llevado a la reciente creación de políticas públicas de salud pública y de seguridad ciudadana para controlar la situación.

Desde esta premisa, el **objetivo general** de la presente investigación es el de *analizar las políticas de control social del consumo de drogas en Costa Rica, con el fin de promover su orientación hacia el enfoque de derechos humanos para las personas usuarias de estas sustancias*. Los **objetivos específicos** son:

1. Analizar el marco histórico e ideológico de los discursos de control social entorno al consumo de drogas
2. Describir el desarrollo de las políticas para el control del consumo de drogas en Costa Rica.
3. Señalar el impacto que tienen las políticas para el control del consumo de drogas en las personas usuarias de drogas ilícitas, con el fin de aportar recomendaciones desde un enfoque de derechos humanos

Como **marco teórico** de este trabajo, se parte de la premisa de que el tema del control social de las drogas no es nuevo en el debate criminológico, principalmente en el contexto latinoamericano. Los aportes de la criminóloga crítica venezolana Rosa del Olmo (1987, 1989, 1994) nos reflejan la complejidad del fenómeno, pero también su lado oculto y hasta macabro. *“En los últimos años se han tejido varios discursos en torno a las drogas, muchas veces contradictorios entre sí, pero que sirven para crear una serie de estereotipos cuya finalidad principal es la dramatizar y demonizar el problema. Con ello se ocultan, su alcance y sus repercusiones económicas y políticas detrás de un discurso único de carácter universal, atemporal y ahistórico que solo ha contribuido a la consolidación en la actualidad del poder de las trasnacionales que manejan el negocio.”* (Del Olmo: 1987, p.78)

Es desde el enfoque de la criminología crítica donde se parte para analizar las políticas de control social del consumo de drogas en Costa Rica, enmarcadas en un proceso histórico internacional y regional. El concepto de control social se ha hecho patente en tiempos relativamente recientes, principalmente ligado al contexto político, económico y académico del siglo XX. Es el Estado el encargado de mantener este control, principalmente en relación con las políticas social demócratas de la post guerra (*welfare*), mientras que la sociología de la desviación y el sistema económico capitalista (fordista) dieron las bases teóricas y técnicas para ponerlo en práctica metodológica.

Aun así, desde las primeras civilizaciones humanas se pueden documentar estrategias de control de la población. Michel Foucault (1975) explica con detenimiento cómo el castigo, como pena de un delito en occidente, se ha ido modificando en sus prácticas punitivas según las características políticas y económicas de diferentes contextos históricos. Es a partir de la modernidad que el sentido principal de la pena se presenta como la intención de reducir o corregir las desviaciones y reinsertar al sistema productivo aquellas personas desviadas.

Aunque la desviación es un concepto que dependiendo de su acercamiento teórico podría analizarse en cualquier contexto histórico, no es hasta mediados del siglo XX, luego de la segunda guerra mundial, cuando los Estados definieron claramente sus políticas de control social de la desviación; principalmente mediante políticas de “*welfare*”, también conocidas como de Estado benefactor (Melossi: 1990). Es en este contexto histórico que aparece en las ciencias sociales el concepto de *desviación*,¹ enfocado en aquellas conductas consideradas problemáticas y en los individuos o grupos que las realizaban, no en los problemas

¹ Bergalli (1998) comenta que el concepto original de la desviación fue acuñado en la escuela de sociología de Chicago, en donde se realizó una interpretación sesgada del término desviación que aporta la teoría del consenso de la sociología estructural-funcionalista de Durkheim y Parsons. Asimismo, se retoman los aportes de las teorías de comunicación social y del Interaccionismo Simbólico de G.H. Mead, para darle mayor sentido al enfoque individualista del concepto.

estructurales o inequidades sociales donde suceden estas conductas o donde viven estas personas.

Bergalli (1983) menciona que *“Actualmente la desviación no significa “excepcionalidad”; tampoco indica lo que “está fuera de la medida”, o “es poco frecuente”, ni coincide con la idea de “inadecuado”. El concepto de desviación, en realidad, supone todas estas ideas; pero, sobre todo, implica aún otra cosa más: un juicio moral. Desviación indica la indeseabilidad social, la oposición de hecho al código moral y a las convenciones dominantes. De ahí que el concepto de desviación, sea por lo tanto normativo, es violación de normas consideradas “justas” “sanas”, “morales” y en consecuencia es violación de interdicciones”* (p.162).

Según Pitch (1988), la desviación indica lo que ha escapado a los procesos de control social “primario” (familia, religión), como aquello que el control social “secundario” (instituciones del estado) deben contener, reorientar o reprimir. Se parte de la existencia de un “otro - lugar de control”, que se enfoca en dilucidar las causas de la desviación, como un ente conflictivo en construcción que debe ser sometido a determinados procedimientos de “normalización” para su “rehabilitación” y “reinserción” en la sociedad productiva.

Larrauri (1991) por su parte, menciona que la distinción entre la identificación social de la desviación y sus consecuencias es fundamental, ya que la respuesta social a la desviación actúa ante todo sobre su identificación. El tratamiento de la persona desviada no se dirige a las causas o las consecuencias de sus actos, sino por la respuesta de control brindada. En este caso, resulta importante entender que la realidad es creada continuamente por los actores que la interpretan, por lo que las estrategias para el control social de la desviación inciden sobre la misma identificación social del acto como “desviado”.

A pesar de los aportes de la criminología de la reacción social que señalaron como la desviación es un proceso que tiene lugar en la negociación entre actores

implicados en un contexto específico, ha prevalecido el enfoque individualista centrado en las conductas problemáticas. Al punto de convertirse en un elemento intrínseco del desarrollo del capitalismo neoliberal contemporáneo, el cual se ha caracterizado por la excedencia productiva y de ganancias de los grupos de poder, que ha profundizando las brechas económicas y la inequidad social.

Para finales del siglo XX el Estado Benefactor pasó a ser un Estado Penal que perdió el fin rehabilitador de la sanción y más bien se centró en la gestión del riesgo a partir de enfoques actuariales y administrativos. Esto conllevó una aceptada marginación y segregación de todas aquellas personas que no logran adaptarse al sistema económico y político hegemónico. Este es un estado que ya no sólo controla “individuos desviados”, sino que también bien controla “poblaciones peligrosas”, ya que el aumento de la desigualdad social no permite diferenciar entre aquellas personas que realmente se podrían considerar como peligrosas entre toda la población marginada de la sociedad consumista; por lo que resulta más fácil controlar a todos que a unos pocos (Di Giorgio 2006, Garland 2001).

Agamben (2003) llama a estos “individuos desviados” como *Homo Sacer*², como un estigma social que identifica individuos y poblaciones que irrespetan las normas y que por ende no se les permite convivir con el resto de la sociedad. Son personas o poblaciones que “justificadamente” se les mantiene en un control total por parte del Estado. Al respecto señala: *“El totalitarismo moderno puede ser definido como la instauración a través del estado de excepción, de una guerra civil legal, que permite la eliminación física no solo de los adversarios políticos sino de*

² El término “Homo Sacer” parte de una figura legal que se aplicaba en la antigua Roma para expulsar de la sociedad a aquellas personas consideradas desviadas, otorgándole una categoría de menor nivel que le prohibía participar de actividades civiles y religiosas. Agamben discute en base a este concepto a partir de un proceso de investigación de varios años, que el mismo denomina como una arqueología del derecho. Este inició con la publicación en 1995 de “Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida”, seguido en el 2000 por “Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III” y en el 2003 por “Estados de excepción. Homo Sacer II, I”.

categorías enteras de ciudadanos que por cualquier razón resultan no integrables en el sistema político” (p.25).

Este *estado de excepción* se caracteriza por la existencia de vacíos legales o normativas de facto que justifican la aplicación de medidas desproporcionales o no permitidas en un Estado de Derecho; especialmente hacia aquellas personas que atentan contra la seguridad nacional. Esto ha producido toda una serie de discursos de emergencia a nivel político, que con fines populistas y electorales justifican la implementación de un *derecho penal de emergencia*³, o un *derecho penal del enemigo*⁴, para controlar aquellas amenazas que atentan contra el bienestar colectivo. Es así como la respuesta Estatal frente a estos problemas considerados como muy peligrosos se convierte en sí misma en una amenaza para garantizar el Estado de derecho y hasta puede llegar a violentar los derechos humanos de todas aquellas personas consideradas desviadas o peligrosas

³ Guillaumondegui (2004) menciona que el *derecho penal de emergencia* se caracteriza por:

- a. Fundarse en un hecho nuevo o extraordinario.
- b. Existencia de un reclamo de la opinión pública que implique una solución pronta al problema causado por ese hecho nuevo;
- c. La sanción de una legislación penal con reglas diferentes a las tradicionales del Derecho Penal liberal
- d. Los efectos de esa legislación únicamente proporcionan una sensación de solución o reducción del problema, sin erradicarlo o disminuirlo efectivamente.

⁴ Según García (2005) las características principales del *derecho penal del enemigo* son:

- 1) Definición de tipos penales que anticipan su punibilidad, a partir de la criminalización de conductas de carácter preparatorio o previo a la comisión de cualquier hecho delictivo. Son conductas asociadas o que favorecen la existencia de una organización criminal y que alimentan su subsistencia y permanencia.
- 2) Desproporcionalidad de las penas correspondientes a los hechos delictivos concretos que realicen los individuos en el ejercicio de su actividad habitual o profesional al servicio de la organización criminal.
- 3) Denominación de nuevas legislaciones penales como “leyes de lucha o de combate”, que representa un paso legislación de combate o de guerra.
- 4) Restricción de garantías y derechos procesales de los imputados.
- 5) Regulaciones del Derecho *penitenciario* que endurecen las condiciones de clasificación de los internos, limitan los beneficios penitenciarios, amplían los requisitos de la libertad condicional.

Desde este punto, se parte desde el Derecho Internacional de Derechos Humanos y de toda la variedad de instrumentos existentes a nivel internacional y regional, de los cuales emanan un conjunto de normas y principios reconocidos y garantizados para todo ser humano por parte de su Estado. Ya que estos se deben incorporar en el ordenamiento jurídico de cada país, buscando que se establezcan las condiciones mínimas y necesarias para que las personas puedan desarrollarse plenamente y en armonía con el resto de la sociedad.

Según Nikken (1994) *“cualquiera sea el fundamento filosófico de la inherencia de los derechos humanos a la persona, el reconocimiento de la misma por el poder y su plasmación en instrumentos legales de protección en el ámbito doméstico y en el internacional, han sido el producto de un sostenido desarrollo histórico, dentro del cual las ideas, el sufrimiento de los pueblos, la movilización de la opinión pública y una determinación universal de lucha por la dignidad humana, han ido forzando la voluntad política necesaria para consolidar una gran conquista de la humanidad (p.4).*

En este sentido es que los derechos humanos implican obligaciones a cargo del Estado, que es responsable de protegerlos, respetarlos y garantizarlos. De esta manera, la función del Derecho Internacional de Derechos Humanos permite cambiar el enfoque del control social en la conducta “desviada” de cada individuo en relación con las normas legales y en su lugar pronunciarse sobre posibles omisiones o violaciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos cometidas por parte de los Estados, insertándose así en la base del discurso de organizaciones de sociedad civil a nivel internacional y nacional.

A pesar de la proliferación de convenciones, tratados, declaraciones, protocolos, entre otros instrumentos, hoy en día se experimentan violaciones sistemáticas a los derechos humanos de muchas personas, principalmente las que se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad social. Se puede afirmar que aún existen contextos dónde los derechos humanos son simplemente un discurso en el

papel, no son garantizados en la vida de todas las personas que además se enfrentan a la desprotección estatal, la ineficacia institucional y la indiferencia social.

En términos generales, a nivel internacional se ha marcado un rumbo importante hacia la consolidación de una protección de los derechos humanos, la cual ha estado impulsada por el justo reconocimiento de las sistemáticas violaciones cometidas en diversos lugares de la esfera mundial por parte de organizaciones de la sociedad civil. Se considera que este proceso socio-histórico ha significado necesariamente el avance en la defensa de la dignidad de la persona humana.

Con respecto a la **metodología**, la investigación se llevó a cabo en 3 etapas: recolección de información documental y estadística, análisis de la información y redacción del trabajo.

La primera etapa se inició con la revisión de la legislación nacional e internacional entorno a las políticas de control de las drogas, enfocada en las políticas de reducción del consumo. Esta revisión se realiza a partir de fuentes documentales primarias como lo son los instrumentos y organizaciones internacionales y regionales de control de drogas, así como la legislación nacional elaborada desde la década de los 60 del siglo XX. La escogencia de la fecha de inicio del análisis tiene que ver directamente con la consolidación del sistema internacional de control de drogas y de su difusión a nivel internacional, donde Costa Rica no es la excepción. Las fuentes secundarias representan aquellos documentos de políticas públicas o estrategias de control de drogas, así como sentencias o resoluciones de las Cortes Supremas de Justicia (Sala III y Sala IV) entorno al consumo de drogas ilícitas.

La información documental son los insumos para la elaboración de una línea del tiempo (OMS-PATH 2007), donde se señalarán los acontecimientos principales que han marcado el desarrollo de las políticas de control del consumo de drogas.

La utilización de esta técnica cumple la función de ilustrar las relaciones del discurso internacional del control de drogas con la política implementada a nivel local en el ámbito costarricense (ver Anexo 1).

Con el objetivo de valorar el impacto que sufren las personas consumidoras debido su criminalización, se realizó un análisis de datos policiales y penitenciarios relacionadas con el tema, mediante bases de datos en línea como el Sistema de Información en Violencia (SISVI) del Ministerio de Justicia y Paz. Se incorporarán a su vez datos que ayudan a dimensionar el fenómeno a partir de encuestas nacionales de seguridad (PNUD 2006, 2008) y de consumo de drogas realizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en el 2006 y el 2010. (IAFA 2009, 2012).

Se realizaron dos entrevistas a expertos en derecho penal y procesal penal. La primera fue al fiscal adjunto de narcotráfico del Ministerio Público Lic. Álvaro Montoya y la siguiente al Dr. Carlos Tiffer Sotomayor. Con ambos se realizó una entrevista a profundidad estructurada pero no directiva, en la cual se partió de una guía general de temas de discusión, sin preguntas pre elaboradas, buscando no limitar al entrevistado sobre la cantidad y calidad de sus respuestas, tratando de recabar la mayor cantidad de información en una sola sesión de entrevista (Camacho: 2002).

El presente documento se elabora en 4 partes o apartados, iniciando con el primer capítulo titulado La construcción del “problema de la droga”, que esboza a nivel general la forma en que el término droga es una construcción social basada en premisas prohibicionistas, moralistas y etnocéntricas occidentales. Estas se han consolidado a partir de la hegemónica de los modelos jurídico penal y médico sanitario como únicas fuentes epistemológicas para la aproximación a las políticas de control social; degenerando en las últimas décadas en un derecho penal de emergencia llamada “Guerra contra las Drogas”.

El segundo capítulo se enfoca en una descripción del desarrollo de las “Políticas de control social del consumo de drogas” desde hace medio siglo, a nivel mundial, regional y local. En esta parte se analizan a fondo las políticas enfocadas al control de la demanda de drogas, específicamente en relación a la despenalización del consumo existente en nuestro país y del control de las personas que sufren problemas derivados del consumo de drogas.

El tercer capítulo se enfoca en las “personas consumidoras de drogas y sus derechos humano”, a partir de una caracterización inicial de la población usuaria en Costa Rica y qué problemas experimentan a nivel individual y social. Seguido por el debate internacional que ha generado las organizaciones de sociedad civil en torno al impacto de las políticas basadas en el modelo jurídico penal y de la necesidad de orientarlas mediante principios básicos del Derecho Internacional de Derechos Humanos . El capítulo cierra con una exposición sobre el enfoque de Reducción Del Daño (RDD), el cual aporta una visión más humanista a las políticas de control de las drogas, como una opción para su mejoramiento e implementación.

La última parte del trabajo son las conclusiones, en las cuales se plantea un resumen general de los hallazgos obtenidos a partir de los objetivos de investigación, así como una serie de recomendaciones puntuales para orientar las políticas del control del consumo de drogas en Costa Rica hacia el enfoque de derechos humanos.

Capítulo I

La construcción del “problema de la droga”

“Lo importante no parece ser ni la sustancia, ni su definición, y mucho menos su capacidad o no de alterar de algún modo al ser humano, sino más bien el discurso que se construye entorno a ella. De ahí que se hable de la droga, y no de las drogas. Al agruparlas en una sola categoría se pueden confundir y separar en prohibidas o permitidas cuando sea conveniente. Ello permite además incluir en el mismo discurso no solo las características de las sustancias, sino también las del actor -consumidor o traficante-, individuo que se convertirá en el discurso, en la expresión concreta o tangible del terror.” (Del Olmo: 1987, p.4)

1.1 ¿Qué son las drogas? o ¿Qué se pretende controlar?

La intención de este apartado no es brindar una definición exacta del concepto droga, de la variedad de sustancias que existen, su composición química o de los efectos o daños que estas pueden producirle a una persona si las consume. Sino más bien señalar que a pesar de ser un término ampliamente reconocido en varios idiomas, este se ha enfocado principalmente hacia aquellas sustancias consideradas prohibidas y ha funcionado como parte de la construcción de un problema global, que rara vez contempla los riesgos y daños reales que pueden producir toda la gran variedad de drogas que existen en el mercado ilegal.

Este es un lenguaje mediático que permite una fácil e incorrecta utilización del término en varios contextos sociales; algo similar a lo que ocurre con el término narcótico (del inglés “*narcotic*”) cuya correcta traducción en español es estupefaciente. Esto ha ocasionado a que desde hace varias décadas los medios

de comunicación utilicen toda una gama de acepciones donde se agrega el prefijo narco”: narcodólar, narcoestado, narcoguerrilla, narcofamilia, etc, para identificar al enemigo en su contexto económico, político y hasta social. Este no es un hecho que pueda decirse que ocurrió al azar, ya que tiene que ver directamente con el contexto geopolítico de control internacional por parte de los Estados Unidos (Del Olmo: 1987, p.8).

Aunque se podría definir el término “droga” como cualquier sustancia psicoactiva⁵, se preferirá entender el término en relación a aquellas sustancias de control internacional; específicamente aquellas incluidas en la Lista I del Sistema de Control de Drogas de la Organización de las Naciones Unidas, que se explicará en el siguiente capítulo. Así las cosas, para esta investigación el concepto droga incluye solamente las sustancias psicoactivas que se controlan a partir de una prohibición total de sus ventas. Esto con el fin de limitar el margen de acción hacia un grupo más reducido de sustancias que mantienen un control social particular, marcado por una prohibición total de su producción y su venta.⁶

⁵ Escohotado (2002), clasifica las drogas psicoactivas precisamente por su “psicoactividad”, en 3 esferas:

1. Aquellas que se relacionan con alivio del dolor, el sufrimiento y el desasosiego, ya sea este por una lesión, una pérdida actual o posible, así como un malestar que le impide dormir, concentrarse o simplemente existir sin angustia. Estas drogas proporcionan o prometen algún tipo de paz interior, que van desde una sutil relajación hasta el plácido embrutecimiento. Incluye los opiáceos naturales y sintéticos, tranquilizantes, somníferos, narcóticos y bebidas alcohólicas.
2. Se enfoca en aquellas drogas utilizadas para eliminar las sensaciones de pereza, impotencia o aburrimiento, ya que estas proporcionan o prometen algún tipo de energía, como lo son los estimulantes vegetales como el café o la coca y estimulantes químicos como la cocaína, el crack y las anfetaminas.
3. Son aquellas drogas que se utilizan con fines de curiosidad intelectual y espíritu aventurero, que ayudan para salirse de la rutina y reflexionar sobre sí mismo. Son drogas alucinógenas leves como el éxtasis y el cannabis, y alucinógenas de alta potencia como la mezcalina, LSD, hongos o ayahuasca. Estas proporcionan o prometen algún tipo de reflexión personal o de viaje espiritual, como una excursión a zonas no recorridas del ánimo y la conciencia.

⁶ Szasz (1992) categoriza las drogas de acuerdo con su disponibilidad o modo de distribución:

1.2 Origen del control social de las drogas en occidente

El control social de las drogas es un hecho observable en todas las culturas del mundo donde se han consumido sustancias psicoactivas, habiendo controles formales e informales (Romaní 2003). Siempre han existido sociedades tendientes a prohibir o estimular la producción y uso de algunas de ellas, en las cuales los motivos de consumo pueden variar desde aquellos con fines espirituales, medicinales o recreativos. En occidente por ejemplo, el alcohol tiene un mayor arraigo cultural, mientras que en China sería el opio, en India la cannabis y en las culturas indígenas americanas una gran variedad de plantas, cactus y hongos alucinógenos.

El economista y político colombiano Francisco Thoumi (2009) explica que el control de las drogas ha existido desde los inicios de la civilización:

“Más allá de sus diferentes usos, lo cierto es que el consumo de drogas que alteran la mente ha sido una constante en la historia de la

-
1. Ningún control especial. El gobierno no limita las ventas: por ejemplo, café, aspirina, laxantes. Producidas por empresarios privados; distribuidas a través del libre mercado. Los productos se denominan “alimento”, “bebida” o “droga sin receta”; el vendedor, “comerciante”; el comprador, “cliente”.
 2. El gobierno ejerce un control que limita las ventas:
 - a) A adultos; por ejemplo, alcohol y tabaco. Producidas por empresarios privados; distribuidas a través del libre mercado o con licencia estatal. Los productos se llaman “cerveza”, “vino”, “cigarrillo”; el vendedor, “comerciante”; el comprador, “cliente”.
 - b) A pacientes: por ejemplo, digital, penicilina, esteroides, Valium. Producidas por fabricantes farmacéuticos que controla el gobierno; distribuidas a través de recetas médicas controladas por estado y farmacias. El producto se llama “droga de receta”; el vendedor, “farmacéutico”; el comprador, “paciente”.
 - c) A adictos: por ejemplo, metadona. Producidas por fabricantes farmacéuticos que controla el gobierno; distribuidas a través de dispensadores especiales, aprobados federalmente. No hay compradores ni vendedores legales. El producto se llama “tratamiento contra (el abuso de) drogas”; el distribuidor “programa de (tratamiento anti-) droga”; el receptor, “adicto (certificado)”.
 3. El gobierno controla prohibiendo ventas a cualquiera: por ejemplo, heroína, crack. Producidas ilegalmente por empresarios privados; distribuidas ilegalmente a través del mercado negro. El producto se llama “droga peligrosa” o “droga ilegal”; el vendedor, “camello” o “traficante”; el comprador, “adicto” o “persona que abusa de drogas”.

humanidad: estas han sido utilizadas por todas las sociedades que han tenido acceso a ellas, aunque siempre sujetas a controles sociales que han limitado sus usos. Este control se ha logrado por medio de la ritualización, la prohibición del uso excepto bajo ciertas condiciones y la restricción del uso para algunos segmentos de la sociedad (personas de cierta edad, sexo, etnia o raza). En suma, cada sociedad ha establecido formas de control que están de acuerdo con sus normas legales y sociales, es decir con sus propias instituciones, y que han evolucionado a lo largo del tiempo” (p.43).

De hecho, el problema del consumo de drogas es un hecho de reciente data en los países occidentales. Cartas de exploradores y filósofos del siglo XVII comentan el uso de sustancias como el opio en Asia, pero aparte de mencionar sus propiedades medicinales, estas no parecían presentar una amenaza a la sociedad como tal. Aun así, la influencia del racionalismo científico positivista derivado de las ideas Iluministas, condenó el consumo de ciertas drogas, así como toda práctica tradicional o espiritual de sociedades no occidentales consideradas “primitivas”, ya que las interpretaba como brujería y como un obstáculo para el progreso y la civilización.

Este hecho histórico sobre cómo se ha construido el “problema de la droga” en la sociedad actual es mencionado por Barata (1991):

“La historia de las drogas antes de la economía capitalista demuestra que las drogas son, con alguna rara excepción, un aspecto normal de la cultura, de la religión y de la vida cotidiana en cada sociedad, no un "problema". Se convierten en un problema con la llegada del mercantilismo y con la afirmación, a nivel mundial, del modo de producción capitalista. Es a partir de ese momento cuando las drogas pierden su vinculación secular con las economías locales y se convierten en objeto de rápidos procesos de transculturización. En el

viejo mundo, las "nuevas" drogas importadas desde el nuevo mundo se convirtieron, según los intereses políticos y económicos prevalecientes, en un gran problema moral o religioso o en un gran negocio para comerciantes o monarcas; objeto de prohibición o, por el contrario, de promoción y de imposición. Por otra parte, en los países "periféricos" la producción, el comercio e incluso el consumo de drogas tradicionales o importadas cayeron en parte bajo el dominio del capital de los países "centrales" y fueron integrados en la circulación legal o ilegal de éste" (p.220).

Es así que el "problema de la droga" surge junto a la misma consolidación de los estados nacionales y sus relaciones de centro-periferia, en donde los Estados Unidos juega un papel preponderante. Ya que es en este país donde surge un movimiento social-religioso de una serie de empresarios morales estadounidenses, que marcará fuertemente el carácter prohibicionista de las políticas de drogas. Es así como aparecen el "Prohibition Party" en 1869, la Sociedad para la superación del vicio en 1873 y el Anti-Saloon League en 1895, por citar sólo los más importantes, los cuales responsabilizaron a diversos grupos vulnerables de las problemáticas existentes.

Gutiérrez (2009) explica que "es de la mano de estos empresarios morales y con el apoyo de la prensa escrita que las drogas, y en primer lugar el alcohol, se convierten en el enemigo público número uno de la sociedad. Pero dada la abstracción del enemigo, se necesitaron hospederos para difundir el peligro. Para ello se sirvieron de los diversos prejuicios contra los abundantes migrantes en el país. Así, a cada droga correspondía un respectivo grupo migrante: el alcohol a los irlandeses, judíos e italianos; la cocaína a los negros; la marihuana a los mexicanos; y el opio a los chinos. Ocurre así una fusión simbiótica de los estereotipos de los migrantes y las drogas" (p.56).

La influencia de los Estados Unidos y el poder político y económico de estos grupos prohibicionistas fueron permeando la sociedad, hasta materializarse en normativas nacionales e internacionales de control de drogas, que se analizan en el siguiente capítulo. Este podría considerarse como el eje teórico principal que derivó en una cruzada internacional de más de cien años contra algunas drogas psicoactivas, incluido el alcohol que fue prohibido en Estados Unidos en la década de los treinta y de los que se conocen sus consecuencias en el aumento de la violencia y criminalidad derivadas con posterioridad a este hecho.

Este prohibicionismo ideológico que forjó la identidad estadounidense, estaba cargado de premisas etnocéntricas, racistas y xenófobas, es uno de los principales antecedentes que le dan sentido al discurso oficial en torno a las drogas. Pero debido a sus raíces positivistas en que se funda la modernidad, muchas de estas premisas prohibicionistas fueron solapadas por concepciones científicas de la medicina y el derecho penal.

1.3 Modelos de pensamiento oficial para el control de drogas

El análisis del fenómeno de las drogas se puede realizar desde una gran variedad de modelos de pensamiento, dependiendo del enfoque y la intencionalidad de la persona o agente de control social que lo utilice. Desde este punto de vista, Del Olmo (1987) nos menciona la existencia de varios discursos hegemónicos, con sus estereotipos respectivos, que se han utilizado para construir y actuar sobre la problemática de las drogas a nivel internacional:

“Plantear el “problema de la droga” a través de estos diversos discursos solo ha contribuido a reforzar la confusión reinante y a ignorar sus reales dimensiones psicológicas y sociales, así como políticas y económicas. Los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías

dominantes; por ello, en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en los psiquiátrico e individual” (p.7).

Entre algunos de estos discursos sobre el “problema de la droga”, nos encontramos aquellos que se enfocan más en los aspecto ético jurídicos que fundamentan el estereotipo moral y de la delictividad, otros en los aspectos médico-sanitarios con el estereotipo de la enfermedad o dependencia, mientras que el discurso de medios genera un estereotipo cultural que refuerza el discurso ético jurídico. (Del Olmo 1987). Otros autores mencionan distintos modelos interpretativos del fenómeno como el psicológico, el sociocultural, el de reducción del daño y el modelo socioecológico (Markez: 1998, Pons 2008).

A pesar de la existencia de esta variedad de discursos y modelos de pensamiento entorno al fenómeno de la comercialización y el consumo de drogas, son el modelo jurídico penal y el modelo médico sanitario los que realmente orientan y definen el “problema de la droga”. Mismos que no se pueden entender como modelos excluyentes, sino que más bien se configuran a partir de relaciones intrínsecas de poder y subordinación del primero al segundo (Romaní: 2003, p.432). Es así que mientras el modelo jurídico penal se enfoca principalmente en la reducción de la oferta de drogas mediante la aplicación de un control social de corte “duro”, segregativo, custodial y represivo, el modelo médico sanitario busca la reducción de la demanda de drogas, aplica un control social de corte “suave”, terapéutico, rehabilitante, y de reinserción social (Pitch: 1988).

A pesar de estas diferencias metodológicas entre los modelos de pensamiento predominantes en las políticas de control de drogas, la idea general en ambos casos es el difundir el mensaje que tanto traficantes como usuarios de drogas se han convertido en poblaciones peligrosas que deben ser segregadas e incapacitadas. *“Todo depende de quien hable. Para el médico será “el enfermo”, al que hay que someter a tratamiento para rehabilitarlo; el juez verá en él al “perverso” que se debe castigar como escarmiento”* (Del Olmo: 1987, p.3).

Desde la política existente en el tema se ha hecho foco, por un lado, en la consideración del problema como enfermedad y en las prácticas de salud sobre ella, y por otro, en la ilegalidad y las prácticas represivas, policiales y judiciales. Esto tiende a generar una interpretación errónea del problema, porque en los distintos niveles institucionales la droga aparece como si fuera un fenómeno exterior a nuestra sociedad, como algo que se introduce desde afuera para desmoralizar o emponzoñar la vida de la juventud o alterar el libre desenvolvimiento de las personas (Galende: 2008, p.2).

Mientras que el modelo jurídico penal se implementa a partir de instituciones de seguridad y justicia, el modelo médico sanitario se basa en las instituciones de salud. El primero se fundamenta en las políticas criminales, mientras que el segundo en las políticas de salud que desarrolle el Estado para reducir la oferta y la demanda de drogas. *“El modelo médico define la forma de tratar algunos de los problemas sanitarios relacionados con determinados usos de drogas, y que mantendrá unas ambiguas y contradictorias relaciones con el modelo penal, normalmente de subordinación.” “Se plantea que hay que considerar al drogadicto como un enfermo, pero sin cuestionar como se define la figura social del drogadicto” (Romaní: 2003, p.439).*

Es así que esta combinación entre los modelos jurídico y médico posee una amplia zona de compatibilidad fundamentada a nivel histórico y político, en donde se suele poner el énfasis en uno u otro según los intereses de los agentes de control social encargados. Pero también con el fin de construir la problemática a partir de esquemas arbitrarios creados por especialistas en ambos campos, que han llevado a realizar un análisis sesgado de la problemática, ya que no se toman en cuenta los aspectos económicos, socioculturales y políticos del fenómeno.

Según Baratta (1991) *“la actual política de drogas -es decir, la política de criminalización de ciertas drogas- constituye un sistema que se reproduce*

ideológica y materialmente". De modo que resulta muy difícil o improbable la posibilidad de modificar su imagen de la realidad y de sus actitudes. Se reproduce ideológicamente mediante un discurso moral que señala los mecanismos generales para que cada sector o grupo de actores dentro del sistema puedan confirmar su posición en la realidad social del problema; y se reproduce materialmente ya que este es *"un proceso por el cual la acción general del sistema, determinada por una imagen inicial de la realidad, modifica parcialmente la propia realidad, de tal modo que la vuelve más cercana a la imagen inicial"* (Baratta: 1991, p.197).

1.4 Derecho Penal de Emergencia: Guerra Contra las Drogas

Es con la vigencia y consolidación del Estado Benefactor que aparecen las estrategias de control de drogas que rigen actualmente el mundo. El incremento acelerado en el consumo de la heroína en la década de los cincuenta, del cannabis en los sesenta y de la cocaína en los setenta, activó una alarma en los países centrales (Estados Unidos y Europa) del desarrollo occidental, ocasionando el surgimiento de un nuevo prohibicionismo de "mano dura" y una nueva cruzada promulgada por el gobierno conservador del Presidente Nixon hace más de cuarenta años: "La Guerra Contra las Drogas".

Este discurso de "lucha" o "guerra" contra las drogas⁷ se ha convertido en un gran constructo que permite explicar todos los problemas y males de la sociedad contemporánea; pero también justifica las medidas excepcionales que toman los estados para salvaguardar la seguridad de su población, a costa de los derechos fundamentales de algunas cuantas personas etiquetadas como el "enemigo". El principal problema de este tipo de políticas criminales es que se centran en el derecho penal como única herramienta estatal de control social.

⁷ Similar al de otros discursos de emergencia como la Guerra Contra el Terrorismo en la última década, o con el Comunismo a mediados del siglo XX o Contra los Infieles en la Inquisición Española del siglo XVI.

Anitua (2005) indica que la guerra contra las drogas tiene una función *interna* que responde no sólo a la exclusión practicada por la nueva economía neoliberal, sino también a las viejas prácticas racistas de la sociedad estadounidense. Pero también cumple una función *externa* asociada a un nuevo "patriotismo", religioso y estatalista, exacerbado por la presencia de un enemigo exterior y la justificación para su represión.

El crecimiento e imposición del discurso estadounidense durante de guerra contra las drogas coincide directamente con los cambios sucedidos a finales la década de los ochentas y la necesidad de justificar su control geopolítico en América Latina y otras zonas de conflicto bélico luego de la caída del movimiento comunista. Se implementó así un modelo político-transnacional en el continente americano, basado en listas de cooperación internacional del gobierno federal estadounidense, junto a operativos militares en países productores de cocaína y marihuana (Del Olmo: 1987).

Después de la década de los ochentas, y en relación con la reconstrucción de los Estados sociales en Estados que gestión del riesgo, se podría decir que las políticas internacionales de drogas se han dirigido principalmente al control social de la oferta; desplegando así toda una estrategia de control duro desde el sistema penal internacional y nacional. En un estudio realizado sobre sistema penitenciario en América Latina (Metal y Youngers 2010) el incremento en la cantidad de personas con algún tipo de control penal está fuertemente ligado a penas por violación a las leyes de drogas, siendo la mayoría delitos poco violentos y con una clara desproporcionalidad por género.

En este caso, la guerra contra las drogas ha ofrecido a los Estados desde hace más de cuarenta años la posibilidad de implementar un estado de emergencia y excepción, que permite desde el uso justificado de la violencia, hasta el terrorismo de Estado con tal de crear un mundo libre de drogas. Rementeria (2009) ratifica este punto al señalar: *la Guerra contra las Drogas es la forma encubierta de*

controlar a toda la sociedad, pero sobre todo a sus segmentos más vulnerables, mediante el uso organizado de la violencia pública y social, el poder penal y el poder mediático. Está claro que la criminalización de las drogas tiene como finalidad la criminalización de los pobres, los jóvenes, las mujeres, los migrantes y otras minoras: las más vulnerables y, por lo tanto, las más peligrosas (p.72).

Se profundiza así, el discurso jurídico penal de la desviación, mediante la criminalización de las personas consumidoras de estas sustancias prohibidas. Vulnerando así, de manera justificada y sistemática los derechos humanos de las clases más desposeídas, con el fin de poder mantener el contexto de inequidad y desigualdad social ocasionada por el sistema capitalista neoliberal de nuestra época. Es así como en la últimas décadas *“en todos los estados modernos, el consumo de drogas se ha convertido en la forma de desviación que más se utiliza como llave para el control de quienes se encuentran más abajo en la escala social”*. (Christie: 1993, p.122)

Anitua (2005) también expone esta forma de estigmatización impuesta por parte de los aparatos de control punitivo estatal respecto al abordaje del fenómeno de las drogas en la sociedad, al señalar: *“La campaña y la ilegalidad declarada a una forma de ser, crearían una diferencia muy definida entre los incluidos y los “otros”: a los que a su vez se dividiría entre los malos malísimos -traficantes, etc.- y los meramente peligrosos -los consumidores-. El efecto inmediato de la creación de estos nuevos “criminalizables” sería el del aumento del número, capacidad y empleados de las prisiones, paradigma del nuevo vuelco punitivo.”* (p.486)

En los últimos años ha quedado claro que enfocar las políticas de drogas solamente desde el modelo jurídico penal no ha logrado disminuir la comercialización ni el consumo de drogas, sino que más bien ha contribuido a la difusión de estas prácticas hacia a otros países que antes no estaban tan

involucrados en la producción o distribución de drogas⁸ y que tenían índices bajos de consumo. Esta guerra también tiene consecuencias “no intencionales”, resultado de utilizar solamente el derecho penal como medio para el control social de las personas que trafican y que usan drogas⁹.

El impacto en el continente americano llevó a que en la Cumbre de la Américas en Cartagena, Colombia en abril del 2012, se ordena a la OEA realizar un reporte sobre políticas y nuevos acercamientos basados en evidencia científica. Se elaborará un reporte analítico a partir de un estudio comprensivo de las estrategias aplicadas en las Américas hasta el momento, valorando sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Este reporte analítico será la base para un reporte de escenario, que examinará las posibles opciones y acercamientos posibles para el futuro (OEA 2012)

⁸ Esta difusión del narcotráfico hacia países colindantes con aquellos centrales en el proceso de producción y distribución de las sustancias le han llamado “efecto globo”, a partir de la fumigación área y destrucción de plantaciones en Colombia, hizo proliferar el cultivo en países vecinos como Bolivia y Perú. Otro más reciente es el “efecto cucaracha”, derivado de la Guerra contra las drogas iniciada en el 2006 en México por el presidente Felipe Calderón, la cual ha llevado a un aumento en la violencia en América Central, principalmente en Guatemala, Honduras y El Salvador (Chalk: 2011)

⁹ La campaña “*Cuenta los Costos: 50 años de guerra contra las drogas*” (<http://www.countthecosts.org>) de la Fundación Transform Drug Policy del Reino Unido, presenta una serie de artículos informativos que destacan las principales consecuencias negativas no intencionales de la guerra contra la drogas:

- Socava el desarrollo y la seguridad internacionales
- Alimenta el conflicto
- Amenaza la salud pública
- Difunde enfermedades y causa la muerte
- Socava los derechos humanos
- Promueve el estigma y la discriminación
- Genera delincuencia y enriquece a los criminales
- Causa deforestación y contaminación
- Desperdicia miles de millones en acciones inefectivas para la aplicación de la ley

Capítulo II

Políticas de control social del consumo de drogas

El desarrollo histórico de las políticas de drogas a nivel internacional y nacional es imprescindible para un análisis desde la teoría del control social. Para ilustrar este proceso se utiliza la técnica de línea del tiempo, donde se puede observar los cambios en las políticas de drogas en el contexto global, regional y local. Esto con el objetivo de generar un análisis comparativo en la evolución de los instrumentos de control social de las drogas y la orientación que estos han tomado en el último medio siglo (ver Anexo 1).

Romaní (2003) expone que: *“la expansión del prohibicionismo, dadas las dificultades con que se encontraba, va a la par con las transformaciones discursivas más superficiales de sus argumentos principales, tal como puede observarse a través de los principales convenios y/o conferencias internacionales que van desde La Haya (1912) hasta Nueva York (1998). La transparencia (desde el punto de vista político-moral) de los pronunciamientos de los primeros “empresarios morales” de la “lucha contra las drogas”, fue paulatinamente complementada y envuelta en argumentaciones con lenguaje científico, referidas sobre todo a la salud, que lograron ampliar el consenso sobre la necesidad de aquella lucha”* (p. 436)

Como se pudo apreciar en el capítulo anterior, las políticas de control social de las drogas ilícitas tienen su origen en el discurso prohibicionista occidental moderno y un fuerte arraigo a la campaña de exclusión y segregación emanada por la “guerra contra las drogas”. Debido al pragmatismo de este modelo jurídico penal de control de drogas, el mismo ha llevado a complicaciones en la forma de interpretar legalmente el consumo de drogas y dentro de este la farmacodependencia.

2.1 Sistema Internacional de Control de Drogas

Aunque desde mediados del siglo XVIII ya existían acuerdos internacionales para el comercio de sustancias que hoy se considerarían ilícitas, se podría decir que es hasta la Convención Internacional del Opio firmada en 1912 en La Haya, que da inicio este proceso histórico de construcción de las políticas internacionales de control de drogas ilícitas. Dentro del espíritu prohibicionista de la época, esta convención buscaba limitar el uso de los narcóticos producidos a base de opio, solamente a fines médicos, así como restringir o cerrar establecimientos dedicados a su consumo “recreativo”, así como penalizar su posesión y prohibir su venta a personas no autorizadas.

También se debe mencionar el Acuerdo de la Liga de Naciones sobre la Manufactura, Comercio Interno y Uso del Opio de 1925 en Ginebra, así como la Convención para Limitar la Manufactura y Regular la Distribución de Drogas Narcóticas de 1931, que estableció un sistema de reporte obligatorio donde los países productores debían informar continuamente sobre la extensión de las áreas cultivadas con coca y amapola. Además, se creó un organismo supervisor de drogas que tenía por objeto el seguimiento del sistema. Cinco años después se firmó la Convención para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Peligrosas y en 1953 se firmó el Protocolo para Limitar y Regular el Cultivo de la Adormidera, y la Producción, Comercio Internacional y al Mayoreo, y el Uso del Opio (Escohotado: 1989).

La creación en 1946 de la Comisión de Estupefacientes (CE) en el Consejo de Asuntos Económicos y Sociales de la Liga de las Naciones, fue el primer paso en la construcción de un Sistema Internacional de Control de Drogas. Esto llevó a que en 1961 se formulara la Convención Única sobre Estupefacientes (Convención Única) que consolidó la normatividad internacional en el tema y derogó la mayoría de la legislación internacional existente hasta el momento. El objetivo principal de la Convención Única es reducir la oferta principalmente de opio, coca y cannabis, así

como sus derivados a partir de su inclusión en cuatro listas de control. A su vez busca limitar los posibles usos de estas sustancias solamente para fines médicos y de investigación científica, lo que implica eliminar do uso recreativo, religioso o social (Thoumi: 2009, 2011).

Diez años después se firmó en Viena el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (Convenio de 1971), que agregó más de cien sustancias en las listas de control. Para 1972 se creó un protocolo que modificó la Convención Única, que consolidó la base del Derecho Internacional de Control de Drogas. Estos instrumentos confirmaron el papel de la Comisión de Estupefacientes (CE)¹⁰, creando a su vez a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)¹¹ en 1961 y otorgando a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² su función de ente asesor. Finalmente en 1997 se crea la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD)¹³ (ver anexo 1).

¹⁰ La CE es la instancia encargada de formular las políticas de drogas dentro del Sistema de Naciones Unidas. Su mandato incluye la realización permanente de análisis de la situación mundial de las drogas y la elaboración de propuestas diseñadas para combatir problemas relacionados con las drogas y reforzar los sistemas de fiscalización.

¹¹ La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes es el órgano encargado de la fiscalización independiente y “cuasi judicial” para la aplicación de los tratados de control de drogas. Es técnicamente independiente de los gobiernos, al igual que de las Naciones Unidas, y sus 13 miembros actúan a título personal. La JIFE tiene facultades para evaluar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización para fines científicos y médicos en todo el mundo. Esta evalúa a los Estados sobre el cumplimiento de las disposiciones de los instrumentos de fiscalización de drogas.

¹² La OMS, siendo la entidad especializada en el tema de salud de las Naciones Unidas, tiene la responsabilidad de la evaluación médica y científica de todas las sustancias psicoactivas. Este organismo está encargado de asesorar a la CE acerca de la clasificación de las drogas en las 4 listas de control.

¹³ La ONUDD es el organismo de las Naciones Unidas responsable de coordinar las actividades internacionales de fiscalización de drogas. Fue establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas “*con objeto de que la Organización pueda perfeccionar e incrementar su capacidad de abordar las cuestiones afines de la fiscalización de drogas, la prevención del delito y el terrorismo internacional en todas sus formas*”. En cumplimiento de su mandato de “*ayudar a los Estados Miembros en su lucha*” contra estos problemas, la ONUDD tiene un programa de trabajo basado en actividades de investigación y análisis, en la labor normativa, para ayudar a los Estados en la ratificación y aplicación de los tratados internacionales así como en la elaboración de legislación nacional, y en los proyectos de cooperación técnica. (Blickman y Jelsma: 2009, p.82)

En forma articulada y consistente con el modelo de control social establecido por las agencias de Naciones Unidas, existen también Sistemas Regionales de Control de Drogas. Como es el caso de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) creada como resolución de la Primera Conferencia Interamericana Especializada sobre Narcotráfico de 1984 y el posterior Programa Interamericano de Acción de Río de Janeiro contra el Consumo, la Producción y el Tráfico Ilícitos de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1986; así como la Declaración y Programa de Ixtapa de 1990¹⁴.

Todo este marco de derecho internacional de drogas, llevó a que en 1988 se firmara la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (Convención de 1988), diseñada para hacer frente al creciente tráfico internacional de sustancias ilícitas hacia Estados Unidos y Europa. Esta establece las directrices para la implementación de medidas penales más fuertes a nivel nacional para delitos relacionados con el comercio de drogas, así como los procedimientos para la confiscación de activos, extradición, asistencia legal mutua y otras formas de cooperación entre Estados (Blickman y Jelsma: 2009, p.88).

A finales del siglo XX, aparece la “estrategia antidrogas” de la Asamblea General Naciones Unidas en su sesión especial sobre drogas (llamada UNGASS por sus siglas en ingles) denominada: Estrategia de acción 1998 - 2008: “Un

¹⁴ La misión principal de la CICAD/OEA es la de *“fortalecer las capacidades humanas e institucionales de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas, y encarar las consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas”*. Sus objetivos principales son el servir como foro político del Hemisferio en todos los aspectos del problema de las drogas y promover la cooperación multilateral en el área de las drogas. También es la instancia encargada de ejecutar los programas de acción para fortalecer la capacidad de los Estados miembros para prevenir y tratar el abuso de drogas; combatir la producción y el tráfico de drogas ilícita, donde se contemplan las acciones de legitimación de capitales derivados de este negocio (CICAD 2010).

mundo libre de drogas”. Así como la Estrategia Antidrogas del Hemisferio de la CICAD/OEA, que define una serie de estrategias para la reducción de la oferta y de la demanda a partir de los modelos hegemónicos y prohibicionistas de control de drogas.

Finalmente en la primera década del siglo XXI la sociedad civil se manifiesta abiertamente sobre el fracaso de la guerra contra las drogas y el agotamiento del derecho penal como único instrumento de control social del Estado. Como bien lo dicen Room y Reuters (2012) *“durante el tiempo que los tratados internacionales de control de drogas han estado vigentes, la exigencia y la complejidad del sistema internacional y el número de sustancias controladas ha incrementado sustancialmente. Aun así, no existe evidencia que sugiera que la producción y consumo de drogas ilícitas haya disminuido, sino más bien que el sistema tiene muchos efectos adversos en la salud y el bienestar de la humanidad”* (p. 90)

La postura de Grupos de Países con Ideas Afines (GPIA) hacia un cambio paulatino del sistema internacional de control de drogas ha fortalecido el modelo médico sanitario sobre el jurídico penal (Bewley-Taylor 2011), llevando a las agencias de la ONU a formular el programa conjunto ONUDD / OMS para el tratamiento de las drogodependencias (2008), el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS (2008), así como la Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública OPS/OMS (2010) y la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD (2010) a nivel regional (ver Anexo 1).

Este viraje que están tomando las políticas internacionales de drogas hacia el modelo médico sanitario, a pesar de haberse fundado desde un prohibicionismo ilustrado, poco a poco comienzan a incorporar un enfoque de derechos humanos. Esto ha llevado al punto que durante el gobierno de Barack Obama se haya eliminado la frase “guerra contra las drogas” y que la nueva Estrategia Federal sobre Drogas del 2012 contenga el mayor presupuesto histórico asignado para la

reducción de la demanda, aunque sigue siendo menor al presupuesto para el control de la oferta¹⁵. Cabe señalar que a pesar de los cambios a las políticas nacionales de drogas de algunos, en el marco de derecho internacional se presentó recientemente el caso Bolivia, que logró la inclusión de una reserva al masticado de hoja de coca en la Convención de 1961.

Como dice la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD (2010) *“control de las drogas ilícitas no constituye un aspecto separado, sino que está firmemente enraizado en el contexto del desarrollo socioeconómico, la protección del medio ambiente, los derechos humanos y el respeto por las tradiciones y las costumbres de los grupos nacionales y regionales”* (p.1).

2.2 Despenalización y/o descriminalización del consumo de drogas

Bewley-Taylor y Jelsma (2012) mencionan que dentro del marco del sistema de control de drogas de las Naciones Unidas, *“el ‘uso’ de las drogas se omitió deliberadamente de los artículos que enumeran los actos relacionados con las drogas en que se exigen medidas penales.”*¹⁶ *No hay duda, pues, de que las convenciones de la ONU no obligan a imponer ninguna sanción (penal o administrativa) por el consumo en sí.”* (p.5) Ya que este solamente aparece en algunos pocos artículos dedicados a evitar el abuso de drogas¹⁷. El problema surge en cuanto a la interpretación de la posesión o tenencia para consumo con fines no

¹⁵ <http://www.whitehouse.gov/ondcp/2012-national-drug-control-strategy>

¹⁶ Estos artículos son denominados Disposiciones Penales en la **Convención de 1961 Artículo No.36** y en el **Convenio de 1971 el Artículo No.22**. En la **Convención de 1988 Artículo No.3** Ofensas y sanciones.

¹⁷ En la **Convención de 1961 el Artículo No.38**, en el **Convenio de 1971 el Artículo No.20** y en la **Convención de 1988 el Artículo No.3 § 4**, se le solicita a los Estados brindar medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o reinserción social como alternativas a la condena por infracciones de carácter leve o como medias complementarias a la privación de libertad.

autorizados, ya que éste sigue siendo prohibido por la Convención Única¹⁸, pero es la Convención de 1988 la que sugiere la penalización de la posesión de drogas para el consumo personal, de acuerdo con la consideración que le otorgue cada Estado¹⁹.

“Como resultado, un país puede resolver que, de acuerdo con sus propias circunstancias nacionales, no es del interés de la sociedad procesar a una persona por posesión de drogas para uso personal, que el derecho a la intimidad está por encima de la intervención del Estado en relación con lo que las personas consumen o poseen en sus hogares o que el comportamiento autodestructivo –ya sea el consumo de sustancias potencialmente dañinas u otras conductas como el suicidio– no podrá ser objeto de castigo” (Bewley-Taylor y Jelsma: 2012, p.6).

Es así, que desde esta perspectiva prohibicionista de control social de las drogas, el consumo no es considerado un delito, pero la posesión de sustancias para uso personal, sigue siendo un tema complicado. Ya que esta por sí sola no se puede considerar como evidencia que compruebe la realización de actividades tipificadas como delito, aunque pueda considerarse como un indicio según el nivel adquisitivo de la persona juzgada en cuestión. En este caso resulta de importancia definir claramente los conceptos de *despenalización* y *descriminalización*, ya que el primero engloba aspectos del derecho penal más amplios, mientras que el segundo se enfoca más en la tipificación de un comportamiento como delito y por lo tanto en

¹⁸ **Artículo 33 Posesión de estupefacientes.** Las Partes solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal.

¹⁹ **Artículo 3 § 2** 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, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971

el tratamiento que realicen los agentes de control social al respecto. En este caso se prefiere utilizar la definición que expone Pacula et al. (2004):

Al igual que las manzanas son un tipo de fruta, la descriminalización es un tipo específico de la política de despenalización. La despenalización se refiere a cualquier política que reduce las penas asociadas con la posesión o el uso de la de drogas. Las sanciones que se reducen pueden ser de índole penal o civil en la naturaleza. Por ejemplo, las políticas que mantienen la situación penal de los delitos de tenencia, pero eliminar o reducir la cantidad de tiempo en prisión serían ejemplos de políticas de despenalización. La descriminalización, en cambio, se refiere específicamente a las políticas de despenalización que cambian la situación penal de los delitos de posesión de drogas de un crimen a la de un delito no penal. Debido a que las penas se han graduado con el nivel de delincuencia, un cambio en la situación penal de un delito también implicará una reducción en el nivel y el tipo de sanciones impuestas con ese delito, por lo que las políticas de descriminalización pueden ser vistas como una forma especial de las políticas de despenalización. (p.4)

Jelsma (2011), por su parte define la *descriminalización* como una estrategia que se enfoca en los delitos relacionados con el control de la demanda, a través de la imposición de sanciones no penales (administrativas) o directamente en la anulación de todas las sanciones relacionadas con el consumo de drogas. Mientras que la *despenalización* aunque puede referirse a delitos relacionados con el consumo de drogas, como la derivación a programas de tratamiento o penas alternativas, también puede relacionarse con el control de la oferta, principalmente con el tráfico en pequeña escala, lo que conllevaría la eliminación o la reducción de las penas de prisión, aunque la conducta o actividad siguen constituyendo un delito penal.

Destacan las experiencias de países europeos en relación a la despenalización y descriminalización del consumo de drogas, principalmente la de Portugal, ya que es uno de los casos mejor documentados. Desde el 2001 en Portugal, la adquisición y la posesión de drogas para consumo personal pasó de ser un delito penal a un delito menor, punible sólo con una multa o alguna otra medida administrativa. Denotando que en los 10 años desde que Portugal puso en práctica este tipo de políticas, los niveles de prevalencia de consumo no ha aumentado y existe una opinión pública favorable al respecto (Jelsma: 2009).

Cuadro No.1
Umbrales para la Descriminalización de la posesión para consumo. Varios países de Europa y América. 2009

País	Umbral cuantitativo definido por la ley	Práctica judicial
Portugal	La cantidad necesaria para un consumo medio individual durante un período de 10 días	25 gr de cannabis y 2 gr de cocaína son referencia, pero tienen que haber pruebas de intención de venta
Uruguay	La posesión de “una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal” no está penada	Queda a plena discreción del juez determinar si la intención es para consumo o suministro
Finlandia	La posesión de 15 gr de cannabis, 1 gr de heroína, 1,5 gr de cocaína y 10 comprimidos de éxtasis está penada sólo con una multa	100 gr de cannabis, 2 gr de heroína, 4 gr de cocaína y 40 comprimidos de éxtasis se sancionan sólo con una multa
España		40 gr de cannabis, 5 gr de cocaína no se consideran suministro
Holanda	La posesión de 5 gr de cannabis y de 0,5 grs. de cocaína o heroína no está penada	5 plantas de cannabis, posesión de hasta 30 gr es una pequeña multa, hasta 1 kg supone una multa mayor, cantidades mayores son punibles con penas de cárcel;
México	5 gr de cannabis, 2 gr de opio, 0,5 gr de cocaína, 0,05 gr de heroína	Toda cantidad que supere el umbral se entiende con intención de suministro
Estados Unidos	13 estados han despenalizado la posesión de cannabis; varios fijan el máximo en 28,45 gr (una onza)	Los sistemas varían según el estado o el condado; la mayoría sólo aplica pequeñas multas

Fuente: Jelsma (2009)

Para definir claramente los criterios de descriminalización, algunos países utilizan umbrales cuantitativos que determinen cantidades mínimas de portación, aunque no se podrían considerar los únicos criterios para diferenciar el uso con la venta. Se puede ver cuadro No.1, como la legislación no reproduce a exactitud en la práctica, o sea que el derecho procesal penal se rige más por criterios de oportunidad y no siempre se rige por el derecho penal sustantivo. En todo caso, a pesar de que en algunos países existan umbrales cuantitativos, la distinción legal entre posesión para consumo personal y posesión con la intención de suministrar a terceras personas, se encuentra más en función de un conjunto de pruebas y a la discreción de fiscales y jueces (Jelsma: 2009, p.4).

Aun así, en la experiencia italiana, se ha podido ver que el sistema de umbrales cuantitativos presenta muchas desventajas para distinguir entre consumo y oferta de drogas. *“El principal defecto del modelo de umbrales está en la presunción de culpabilidad de tráfico en casos de consumidores que poseen cantidades superiores al umbral, lo cual se ha traducido en niveles de criminalización injustos”* (Zuffa: 2011, p.1). Este hecho también se puede apreciar en el caso de México, en donde se definieron umbrales cuantitativos muy bajos (una dosis). Esto a su vez ocasiona una mayor inseguridad personal para las personas usuarias de drogas, que se ven expuestas a los contextos de venta ilegal de drogas, ya que los obliga a proveerse más seguido de la sustancia que consumen (Hernández y Zamudio: 2009, p.3).

2.3 Regulación de la tenencia para consumo en Costa Rica

La legislación costarricense en torno a las drogas ilícitas se enmarca claramente en estos tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado Costarricense, y se puede apreciar claramente en los artículos en la Ley No. 5395,

Ley General de Salud²⁰, así como el la Ley 8204 Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas²¹. Esta misma Ley en su artículo 58 se encarga de determinar los comportamientos típicos y las sanciones penales que se enmarcan en el espíritu de los tratados internacionales de control de drogas.

“Artículo 58.- Se impondrá pena de prisión de ocho a quince años a quien, sin autorización legal, distribuya, comercie, suministre, fabrique, elabore, refine, transforme, extraiga, prepare, cultive, produzca, transporte, almacene o venda las drogas, las sustancias o los productos referidos en esta Ley, o cultive las plantas de las que se obtienen tales sustancias o productos. La misma pena se impondrá a quien, sin la debida autorización, posea esas drogas, sustancias o productos para cualquiera de los fines expresados, y a quien posea o comercie semillas con capacidad germinadora u otros productos naturales para producir las referidas drogas.”

²⁰ **Artículo 126.-** Para los efectos legales y reglamentarios, son estupefacientes las drogas incluidas en la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 de las Naciones Unidas y todas las que queden sujetas a control internacional en el futuro y los que a juicio del Ministerio se declaren como tales. **Artículo 127.-** Queda prohibido y sujeto a destrucción, por la autoridad competente el cultivo, de la adormidera (*papaver somniferum*) de la coca (*erythroxilon coca*) y del cáñamo o marihuana (*cannabis índica* y *cannabis sativa*) y de toda otra planta de efectos similares así declarado por el Ministerio. Queda asimismo prohibida la importación, exportación, tráfico y uso de las plantas antes mencionadas, así como sus semillas cuando tuvieren capacidad germinadora.

²¹ **Artículo 1.-** La presente Ley regula la prevención, el suministro, la prescripción, la administración, la manipulación, el uso, la tenencia, el tráfico y la comercialización de estupefacientes, psicotrópicos, sustancias inhalables y demás drogas y fármacos susceptibles de producir dependencia física o psíquica, incluidos en la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, de 30 de mayo de 1961, aprobada por Costa Rica mediante la Ley N° 4544, de 18 de marzo de 1970, enmendada a la vez por el Protocolo de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes, Ley N° 5168, de 8 de enero de 1973; así como en el Convenio de Viena sobre Sustancias Psicotrópicas, de 21 de febrero de 1971, aprobado por Costa Rica mediante la Ley N° 4990, de 10 de junio de 1972; asimismo, en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 19 de diciembre de 1988 (Convención de 1988), aprobada por Costa Rica mediante la Ley N° 7198, de 25 de setiembre de 1990.

Este artículo reafirma que ni el uso de drogas, ni la posesión o tenencia con estos fines pueden ser considerados como comportamientos típicos. Aun así, es el artículo 79 de esta misma ley 8204, el que no deja duda que el consumo no es un delito, sino más bien un problema de salud pública.

“Artículo 79.- Se promoverá y facilitará el internamiento o el tratamiento ambulatorio voluntario y gratuito con fines exclusivamente terapéuticos y de rehabilitación en un centro de salud público o privado, de quien, en las vías públicas o de acceso público, consuma o utilice drogas de uso no autorizado; esta disposición tiene el propósito de desintoxicar al adicto o eliminarle la adicción. Si se trata de personas menores de edad consumidoras de drogas de uso no autorizado en un sitio privado, el PANI, de oficio o a petición de parte, deberá intervenir y gestionar la medida de protección necesaria, conforme a las facultades otorgadas en el Código de la Niñez y la Adolescencia”.

Esta clara despenalización del consumo es un hecho que aparece hasta el 2001 con la “cuarta versión de la ley de psicotrópicos” (Ley 8204), ya que en versiones anteriores este comportamiento si era penalizado con sanciones administrativas²². De hecho, la última versión de este artículo es sumamente representativa del modelo médico tradicional, que interpreta todo uso de drogas como dependencia, aunque también aclara que el consumo no es un comportamiento que deba controlar los agentes del sistema jurídico penal, sino

²² **Ley 7093 (no vigente) Artículo 24.-** “Se impondrá una pena de sesenta a ciento ochenta días multa a quien, en los sitios públicos o de acceso público consuma o utilice drogas de uso no autorizado. Cuando se trate de menores de edad, las autoridades deben informar a los padres o responsables de estos.” **Ley 7789 Artículo 79.-** “Se impondrá pena de sesenta a ciento veinte días multa a quien, en los sitios públicos o de acceso público, consuma o utilice drogas de uso no autorizado. Cuando se trate de menores de edad, las autoridades los pondrán de inmediato a la orden del juez penal juvenil para lo que corresponda”

más bien a los de salud pública; y en el caso de personas menores de edad también al Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

De hecho, a pesar de que en Costa Rica no existen umbrales cuantitativos para la descriminalización de la posesión para consumo, los referentes legales para considerar el consumo de drogas como un hecho atípico, han sido establecidos a partir de varias sentencias de recursos de casación emitidas por la Sala III de la Corte Suprema de Justicia. Algunas de estas sentencias revocaron las penas impuestas por tráfico de drogas a personas consumidoras, algunas de ellas con una cantidad de sustancia mayor a los 200 gramos (tanto de marihuana como de cocaína), ya que el acusado argumentó ser consumidor de la sustancia que portaba y por no existir evidencia suficiente para comprobar la intencionalidad de su venta²³.

También existen recursos de casación por condenas de tráfico de drogas que no se acogieron, y otros pocos casos presentados por el Ministerio Público en donde la Sala III impuso las penas por tráfico de drogas a personas que había salido absueltas por argumentar consumo de sustancias²⁴. Ya que existía clara evidencia en razón de la presencia de una gran cantidad de distintos tipos de drogas separadas en pequeñas cantidades, dinero en efectivo y otros recursos necesarios para su distribución (balanzas, bolsas plásticas, serruchos, etc.), así como la existencia de testigos, denuncias y procesos de investigación judicial, que incluyen informes de vigilancia de la policía, compras controladas y hasta registros de intervenciones telefónicas, hacen presumir que se estaba en presencia de casos de venta y distribución y no de consumo

²³ Ver: Sentencia: 00630 Expediente: 97-000264-0006-PE. Sentencia: 00108 Expediente: 96-000293-0016-PE. Sentencia: 01060 Expediente: 98-203225-0275-PE. Sentencia: 01087 Expediente: 00-200446-0456-PE. Sentencia: 00653 Expediente: 01-000615-0060-PE. Sentencia: 00061 Expediente: 02-001252-0061-PE. Sentencia: 00233 Expediente: 00-200614-0486-PE.

²⁴ Ver: Sentencia: 00202 Expediente: 94-000132-0006-PE, Sentencia: 01128 Expediente: 01-000100-0064-PE, Sentencia: 00056 Expediente: 01-000437-0065-PE, Sentencia: 00061 Expediente: 02-001252-0061-PE

Buscando regular mejor este hecho atípico, así como para reducir costos del Poder Judicial, es que la Fiscalía General de la República en octubre del 2010 publica el *Instructivo General 02-2010*, donde enuncia que el Ministerio Público rechazará todos aquellos partes presentados por la Fuerza Pública que narran una simple tenencia de drogas no delictiva, mediante la aplicación de los Art. 28 y 39 de la Constitución Política y el artículo 1 del Código Penal. Asimismo, Un año después aparece el *Instructivo General 01/2011* titulado “*Procedimiento para valoración jurídica de partes o informes policiales y destrucción de droga de uso no autorizado decomisada sin vinculación a alguna actividad delictiva*”, que resalta los costos humanos y económicos “*para llevar a cabo el trámite de las tenencias de drogas para consumo (hechos atípicos), resulta más un trámite administrativo que judicial*” (p.7)

2.4 Control social de la farmacodependencia en Costa Rica

La reaparición del modelo médico sanitario para el control del consumo de drogas a inicios del siglo XXI, se puede entender a partir de los cambios sufridos por la Ley de Psicotrópicos en su “primera versión” de 1988, su “tercera versión” de 1998 y finalmente con su reforma integral del 2001 (ver anexo 1). En sus primeras versiones, era el Organismo de Investigación Judicial (OIJ) el encargado de realizar el diagnóstico clínico de las personas que presentaran problemas por consumo de drogas, permitiendo a su vez cierto grado de proporcionalidad en las sanciones por los delitos cometidos para abastecerse de la sustancia²⁵ y

²⁵ **Ley 7093 (no vigente) Artículo 18.-** Se impondrá prisión de ocho a veinte años a quien, sin autorización legal, distribuya, comercie, suministre, fabrique, elabore, refine, transforme, extraiga, prepare, cultive, produzca, transporte, almacene o venda las drogas, sustancias o productos a que se refiere esta ley o cultive las plantas de las que se logran esas sustancias o productos, o que estas plantas constituyan un producto. de los descritos en esta ley. Igual pena se impondrá a quien facilite, dolosamente, los bienes muebles o inmuebles, que se encuentren bajo su dominio, para la realización de las actividades descritas en el párrafo anterior. La misma pena se impondrá a quien poseyera, sin la debida autorización, esas drogas, sustancias o productos, para cualesquiera de los

remitiendo al consumidor a un tratamiento de atención que realizaría el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)²⁶.

De tal manera que Costa Rica ha dirigido sus políticas de control del consumo de drogas desde un modelo médico sanitario claramente supeditado al modelo jurídico penal. Este enfoque de control social de corte “suave” y rehabilitador que ha mostrado el Estado costarricense con las personas consumidoras de drogas, se identifica tanto en la Ley General de Salud²⁷, como en la Ley 8204²⁸ y en posteriores decretos ejecutivos²⁹. La creación del ICD³⁰ en el

finés expresados y a quien posea o comercie semillas con capacidad germinadora u otros productos naturales para la producción de las referidas drogas.

El extremo menor de la pena podrá disminuirse hasta la mitad, cuando se demuestre que la venta o el suministro de esas drogas se hace para el uso propio de los consumidores. El juzgador tomará, en cuenta, con especial consideración, al establecer que la venta o tenencia es para el uso propio o para el consumo personal, el dictamen médico legal que deberá rendir el Organismo de Investigación Judicial sobre el nivel de farmacodependencia del consumidor, en relación con la cantidad de sustancias, drogas o plantas decomisadas. (la itálica no es del original)

²⁶ **Ley 7093 (no vigente) Artículo 30.**-El órgano jurisdiccional que compruebe que el imputado, en la causa, poseía la droga de uso no autorizado para su consumo personal, dada su condición de farmacodependencia, dictará una resolución en la cual remita el asunto al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, a efecto de que este defina las pautas curativas para el imputado, quien deberá someterse al órgano jurisdiccional con el respectivo informe, para que se imponga una multa de sesenta a noventa días multa.

²⁷ **Ley 5395 Artículo 19.**- Toda persona tiene derecho a solicitar de los servicios de salud, información y medios para prevenir o evitar los efectos de la dependencia personal, o de las personas a su cargo, de drogas u otras sustancias, debiendo seguir las medidas técnicas especiales que la autoridad de salud le señale para tales efectos. **Artículo 29.**- Las personas con trastornos emocionales severos así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, incluidos los alcohólicos, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario, según los requisitos que los reglamentos pertinentes determinen.

²⁸ **Artículo 3.**- Es deber del Estado prevenir el uso indebido de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y cualquier otro producto capaz de producir dependencia física o psíquica; asimismo, asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas, y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física y mental y readaptarlas a la sociedad. Los tratamientos estarán a cargo del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y de cualquier otra entidad o institución legalmente autorizada por el Estado. Si se trata de personas menores de edad, para lograr dicho tratamiento el Patronato Nacional de la Infancia

2001 como ente coordinador del Ministerio de la Presidencia, llevó a la elaboración del Plan Nacional de Drogas 2005-2007 y posteriormente a su versión actual 2008-2012, en los cuales se incluyen las políticas y acciones tanto de control de la oferta como de la demanda que realizan todos los agentes de control social estatal.

Cabe rescatar la incorporación de un *sistema nacional de prevención, atención y recuperación de personas en adicción* en la "Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social" (POLSEPAZ) presentada en febrero 2011 por la Presidencia de la República de Costa Rica y el Programa de las Naciones Unidas para Desarrollo (PNUD: 2010), que menciona que: *"es preciso que el Estado desarrolle acciones para el tratamiento de las personas que viven en adicción desde una perspectiva de salud pública y no de penalización"* (p.39) Esta inclusión de una estrategia de salud pública en una política de seguridad, se podría considerar como un hecho innovador y hasta desafiante del gobierno costarricense. Aun así, la falta de claridad en su forma de articulación de la respuesta estatal y del papel que deben jugar las instituciones rectoras en la materia, no permiten visualizar cómo se elaborará un plan de acción estatal para reducir la demanda de drogas desde el sistema de salud pública.

El IAFA es el ente rector en materia de prevención y tratamiento del consumo de drogas en Costa Rica, institución creada en 1973 con el encargo de la prevención y tratamiento derivado del uso nocivo de alcohol³¹. Es hasta la década

(PANI) deberá dictar las medidas de protección necesarias dispuestas en el Código de la Niñez y la Adolescencia. En todo caso, corresponde al IAFA ejercer la rectoría técnica y la supervisión en materia de prevención y tratamiento, así como proponer, diseñar y evaluar programas de prevención del consumo de drogas.

²⁹ **Ley 8093** (2001) Creación del Programa de educación contra las drogas y el **Decreto 34784** (2008) Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público nacional.

³⁰ El nombre y mandato del ICD aparece en **Ley 8204** del 2001, anteriormente se llamaba *Consejo Nacional de Drogas (CONADRO)* con la **Ley 7093 (no vigente)** de 1988 y luego en 1998 con la **Ley 7789 (no vigente)** *Centro Nacional de Prevención contra Drogas*.

³¹ En su origen el IAFA se llamaba Instituto sobre Alcoholismo (INSA)

de los ochenta cuando se integra la atención por consumo de drogas como parte de su quehacer institucional³², obteniendo su personería jurídica en el año 2002; que ayudó a definir claramente su objetivo institucional y le permitió tener una fuente de financiamiento más estable³³. Debido al auge del modelo médico sanitario de la última década, en Costa Rica se elaboró recientemente el *Decreto 37110*, denominado: “*Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de drogas*”.

Este es un enorme avance en la garantía al derecho a la salud de las personas que tienen problemas de consumo de drogas, ya que hasta el momento el tema del tratamiento para la farmacodependencia no ha sido realmente incorporado al sistema nacional de salud, ya que la CCSS no brinda una atención universal y especializada para personas con trastornos asociados al consumo de drogas³⁴. Delegando la responsabilidad de la atención ambulatoria al IAFA y de tratamiento residencial a una gran cantidad de centros de internamiento administrados por organizaciones sin fines de lucro (Organizaciones No Gubernamentales) o con intereses privados.

A pesar de que estos centros de tratamiento se encuentran regulados por el IAFA³⁵, aun existen muchas organizaciones que funcionan sin los requisitos mínimos, lo que hace dudosa la calidad del servicio brindado. De hecho, en el tratamiento del consumo de drogas es muy común que el “especialista” sea una

³² **Ley 7035** (1986) Creación del IAFA por Reforma a Ley Orgánica del Ministerio de Salud

³³ **Ley 8289** *Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Artículo 22.-* El IAFA tendrá a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los lineamientos estipulados al efecto.

³⁴ **Ley 8204 Artículo 166.-** Autorízase a la CCSS para que cree centros especializados en la atención de los farmacodependientes, en un plazo máximo de cuatro años.

³⁵ **Decreto No. 35383** Norma para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas

persona dependiente a sustancias que se encuentra en abstinencia, que tiene muy poca o nula preparación técnica o especializada en la atención de esta enfermedad, más allá de su propia experiencia personal de haberse “recuperado”.

Como bien lo dice el artículo 79 de la ley 8204, el internamiento en Costa Rica es de carácter voluntario, aun así, a partir de varios recursos de amparo presentado a la Sala Constitucional en el año 2005³⁶, se logró el internamiento involuntario de personas menores de edad en centros especializados, abogando el derecho a la vida y la salud de varios adolescentes que vivían literalmente en la calle. Es así, que a partir de la apelación al Código de Niñez y Adolescencia (CNA)³⁷ por parte de los magistrados de la Sala IV, el IAFA abrió en el 2009 el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad.

Como se puede apreciar, el sistema penal también ha dado pasos hacia el modelo médico sanitario en relación a las personas sentenciadas a prisión y que tiene problemas por consumo de drogas; principalmente en personas menores de edad³⁸. Aun así, todavía queda una brecha enorme para cumplir con una atención especializada para personas privadas de libertad³⁹, tomando en cuenta que los indicadores de consumo dentro de las prisiones son mucho mayores al promedio general.

Este enfoque de salud pública de los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas debe contemplar acciones de

³⁶ Ver Sentencias 5871-05, 16145-05 y 16146-05

³⁷ **Artículo 44.- Competencias del Ministerio de Salud h)** Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales.

³⁸ **Ley 7576** Ley de Justicia Penal Juvenil (1996). Artículo 128.- Órdenes de orientación y supervisión. Y la **Ley 8460** Ley Ejecución de las Sanciones Penales Juveniles (2005), Artículos 53 al 58. Internamiento o tratamiento ambulatorio en centro de tratamiento por drogas

³⁹ **Plan Nacional de Drogas 2008-2012 Ámbito atención personas consumidoras de drogas:** a) Programa Atención dirigida a personas menores de edad, Proyecto no.3 Atención a población penal juvenil. b) Programa de Atención dirigida a población adulta, Proyecto No.1 Atención a personas adultas privadas de libertad.

“prevención, intervención temprana, disminución de las consecuencias adversas del consumo de estas sustancias, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y administración de los sistemas de salud.” (OPS: 2010, p.1) La amplitud y variedad de las distintas posibles políticas que se podrían implementar para reducir la demanda en el campo de la salud pública, demuestran la complejidad existente en torno al fenómeno del consumo de drogas y especialmente de la farmacodependencia; concepto que finalmente queda mal definido en la legislación costarricense, tomando en cuenta que su diagnóstico clínico implica ir más allá de las cantidades de consumo de una o varias sustancias⁴⁰.

⁴⁰ Una forma de controlar más claramente la farmacodependencia sería a partir de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de drogas definidos por la OPS (2008) en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), refiriéndose al consumo perjudicial o uso nocivo y al síndrome de dependencia. También se pueden utilizar los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV), el cual define el diagnóstico para el abuso y la dependencia al consumo de drogas.

Capítulo III

Personas Consumidoras de drogas y derechos humanos

“En realidad, en el sistema de la droga, la reacción social criminalizadora produce por sí misma la realidad que la legítima. La representación de la droga que está a la base de la política en este sector y que ha sido utilizada por parte de los "empresarios morales" en la construcción del problema social correspondiente es, en este sentido, “una profecía que se autorrealiza”, según el mecanismo social descrito por Robert K. Merton” (Baratta: 1991, p.3).

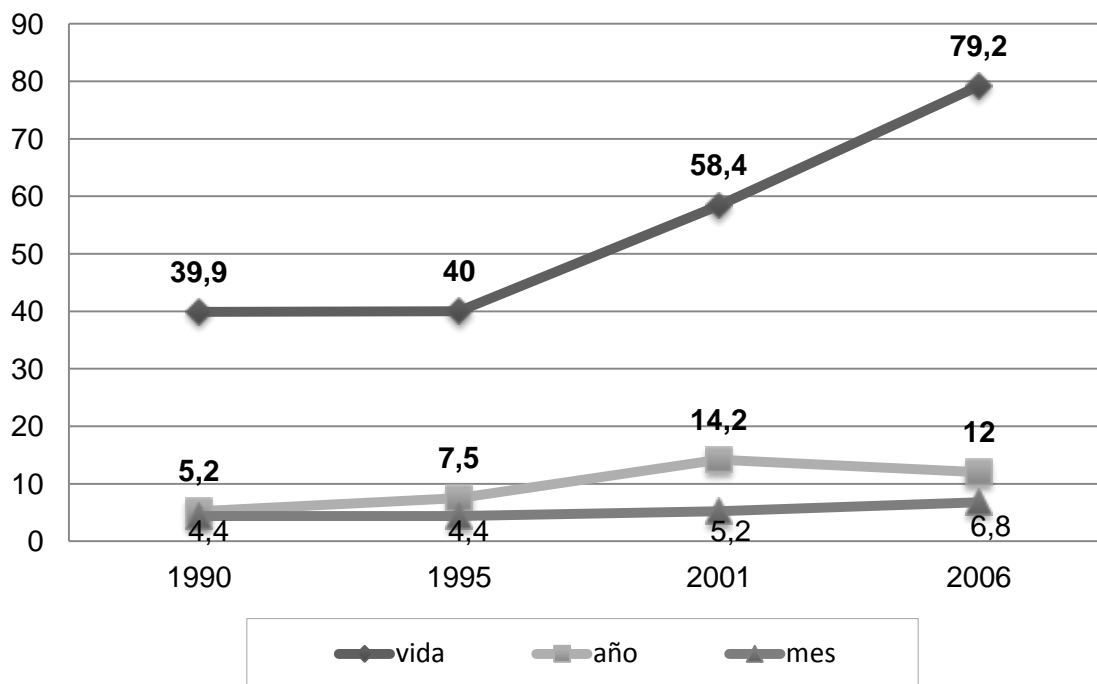
Romani (2003), hace alusión a este proceso de etiquetamiento y desviación que fundamenta el discurso oficial de control de drogas: *“La inclusión en el ámbito penal de muy distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etc.) relacionadas con lo que a partir de esta situación se definirá como “droga” supone la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación de una categoría, la del “adicto” en su versión anglosajona, o del “drogadicto”, en la europea, que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha” (p.437).*

Aunque el discurso de control social de las drogas, se basa en una preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad, esto no se refleja proporcionalmente en los instrumentos de control internacional y nacional. De hecho, la única mención del enfoque de Derechos Humanos, entre los tres instrumentos de control internacional de drogas aparece en el segundo párrafo del artículo 14 de la Convención Única, en el cual se indica que en la erradicación de cultivos ilícitos de plantas que contengan estupefacientes o psicotrópicos se respete los usos tradicionales lícitos donde exista la evidencia histórica, así como la protección del medio ambiente (García-Sayan: 2009, p.7).

Este capítulo representa un primer acercamiento al impacto de las políticas de control social del consumo de drogas en las personas usuarias de sustancias en Costa Rica; que cada vez son más. Se parte de la existencia de una despenalización y descriminalización legal del consumo y de la posesión para este fin, sin embargo las personas consumidoras de drogas siguen siendo discriminadas por la sociedad en general, así como por los agentes estatales que reproducen un modelo médico-jurídico para el control social del consumo.

3.1 Impacto en las personas consumidoras de drogas en Costa Rica

Según la encuesta de hogares realizada por el IAFA en el 2006, el consumo “de alguna vez en la vida” aumentó significativamente en la última década (ver Figura No.1), llegando a un 7,9% de la población costarricense que al menos ha probado alguna droga (Amador et al. 2010). Según la encuesta 2010 realizada por el IAFA, demuestran que este consumo de drogas ilícitas ha aumentado levemente. Aunque no existe un dato conjunto del consumo de todas las drogas ilícitas, solamente para el cannabis (droga de mayor consumo), el porcentaje de personas que consumió en el último mes aumentó de 0,6% a 2,0% (Cortés: 2012, p.12), y el consumo de cocaína y crack de un 0,1% a un 0,6% (Chacón y Madrigal: 2012, p.12).



Fuente: Amador, Bejarano y Mata (2010)

Figura No.1

Personas consumidoras de drogas ilícitas alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Residentes de hogares entre 12 a 70 años. Por mil habitantes. Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006

Esta población consumidora está conformada principalmente por personas jóvenes ente los 15 y los 35 años, la cual es abarcada por la Encuesta Nacional de la Persona Joven del 2007 realizada por el Consejo de la Persona Joven (CPJ). Esta demuestra que un 2,1% dijo haber consumido marihuana alguna vez en su vida y un 0,6% usó cocaína y/o crack; y alrededor de la mitad de estos lo hizo en el último mes. Estando el mayor grupo de consumo entre los 18 y los 24 años para ambas drogas (Cortés: 2011, p.13).

Aunque el porcentaje de personas consumidoras de drogas ilícitas⁴¹, no podría considerarse como un problema en sí mismo, este dimensiona la población que está interactuando con el mercado ilícito de sustancias y que por lo tanto podría tener un contacto con alguna de las agencias de control social estatal. Lo anterior, tomando en cuenta que hasta hace poco, en algunos lugares de trabajo y centros educativos en Costa Rica se está implementando la revisión de maletines y mochilas, así como la realización de pruebas al azar para detectar consumo de sustancias, conocidas popularmente como “doping”⁴².

Con respecto a la farmacodependencia, actualmente se cuenta solamente con el dato suministrado por la encuesta del 2006 del IAFA, en donde se realizó un tamizaje de la población necesitada de tratamiento, el cual determinó una cifra aproximada de treinta y cuatro mil personas, un 1,1% de la población total, en esta condición (Sánchez: 2009, p.7). El siguiente cuadro (No.2) presenta los totales estimados de población por provincia que resultaron positivos en el instrumento de tamizaje de personas necesitadas de tratamiento. En este caso la evidencia apunta a que el consumo de drogas ilícitas no representa un problema tan grave de salud como el consumo alcohol o tabaco.

⁴¹ Conocido como tasas o niveles de prevalencia del consumo, en este caso se prefiere utilizar el término porcentaje de personas consumidoras, ya que la prevalencia como término utilizado en la investigación epidemiológica conlleva el monitoreo de padecimientos o enfermedades en una población en un momento de tiempo determinado. El consumo de drogas por su parte, aunque se hubiera realizado el último mes no podría considerarse como un padecimiento por sí mismo (OMS: 2009).

⁴² Ver votos de Sala IV 8027-04 y 11399-07. Cabe rescatar que la realización de pruebas de “doping”, a pesar de estar validada constitucionalmente, trae a la discusión una serie de aspectos éticos que se deben resolver antes de decidir su aplicación, tomando en cuenta que aún no existe evidencia suficiente que demuestre que este tipo de estrategias logren disminuir el consumo de drogas en las instituciones u organizaciones que las realizan y que más bien llegan a atentar contra las libertades individuales de las personas menores de edad (Fletcher: 2011, Kern et al.: 2006, Skager: 2005, Yamaguchi et al.: 2003)

Cuadro No.2
Personas necesitadas de tratamiento por consumo de drogas ilícitas. Por
provincia. Costa Rica 2006

Provincia	Totales estimados			Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
San José	13 347	652	14 000	2,3	0,1	1,2
Alajuela	3 632	3 812	7 444	1,1	1,3	1,2
Cartago	4 551	580	5 132	2,4	0,3	1,4
Heredia	2 730	--	2 730	0,4	0,0	0,8
Guanacaste	478	--	478	0,4	0,0	0,2
Puntarenas	2 624	--	2 624	1,8	0,0	1,0
Limón	2 076	--	2 076	1,3	0,0	0,7
Costa Rica	29 438	5 045	34 482	1,8	0,3	1,1

Fuente: Sánchez (2009)

Se debe tomar en cuenta que todos los datos presentados provienen de encuestas realizadas por instituciones públicas a personas que viven en sus hogares, por lo que siempre resulta necesario dudar de la representatividad de los mismos, ya que el contexto de ilegalidad de las drogas, puede afectar la respuesta afirmativa de una persona consumidora por temor a ser descubierta. Es así, que las encuestas de hogares no podrían considerarse la mejor forma de aproximarse a las personas que consumen drogas ilícitas, tomando en cuenta que muchas de las personas en estado de indigencia tienen un claro síndrome de dependencia al alcohol y a otras drogas.

Actualmente en Costa Rica existe muy poca información sobre la realidad que viven las personas consumidoras de drogas, aún menos sobre su situación de vulnerabilidad y exclusión social. Aunque en Costa Rica no existe información sobre este vínculo entre personas consumidoras y agentes de control social, en la Primera Encuesta de usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México se encontró que algunos de los riesgos más comunes a los que se exponen los usuarios estando bajo los efectos de las drogas es el tener relaciones sexuales sin

protección (63.9%), conducir vehículos automotores (57.6%), ser golpeados por otros (33.6%) y pensar o intentar suicidarse (23.7%) (Zamudio y Castillo: 2012, p. 23).

Esta misma encuesta menciona que un 40,8% de las personas encuestadas reportó presentar daños físicos y mentales derivados del consumo repetido de drogas, pero un 57,8% refirió su consumo como una adicción. *“Disparidad que refleja cómo parte importante de los usuarios no reconoce en las adicciones un problema de salud”*. De este 57,8% solamente un 29% señaló haber pensado pedir ayuda, *“aunque no necesariamente lo hizo por creerlo innecesario, sino por falta de confianza, o por miedo, vergüenza o desidia, percepciones que terminan obstaculizando el acercamiento voluntario de los usuarios a las instituciones de salud.”* (p.13)

Otros riesgos que experimentan principalmente las personas en mayor vulnerabilidad que consumen drogas como heroína, cocaína y sus derivados como el crack, es el contagio de VIH/SIDA, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), tuberculosis (TB), sífilis (VDRL) así como infecciones, intoxicaciones y sobredosis (Hunt et al 2005, Strathdee y Stockman: 2010). Este riesgo incrementa con personas usuarias de drogas inyectables, pero también es significativo en personas que no se inyectan la sustancia, como lo muestra un estudio realizado en Uruguay con usuarios de cocaína por vía inhalada o fumada (Osimani et al.: 2004):

“Los datos obtenidos muestran prevalencias de VIH, VHB, VHC y VDRL en consumidores activos de cocaína muy superiores a las registradas por el Ministerio de Salud Pública en población general y Bancos de Sangre para el país, dando cuenta de su vulnerabilidad frente a éstas infecciones. La mayor presencia de infecciones se asocia a la mayor exposición mediante prácticas sexuales de riesgo, mayor número de contactos sexuales con parejas distintas, mayor presencia de personas con antecedentes de parejas VIH (+) y

parejas UDIs. Lo cual se combina con un uso irregular del preservativo en particular entre las mujeres que son quienes menos lo utilizan” (p.161).

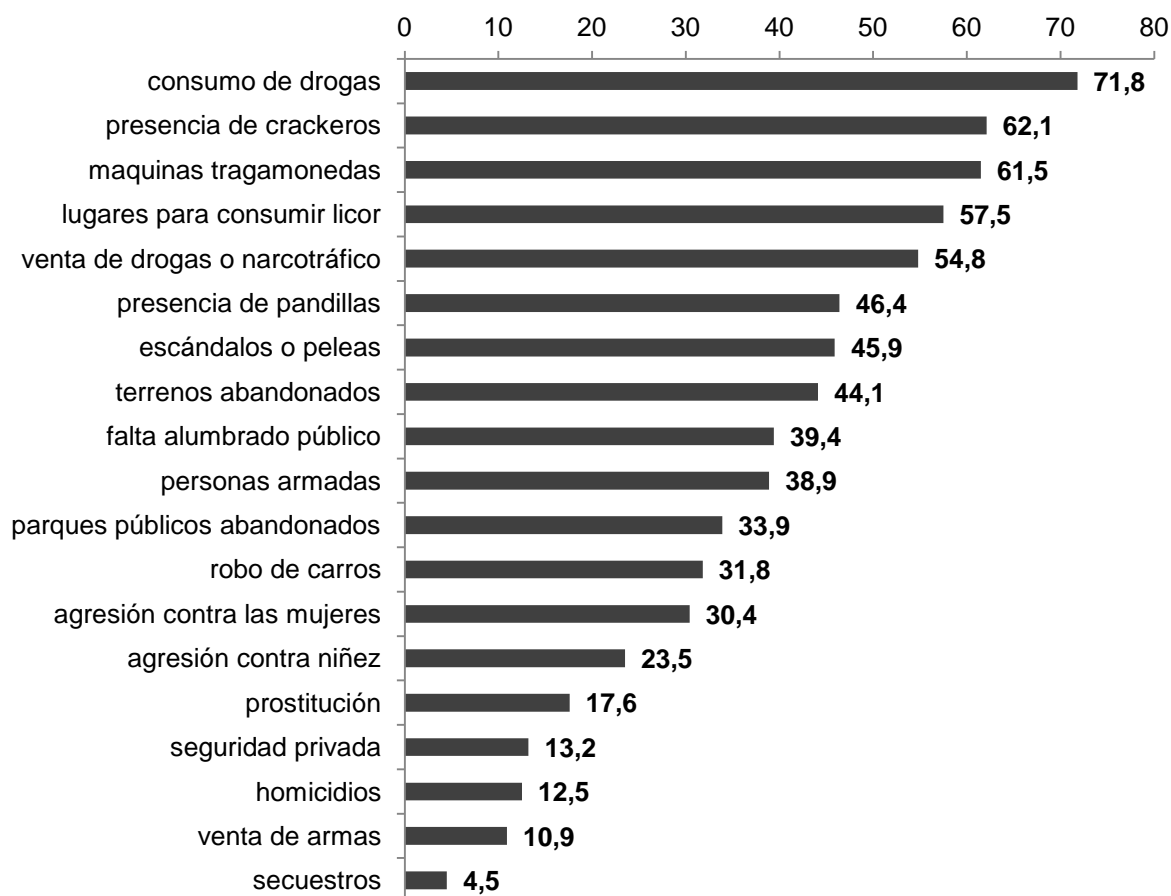
Por otro lado, algunas encuestas de inseguridad y victimización realizadas por el PNUD muestran claramente el estereotipo de la delictividad de las personas consumidoras de drogas (ver cuadro 3). Estereotipo creado y fundamentado desde el discurso jurídico penal, pero que también se ha expandido a otras áreas como los medios de comunicación y hasta los servicios de salud pública.

Cuadro No.3
Tipo de personas que se considera que cometen más actos violentos o delictivos.

Tipo de personas	Porcentaje
Drogadictos	40,0
Los jóvenes	7,1
La clase baja	7,1
Los extranjeros	5,5
Desempleados	5,4
Los que no tienen educación	3,8
Vagos	2,8
Cualquiera	2,7
Los hombres	2,1
Los adolescentes	2,0
Pandillas	2,0
Personas sin valores	1,6
Los nicas	1,5
Adultos	1,5
Ladrones	1,4
Enfermos mentales	1,2
Otros (2)	11,3
NS / NR	0,8
Total	100,0

Fuente: PNUD (2005) Venciendo el Temor

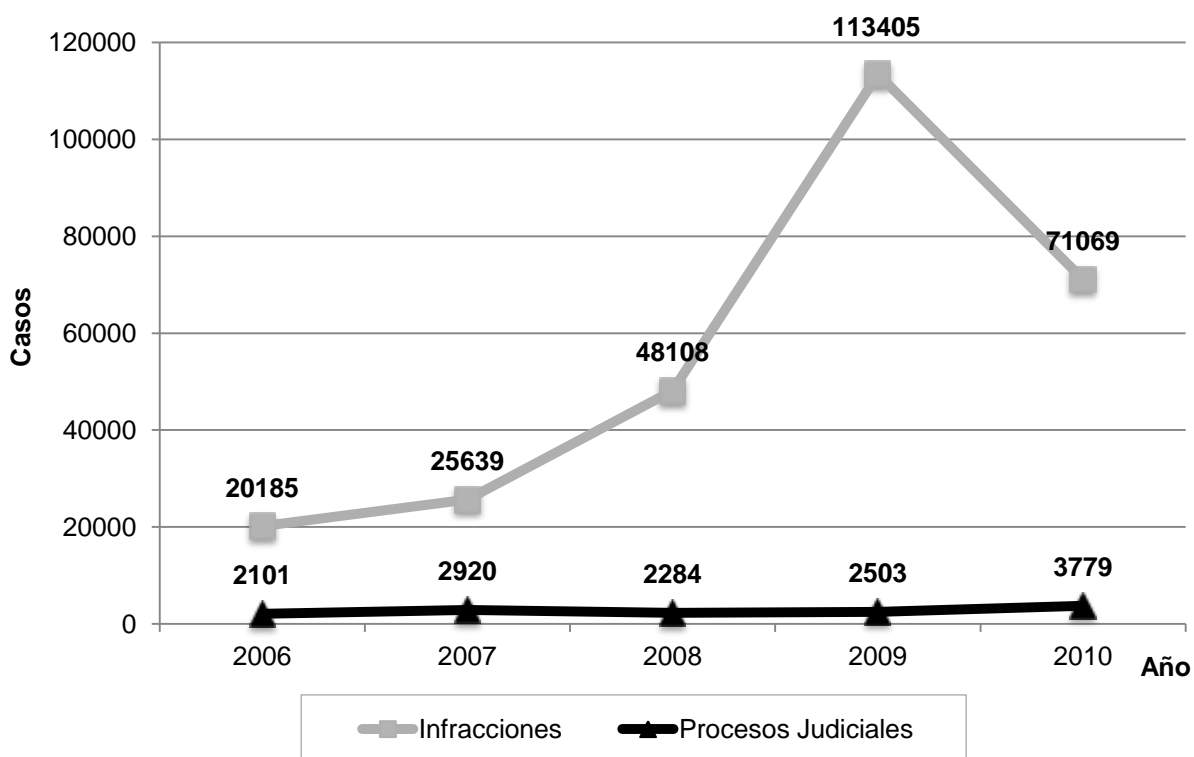
La Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana (PNUD 2006), por ejemplo, indica que los dos primeros factores de inseguridad en las comunidades se asocian al consumo de sustancias ilícitas, mientras que el tráfico se ubica en el quinto puesto, por debajo del consumo de licor (Ver Figura No.2). Esto nos indica que a pesar de que en Costa Rica el consumo de drogas es relativamente bajo, este posee intrínseco una enorme percepción de inseguridad; al punto de haber sido incluido como un tema específico en dentro de la Política Nacional de Seguridad Ciudadana -POLSEAZ- (PNUD 2010).



Fuente: PNUD (2006) Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana

Figura No.2:
Diferentes situaciones de inseguridad percibidas en el barrio o comunidad.
Costa Rica 2006

Esta alarma social también se manifiesta por el incremento exponencial en la infracción a la ley 8204 (ver Figura No.3), interpretado en el diagnóstico de la POLSEPAZ como una mayor presencia de drogas ilícitas en nuestro país y por lo tanto un mayor consumo en la población (PNUD 2010). Aunque no existe duda del aumento en el consumo general de drogas en la última década, este incremento también se podría entender como el efecto del reporte de casos que antes no figuraban en las estadísticas del Ministerio de Seguridad, derivado de una mayor presencia policial en los espacios públicos y comunitarios.



Fuente: Sistema de Información en Violencia (SISVI)⁴³

Figura No.3:
Total de infracciones y procesos judiciales asociados a la Ley 8204 “Ley de psicotrópicos”. Costa Rica 2006-2010

⁴³ La elaboración del gráfico se realizó utilizando el Sistema de Información sobre la Violencia y el Delito (<http://sisvi.mj.go.cr/>) del Ministerio de Justicia y Paz. Este integra las infracciones a la ley de psicotrópicos según los datos que proporciona el Ministerio de Seguridad Pública (MSP) y las estadísticas penitenciarias del Sistema de Información de Administración Penitenciaria (SIAP).

Se debe señalar la enorme diferencia entre las infracciones y los procesos judiciales asociados a la Ley 8204, podría indicar que al menos se está reportando una gran cantidad de casos relacionados al consumo; que, a pesar de no considerarse un delito punible (Artículo 58), puede interpretarse como una infracción al Artículo 79 de la misma. Una infracción que no tendría ninguna sanción administrativa, más allá del decomiso de la sustancia prohibida y de un consejo de “internamiento voluntario” para la persona infractora. Ya sea que el contacto entre agentes de control y personas usuarias de drogas se realice de esta forma, lo importante es entender que esta relación puede afectar tanto positiva como negativamente la garantía y protección de los derechos humanos.

Aunque en Costa Rica no se cuentan con datos sobre este impacto de las personas consumidoras de drogas y los agentes de control social, la encuesta realizada en la Ciudad de México nos demuestra que un 67,8% de las personas usuarias de drogas ilegales ha sido detenido por consumir drogas, y un 66,7% ha sido extorsionado. Un 93,5% percibe que la policía discrimina a las personas consumidoras de drogas, siendo las principales el abuso de autoridad 40,2%, extorsión 17,6%, criminalización por consumir (14,9%), agresión verbal (13,6%) y discriminación por aspecto (11,4%). Al respecto Zamudio y Castillo (2012) señalan: *“El hecho que dos de cada tres encuestados ha sido extorsionado, apunta a que lo que nombran “abuso de autoridad” incluye faltas más graves por parte de las autoridades -incluso violencia, como señalan algunas de las experiencias relatadas o que la extorsión es percibida como una opción no discriminatoria de evitar continuar un proceso judicial”* (p.17).

3.2 Reconsiderando las políticas de control de drogas

Luego de 50 años de “guerra contra las drogas” el impacto del modelo jurídico penal ha generado consecuencias inimaginables para las personas consumidoras y la sociedad en general. Uno de los principales problemas de las políticas de control de drogas es su marcada estigmatización y discriminación hacia las personas consumidoras de sustancias, aunado a la ausencia de un enfoque de derechos humanos en el derecho penal y administrativo de drogas.

“Algunos de los principios que cimientan el Derecho Internacional de Derechos Humanos no son evidentes en las convenciones ni en los organismos internacionales del sistema de fiscalización de drogas, ni por ende, en las políticas nacionales de drogas. La falta de consideración de los principios de no discriminación, protección a los más vulnerables, empoderamiento y de proporcionalidad, ha llevado a que en muchas partes del mundo se violen sistemáticamente los derechos humanos” (García-Sayán 2009 p.2).

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, en un reporte prestado en el 2010 advirtió que: *"la criminalización y las prácticas excesivas de ejecución de la ley, menoscaban las iniciativas de promoción de la salud, perpetúan el estigma y aumentan los riesgos para la salud a los que poblaciones enteras - no sólo aquellas que consumen drogas- pueden estar expuestas. (...) la continua imposición de sanciones penales por el uso y posesión de drogas perpetúa muchos de los principales riesgos asociados al consumo de las mismas y aboga porque se estudien enfoques menos restrictivos de la fiscalización de drogas, como la destipificación o la despenalización"* (Grover: 2010, p.23)

Aunque en Costa Rica el consumo y la tenencia de drogas con estos fines no son considerados un delito, aún existen muchos países donde se sigue penalizando a las personas usuarias de drogas simplemente por utilizar una

sustancia prohibida. Por esta razón, también se rescatan las declaraciones que realizaron la Asociación Internacional de Reducción de Daño (IHRA) y el Centro Internacional en Derechos Humanos y Políticas de Drogas:

“La preocupación por los efectos nocivos que un enfoque penal pueda tener sobre la salud y los derechos humanos de las personas que usan drogas, ha llevado a varios gobiernos a despenalizar la tenencia de pequeñas cantidades de drogas para uso personal tanto en la ley como en la práctica. España, Portugal e Italia, por ejemplo, no consideran la tenencia de drogas para uso personal, un delito punible. En los Países Bajos y Alemania, la posesión para uso personal es ilegal, pero se establecen directrices para la policía y los fiscales para evitar la imposición de la pena. Algunos países de América Latina (incluyendo Brasil, México, Colombia y Argentina) han despenalizado la posesión para uso personal, ya sea por decreto judicial o por medio de la legislación” (Barrett: 2011, p.2).

De hecho, los cambios vistos por parte de los agentes formales de control social de las drogas del modelo penal hacia el modelo médico, tienen que ver directamente con la presión que han ejercido las personas consumidoras y colectivos de la sociedad civil. La más destacada de estas organizaciones es la Comisión Global de Políticas de Drogas (CGPD), la cual entregó un informe a la Asamblea General de la ONU en junio del 2011. En esta Comisión participan importantes personalidades políticas y artísticas de todo el mundo y especialmente de América Latina. El documento elabora una observación muy crítica sobre el estado actual del mundo en relación a las políticas de drogas, pero también hace propuestas muy serias para su modificación⁴⁴.

⁴⁴ La CGPD define 4 principios básicos que deben tener las políticas de drogas a nivel internacional y nacional.

Una de las recomendaciones de a CGDP (2011) es la necesidad de “reemplazar la criminalización y el castigo de las personas que usan drogas por la oferta de servicios de salud y tratamiento para aquellos que los necesitan.” (p.8), así como “Ofrecer una gama de opciones amplia y de fácil acceso para el tratamiento y la asistencia de la dependencia a drogas, incluyendo tratamientos de sustitución y de prescripción de heroína, con especial atención a aquellos más en riesgo, que incluya a quienes están en prisiones y otros contextos de encierro” (p.16).

Al ser América Latina una de las regiones más golpeadas tanto por el crimen organizado como por las estrategias para combatirlo, es desde acá donde se ha generado una de las iniciativas más interesante: La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD). La CLDD elaboró una declaración titulada “Drogas y Democracia: Hacia Un cambio de Paradigma”, el cual se presenta como un cambio radical en el paradigma de guerra contra las drogas y orienta las políticas de drogas con una serie de recomendaciones similares a las de la Comisión Global⁴⁵. Resaltando la necesidad de “diferenciar entre sustancias y

-
1. Las políticas de drogas deben basarse en sólida evidencia empírica y científica. La principal medida de éxito debería ser la reducción de daños a la salud, la seguridad y el bienestar de los individuos y la sociedad.
 2. Las políticas de drogas deben basarse en los principios de derechos humanos y salud pública. Deberíamos terminar con la estigmatización y la marginalización de las personas que usan ciertas drogas y de aquellos que están involucrados en los niveles más bajos del cultivo, la producción y la distribución, y tratar a las personas dependientes de drogas como pacientes, no como delincuentes.
 3. El desarrollo y la implementación de políticas de drogas debería ser una responsabilidad compartida global, pero también es necesario tener en cuenta las diversas realidades políticas, sociales y culturales. Las políticas deberían respetar los derechos y las necesidades de las personas afectadas por la producción, el tráfico y el consumo, como se reconoce explícitamente en la Convención sobre Tráfico de Drogas de 1988.
 4. Las políticas de drogas deben llevarse a cabo de una manera integral, involucrando a las familias, las escuelas, los especialistas de salud pública, los profesionales del desarrollo y los líderes de la sociedad civil, en colaboración con las agencias de orden público y otros organismos gubernamentales relevantes

⁴⁵ La CLDD, propone 3 directrices para el cambio de paradigma en las políticas de drogas:

1. Tratar el consumo de drogas como una cuestión de salud pública.
2. Reducir el consumo mediante acciones de información y prevención.

patrones de uso, entre plantas naturales y sus derivados, así como entre las poblaciones o personas productoras o usuaria”, así como la de “incluir la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas internacionales y nacionales. Incluyendo no sólo a profesionales de salud o seguridad, así como ONGs que trabajan el tema, también a los actores involucrados en la problemática como campesinos y usuarios de drogas” (CLDD 2008 p.3).

También resulta importante rescatar el esfuerzo del *Consortio Internacional Sobre Políticas de Drogas* (IDPC por sus siglas en inglés), con su *Guía sobre Políticas de Drogas* (2010), la cual *“reúne pruebas y ejemplos de buenas prácticas de todo el mundo sobre la elaboración y puesta en práctica de políticas y programas de drogas, y ofrece recomendaciones a los encargados del diseño de dichas políticas y programas a escala nacional”* (p.1)⁴⁶.

El llamado al cambio también proviene de grupos de especialistas de distintas disciplinas o áreas de trabajo que lidian a diario con personas consumidoras de drogas, denunciando abiertamente que el modelo jurídico penal de control social ha fracasado y más bien ha creado una amenaza a la salud y la seguridad pública. Algunas de estas declaraciones son la **Declaración de Viena**⁴⁷ que denuncia abiertamente la manera en que la *“penalización de los consumidores*

-
3. Focalizar la represión sobre el crimen organizado.

⁴⁶ La Guía del IDPC propone 5 principios básicos para fundamentar las políticas de drogas a nivel nacional:

1. Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
2. Todas las actividades se deberían desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
3. Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias.
4. Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados.
5. Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias

⁴⁷ Redactada por una amplia cantidad de especialistas en medicina, investigación, epidemiología, y salud pública procedentes de Australia, Austria, EEUU, Canadá, Suiza, Francia e Inglaterra. <http://www.ladeclaraciondeviena.com>

de drogas ilícitas está fomentando la epidemia de VIH con consecuencias sociales y de salud tremendamente negativas. Se necesita una completa reorientación de la política.”

Otra de es la **Declaración de Roma**⁴⁸ que menciona cómo *“La estrategia de los Estados deben escuchar y contemplar la asistencia integral de los usuarios de drogas, y realizar fuertes campañas de prevención inespecíficas, no sólo sobre sustancias ilegales sino también sobre las legales y sobre todo generar políticas de verdadera inclusión social y laboral.”* Finalmente la **Declaración de Río de Janeiro**: *“Encuentro Estratégico de Seguridad Pública y Políticas de Drogas”*⁴⁹ que expone abiertamente como el problema de las drogas es más complejo de lo que parece, indica:

“Las decisiones individuales que llevan al uso indebido de drogas resultan de factores complejos, psíquicos y sociales, que envuelven a los individuos desde la infancia y que se acentúan en la adolescencia. La familia, la fe religiosa, la escuela, la comunidad, están todas implicadas, pero en muchos países la política actual concentra el problema en la policía y en el sistema penal. Resentimos esta situación, que pone nuestra vida y la vida ajena, nuestra moral y la imagen de nuestras corporaciones frente a amenazas perversas; esta situación no es justa y no enfrenta el problema de raíz. Una policía ciudadana, en una sociedad democrática, debe servir a objetivos más inteligentes y más consecuentes, inclusive a la hora de garantizar el cumplimiento de la ley” (p.1).

⁴⁸ Firmada en julio del 2011 por magistrados, jueces y fiscales de Argentina, Portugal, Italia y Brasil. <http://www.tni.org/es/article/la-declaración-de-roma>

⁴⁹ Firmada en setiembre del 2011 por una grupo de profesionales de seguridad pública procedentes de dieciocho países de Australia, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Holanda, México, Nicaragua, Perú, Portugal, Reino Unido, Suiza y Uruguay. http://www.cepesju.org/noticias/policias_30_paises_firman_declaracion_rio_de_janeiro.pdf

En el caso costarricense, podemos encontrar un documento publicado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) que sintetiza el estado del tráfico y el consumo de drogas ilegales en Costa Rica, mediante el conversatorio con expertos en el tema se analizan las políticas de drogas a nivel nacional; recalcando el predominio de las estrategias represivas enfocadas en la oferta, sobre las políticas preventivas y de tratamiento para reducir la demanda. Se alerta sobre la importancia de replantear la dirección de las políticas actuales de control de drogas, mediante la apertura del debate y la discusión pública a todo nivel sobre el tema (Grillo y Long: 2010, p.80).

Este documento también señala la importancia de descriminalizar a las personas consumidoras de drogas, buscando captarlas por medio de estrategias de salud pública, lo que implica la creación de una verdadera plataforma institucional e intersectorial, al fortalecer política, logística y económicamente el Sistema Nacional de Tratamiento. Asimismo, se menciona la necesidad de implementar estrategias de Reducción del Daño (RDD) para la personas con dependencia grave y con mayor vulnerabilidad social, ya que está comprobado que la RDD no sólo tienen un buen impacto en la salud de las personas, sino también en la seguridad ciudadana (Grillo y Long: 2010, p.79).

3.3 Principios básicos para una política de drogas más humanista

El psiquiatra argentino Emiliano Galende (2008) indica que la relación de las drogas con la cultura es un aspecto de suma importancia para entender los procesos de control social hacia las mismas, ya que su uso siempre se asocia con aspectos de la cotidianidad religiosa, económica, sanitaria y política de los Estados y las poblaciones. Negar esta relación droga-cultura implica una reducción en la complejidad de significados y usos que tienen las sustancias con los seres

humanos, brindando una visión sesgada sobre las prácticas de control social que se desarrollan sobre las mismas.

A partir de la revisión de legislación costarricense relacionada al control del consumo de drogas, ha quedado claro que este no puede ser considerado un delito y por lo tanto no puede ser interpretado como comportamiento antijurídico. Aun así, el trato que se le da a las personas consumidoras por parte de los agentes de control de drogas tanto desde el sistema penal como el sistema de salud, atenta contra el *principio de legalidad*. Esto porque no existe ningún tipo de sanción penal ni administrativa para el consumo de drogas, ni la posesión con estos fines, ya que al interpretar el consumo como un problema de salud pública, más bien deberían brindarse una amplia cobertura y variedad de servicios de prevención y atención para el consumo de drogas.

Hasta reciente data las políticas nacionales e internacionales de control de drogas, eran muy limitadas con respecto al *derecho a la salud* de las personas que usan drogas. Aun así, es de suma importancia revisar las premisas ideológicas del modelo médico sanitario que equipara consumo con drogodependencia y aboga solamente por la abstinencia como estrategia de tratamiento. Tomando en cuenta que la gran mayoría de las personas que consumen sustancias ilícitas no tienen un consumo perjudicial o problemas de salud derivados del uso de drogas.

En este caso, el relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud Anand Grover (2010), señala que la criminalización atenta contra los derechos humanos de las personas consumidoras de drogas, principalmente contra el *derecho al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental*⁵⁰. Ya que las

⁵⁰ El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) de 1988, en su **Artículo 10. – Derecho a la Salud** enuncia:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

expone a mayores riesgos asociados al contexto de uso de drogas ilícitas, como lo es consumir sustancias adulteradas o de mala calidad, el utilizar vías de administración más nocivas para la salud, así como la transmisión de enfermedades como la hepatitis, VIH y SIDA. Pero también puede afectar el hecho que las personas no acudan a servicios de salud, por temor a ser detenidas o castigadas.

“Las personas que consumen drogas tal vez eviten acudir a los servicios debido a la amenaza de recibir una sanción penal o sencillamente porque temen que se les niegue el acceso a la atención de la salud. La penalización y las prácticas represiva excesivas también menoscaban las iniciativas de promoción de salud, perpetúan el estigma y aumentan los riesgos de salud a que se exponen poblaciones enteras, no sólo los que consumen drogas”
(Grover: 2010, p.17).

Asimismo, arrestar u obligar a tratamiento a todas las personas que consuman drogas ilícitas en la vía pública en vez de solucionar el problema, más bien aumentaría el estigma y etiquetamiento, ya que tienen que esconderse aún más para conseguir y consumir la sustancia, llevándolos a exponerse a situaciones de constante riesgo de ser violentado o de cometer un delito, como la venta al menudeo.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, las poblaciones más afectadas por las políticas de emergencia para el control de drogas son las que se encuentran

-
- a. la atención primaria de la salud, entendiéndolo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud,
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

más bajo en la escala socioeconómica, que tienen poca educación y viven en comunidades urbano marginales; muchos de ellos o ellas, con claros problemas derivados de un consumo perjudicial de drogas. Es desde aquí que se debe contemplar el *principio de protección a los más vulnerables*, partiendo del hecho que las personas que usan drogas son abiertamente excluidas y marginadas de la sociedad, por lo tanto expuestas a una alta vulnerabilidad social

Por otro lado es necesario contemplar el *principio de proporcionalidad* a la hora de poner en práctica de las políticas de control social del consumo de drogas. Este se refiere a la prohibición del exceso por parte de los agentes estatales, tanto en el trato directo con las personas usuarias de sustancias, como la adecuación de las sanciones administrativas o penales. Este a su vez se relaciona directamente con el *principio de no discriminación*, que tiene que ver con la protección de colectivos y de grupos que por razones económicas o socioculturales viven en situación de vulnerabilidad frente al resto del colectivo. Un claro ejemplo de la violación de este principio se puede apreciar en el documento publicado por Metaal y Youngers (2010) sobre el estado actual de los sistemas penitenciarios en Latinoamérica; los cuales se encuentran sobrecargados de ofensores no violentos, principalmente a personas jóvenes de bajos recursos sentencias por “venta minorista” de drogas⁵¹, muchos de ellos consumidores. Pero también existe una clara discriminación por género⁵².

⁵¹ La venta al detal o narcomenudeo es un “fenómeno que amalgama diversas actividades delictivas cuya finalidad es proveer drogas ilícitas a los consumidores para abastecer al cliente final o consumidor” (Zamudio 2008). Estas son el eslabón final de la cadena de operaciones relacionadas al tráfico de drogas ilícitas, como parte de un fenómeno cultural que a pesar de su ilegalidad e informalidad genera toda una serie de relaciones de redes sociales entre los consumidores, comerciantes, vecinos y autoridades públicas (Zamudio: 2007)

⁵² Costa Rica no es una excepción a esta realidad, ya que para el año 2009, un 64% de las mujeres ingresadas al centro penitenciario el Buen Pastor fue por violación de la Ley 8204. De estas un 69%, fue por venta de drogas “al menudeo”, un 10% por venta organizada, un 7% por transporte, un 5% por tráfico internacional, un 4% por introducción de drogas a un centro penitenciario, un 3% por legitimación de capitales y un 2% por distribución (Palma: 2011).

Finalmente el *principio de empoderamiento* se expone en los instrumentos de derecho internacional de derechos humanos como la autodeterminación de las personas, asociado a otros derechos como la libertad de expresión, religión, a la intimidad y a la asociación, a la participación política, etc. Los tratados internacionales de drogas, por su parte, se mantienen silenciosos respecto al involucramiento de las personas que usan drogas o de las comunidades afectadas por el uso y el tráfico (Thoumi: 2009, p.54).

3.4 La Reducción Del Daño en la reducción de la demanda

El término Reducción Del Daño (RDD) es un término complejo y controversial, principalmente para el sistema internacional de control social de las drogas, tanto desde el modelo jurídico penal que se enfoca en la reducción de la oferta, como del modelo médico hegemónico centrado en la reducción de la demanda; aunque cada vez en menor grado. A pesar de esto, en Europa y Norteamérica, se han venido practicando estrategias de RDD por más de 30 años, enfocadas principalmente en consumidores de drogas inyectables y en la prevención de la propagación del VIH entre personas usuarias.

“Al igual que sucede con ‘despenalización’ y ‘descriminalización’, hay un importante debate y confusión sobre los términos ‘reducción de daños’ y ‘políticas de reducción de daños’. En estas líneas, se utiliza fundamentalmente en alusión a toda una gama de intervenciones específicas orientadas a la salud, como los programas de sustitución de opiáceos o de mantenimiento, los programas de agujas y jeringuillas, la prescripción de heroína y los centros de consumo de drogas. Aunque hay cierto desacuerdo, desde el punto de vista jurídico se puede argüir que todos estos enfoques se adaptan

legalmente a la letra y el espíritu de los tratados de control de drogas” (Bewley-Taylor y Jelsma: 2012, p. 9).

Por ende, dentro del sistema internacional de control de drogas, la RDD no debería ser un problema conceptual ni político, aún así debido a la raíz prohibicionista que fundamentan el enfoque de reducción de la demanda, su inclusión en instrumentos internacionales y nacionales es un hecho relativamente reciente. *“Ello no significa, según las políticas oficiales hoy en vigor, cuestionar el modelo penal y olvidar los enfoques abstencionistas y los tratamientos libres de drogas, derivados en gran parte de la articulación del modelo penal con el médico. Muchos sectores profesionales y, sobre todo, organismos internacionales contemplan las políticas de reducción del daño como una implementación de medidas técnicas” (Romaní: 2003, p. 445)*

La ONUDD (2010) por ejemplo menciona que la RDD se puede entender como una serie de estrategias de *“prevención terciaria en procesos de reducción de la demanda”*⁵³. Resaltando que las estrategias de RDD deben incorporarse y

⁵³ Desde este aspecto, la ONUDD (2010) recomienda una serie de intervenciones para reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas:

- a. información fiable y asesoramiento sobre los riesgos físicos y psicosociales del abuso de drogas, incluida la información sobre el riesgo de sobredosis, enfermedades infecciosas, problemas motrices, trastornos cardiovasculares, metabólicos y psiquiátricos;
- b. Intervenciones farmacológicas de bajo umbral (ejemplo opiáceos agonistas y antagonistas de los medicamentos), no directamente relacionados con programas de abstinencia, pero a la protección sanitaria inmediata, tiene que ser de fácil acceso;
- c. Asistencia social adecuada debe ser proporcionada para drogodependientes marginados.
- d. Programas de vacunación contra la hepatitis deben estar disponibles para todos los usuarios de drogas y en todas las instalaciones apropiadas;
- e. Kits de medicamentos y de emergencia para el manejo de sobredosis en lugares apropiados deben estar disponibles;
- f. Programas de intercambio de agujas/jeringas para usuarios de drogas inyectables pueden aplicarse en su caso, de acuerdo con la buena práctica médica;
- g. Disponibilidad y accesibilidad a asesoramiento voluntario, pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral para los consumidores de drogas infectados por el VIH,
- h. Servicios de prevención y para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual deben ser accesibles a los consumidores de drogas y en particular a las personas involucradas en el trabajo sexual;
- i. Disponibilidad de medidas para prevenir consecuencias graves del abuso de estimulantes en los puntos de venta de abuso frecuente de estas sustancias;

articularse con las otras políticas para la reducción de la demanda de drogas, como lo son la prevención, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. En este caso la ONUDD menciona que:

“Se deben tomar medidas para alcanzar y atraer a los usuarios de drogas en las estrategias de prevención, tratamiento y atención que protegen a ellos, a sus parejas y a sus familias de enfermedades infecciosas, problemas de salud en general, y fomentar la entrada en tratamiento dependencia de sustancias y atención médica y rehabilitación”... “Estas estrategias deben dirigirse a los subgrupos de la población que no son sensibles a los programas de prevención de drogas, personas dependientes que no están motivados para asistir a las instalaciones de tratamiento, los no respondedores al tratamiento que siguen abusando de las drogas ilícitas, y aquellos pacientes que fácilmente puedan tener una recaída” (p.3).

La OPS por su parte, no hace alusión directa al término RDD, sino que lo confina a la ejecución de estrategias de salud pública cuyo objetivo sea la *“reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas”* (OPS: 2011, p.2). También indica que los datos probatorios más sólidos de efectividad de las estrategias para la reducción de la demanda provienen del tratamiento de sustitución de la heroína con opioides sintéticos y del apoyo psicosocial para las personas dependientes de opiáceos. *“Tales servicios son eficaces también para reducir la delincuencia relacionada con las drogas y la propagación de la infección por el VIH. Los programas de intercambio de agujas son eficaces puesto que previenen la infección por el VIH y otras infecciones*

-
- j. Intervenciones en las salas de emergencia tienen que ser garantizadas;
 - k. Promotores comunitarios bien equipados para el trabajo de calle, debidamente capacitado para ponerse en contacto con los consumidores de drogas y personas dependientes que necesitan ayuda.

transmitidas por la sangre, como la hepatitis B y C. Esos programas fomentan la participación de los usuarios de drogas inyectables en el tratamiento y otros servicios de salud, como las pruebas de detección del VIH y la orientación psicológica voluntarias, y los servicios de salud reproductiva y sexual (OPS: 2010, p.3).

Como se puede apreciar, desde los organismos formales de control social, la RDD se entiende más como una serie de políticas o servicios de salud pública dirigidos principalmente a la mitigación o disminución de los posibles daños que produce el uso nocivo de drogas, siempre resaltando la necesidad de articular con otras estrategias de tratamiento, rehabilitación y servicios para subsanar las necesidades básicas de la población usuaria de drogas.

El problema para nuestro país, es que de las pocas estrategias de RDD que han sido evaluadas por su efectividad, la mayoría están dirigidas a la reducción de daños ocasionados por el consumo de heroína y por vía intravenosa (inyectada). Esta droga, así como el modo de administración inyectado no es común en el contexto costarricense, en donde el principal problema derivado del consumo de drogas se asocia con el consumo de cocaína comprimida, conocida como “crack”. Según Blickman y Jelsma (2009) existen una gran cantidad de experiencias documentadas de RDD en usuarios de crack principalmente en Estados Unidos, Canadá⁵⁴ y en Brasil⁵⁵

⁵⁴ Un ejemplo es el Programa de Intercambio de Jeringas de Ottawa que ha venido ejecutando y evaluando estrategias como la “Iniciativa de Uso Seguro de Crack” (Safe Crack Use Initiative), mediante entrega de “kits” para el uso seguro de crack (pipas de vidrio, boquillas de goma, pantallas de bronce, bálsamo para labios, condones, etc.), esto con el fin de evitar la inhalación de gases pesados, quemaduras en labios, quebraduras, contagio de enfermedades, así como brindar información básica para reducir los riesgos por el consumo (Leonard et al.: 2006). Otro proyecto es el llevado a cabo en la ciudad de Toronto por el Equipo de Salud de Calle y Reducción del Daño, que desde el 2005 vienen desarrollando el Programa para usuarios de Crack (CUP por sus siglas en inglés) en donde se organizan “Espacios de encuentro para usuarios de crack” (Crack User Drop-In), en donde se brindan servicios de RDD especializados para usuarios de crack, en donde se entregan “kits” para el uso seguro, pero también se abre un espacio (diferenciado por género) para brindar consejería y capacitación en el tema y así poder reproducir el conocimiento hacia otros usuarios mediante la estrategia de “educación de pares” (Street Health: 2007).

Esta visión de la RDD a pesar de romper con los enfoques tradicionales de los modelos jurídico y médico de control de drogas, aún mantiene una perspectiva restringida del término, ya que se centran más en políticas o estrategias puntuales de salud pública que puedan reducir los riesgos y no tanto en la protección u garantía de los derechos fundamentales como la vida de las personas consumidoras de drogas. Según la *Coalición para la Reducción del Daño* (HRC por sus siglas en inglés)⁵⁶, la RDD puede considerarse como una filosofía, una estrategia comunitaria, un servicio de salud pública o hasta como un estilo de vida.

“La reducción de daños, abarca una gama extraordinaria de propuestas de intervención, muchas de ellas innovadoras y creativas que no se plantean el dilema del todo o nada, sino de mediaciones benéficas.” “Estas no se plantean el objetivo terminal de la rehabilitación completa, sino el de propiciar procesos que disminuyan situaciones extremas de sufrimiento social, por ejemplo, incidiendo en el cambio de las representaciones sociales, en la modificación de las relaciones entre los actores de los contextos en los que se interviene. Se trata de intervenciones que buscan eliminar

⁵⁵ La organización Psicotropicus, ha venido realizando un proyecto en las favelas de Río de Janeiro en donde se coordina con los centros de salud cercanos y se reparten pipas de madera, bálsamo para los labios e información general para personas consumidoras de crack sobre uso seguro y el derecho a recibir una atención en salud (<http://psicotropicus.org/psicoblog/>). Algunas de las experiencias más controversiales de reducción del daño con usuarios de crack se han visto en varias ciudades de Brasil, en donde han llevado a cabo tratamientos de sustitución de crack por cannabis. En estos se promueve al usuario de drogas y a su familia que sustituya el crack por marihuana. A pesar de que no existen evaluaciones a largo plazo del impacto de esta estrategia, existen claros logros para disminuir el consumo de crack y mejorar el proceso de reinserción social de las personas que reciben asistencia (Blickman y Jelsma: 2009, Domanico: 2006)

⁵⁶ La HRC define 5 principios básicos de la RDD:

- Las drogas son parte de nuestro mundo y debemos que trabajar para reducir los daños que estas producen en lugar de simplemente ignorarlas o condenarlas
- La decisión del usuarios de consumir o no consumir debe ser aceptada
- El usuario debe asumir responsabilidad por su comportamiento
- Provisión de servicios y recursos sin prejuicios y de forma no coercitiva

el estigma social y modificar. Intervenciones que permitan mirar la construcción de las relaciones en la cotidianidad, por lo tanto de intervenir en ellas. No se enfoca a individuos o grupos marginados solamente, se mira la comunidad en su conjunto” (Machín y Velasco: 2004, p.8).

Según Romaní (2004) desde este enfoque humanista de la RDD los objetivos generales serían:

- a. Fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de asistencia para los drogodependencia adaptada sus necesidades y demandas y, consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema socio-sanitario.
- b. Crear recursos de ayuda para los drogodependientes que, por las circunstancias que sean, no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su adicción.
- c. Ayudar en la aceptación de las drogodependencias como una realidad que por el momento no dejara de existir e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consiguiente exclusión social” (Romani: 2004, p.182).

En conclusión, la RDD puede entenderse desde un modelo de pensamiento basado en el enfoque de derechos humanos, hasta una serie de prácticas o servicios específicos de salud pública que tienen como objetivo reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas sin exigir necesariamente el abandono del consumo. Aunque es de suma importancia que estas propuestas se integren en el Sistema Nacional de Tratamiento, ya que esta complementa los demás servicios de prevención, intervención temprana, tratamiento y reinserción social. Las acciones de RDD, debido a su enfoque comunitario y sociocultural, potencian los procesos de acercamiento y detección de personas que puedan necesitar o participar de los distintos componentes del sistema.

CONCLUSIONES

Las raíces prohibicionistas del enfoque en las políticas para el control social de las drogas parten del discurso etnocéntrico de la modernidad occidental, así como del pensamiento conservador y religioso ligado a la fundación del Estado nacional estadounidense. Estos discursos poseen una clara connotación moral acerca de las drogas, que ha sido disimulada y justificada por medio de los modelos de pensamiento jurídico penal para el control de la oferta y el modelo médico sanitario para el control de la demanda; aunque este último muchas veces es supeditado al primero.

La justificación moral e ideológica del “problema de la droga” ha llevado a la declaración de un estado de excepción permanente sobre el fenómeno, orientando las políticas criminales hacia un derecho penal de emergencia. La llamada “Guerra contra las drogas”, iniciada hace más de 40 años, ha logrado implantar un discurso hegemónico para el control social formal e informal de los comportamientos relacionados con las drogas. La utopía de crear un mundo libre de drogas mediante la penalización de una serie de conductas relacionadas con la oferta y la demanda de drogas, ha fomentado una cultura de discriminación y criminalización para las personas que las realizan, ya que estas se consideran desviadas y peligrosas.

En este sentido, se coincide con la inquietud de Del Olmo (1983), quien advierte: “*¿Será que hay una necesidad de mantener el fenómeno en un estado de ignorancia porque el discurso social necesita mantener en la sombra la realidad del fenómeno de la droga para poder operar sobre él sin dificultades? ¿O será la forma perfecta de inducir al consumo para que siga el gran negocio?*” (p.3)

El enfoque de las políticas de drogas en el modelo jurídico penal y en segundo plano el modelo médico sanitario no sólo ha invisibilizado toda una serie de relaciones económicas, políticas y socioculturales que se desarrollan en torno a la comercialización y consumo de las drogas, sino que también ha generado una gran cantidad de consecuencias negativas inesperadas que atentan contra la salud

y la seguridad de los Estados. Perpetuando así, un discurso que justifica y promueve el etiquetamiento y segregación de las personas consumidoras de drogas.

De hecho el principal impacto de las políticas de emergencia de “guerra contra las drogas” se observa en la calidad de vida de las personas consumidoras, principalmente aquellas en mayor vulnerabilidad social. La exclusión y marginación social que sufren estas, justifica su criminalización por parte de los agentes de control estatal. Esto ha generado una asociación entre consumo de drogas e inseguridad, que generalmente es arbitraria y prejuiciosa; ya que a pesar de que algunas personas cometen delitos debido al abuso o dependencia de una o varias sustancias psicoactivas, la gran mayoría que usan drogas no son delincuentes.

El origen prohibicionista de las políticas de drogas vigentes actualmente, se visualiza claramente en la amplia legislación de control de drogas a nivel global y regional, así como en la variedad de agencias encargadas de su implementación y verificación. Este sistema ha servido como una camisa de fuerza para los Estados nacionales, que han tenido que adaptar sus políticas internas al discurso oficial y por lo tanto, se han incorporado a plenitud los modelos jurídico penal y médico sanitario dentro de las instituciones judiciales y de salud pública.

Aun así debido a las terribles consecuencia producidas por este derecho penal de emergencia llamado “guerra contra las droga” y gracias al llamado de organizaciones de la sociedad civil, el discurso oficial se ha orientado en las políticas hacia un control social más “suave” y rehabilitador de las personas consumidoras de drogas. A pesar de que el modelo médico sanitario se encuentra histórica e íntimamente relacionado con el modelo jurídico penal, permite incorporar más fácilmente el enfoque derechos humanos dentro de las estrategias de acción. Esto se puede observar claramente en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD (2010) cuando señala que el *“control de las drogas ilícitas no constituye un aspecto separado, sino que está firmemente enraizado en el contexto del*

desarrollo socioeconómico, la protección del medio ambiente, los derechos humanos y el respeto por las tradiciones y las costumbres de los grupos nacionales y regionales” (CICAD: 2010, p.1).

Se podría decir que Costa Rica posee algunas de las políticas de control del consumo de drogas más avanzadas en materia de derechos humanos en Latinoamérica, partiendo de la premisa legal que tanto el consumo como la posesión con estos fines son comportamientos totalmente despenalizados y descriminalizados, así como el hecho de que el consumo de drogas sea considerado como un problema de salud pública. Aun así, todavía existe una gran estigmatización y discriminación de las personas consumidoras de drogas. Esto parte del hecho que aún quedan muchas dudas sobre el trabajo que realizan las distintas instituciones estatales y de la sociedad en general, en diferenciar claramente entre el tráfico y el consumo, así como entre aquellos consumidores problemáticos de los no problemáticos, pero también porque las generación de políticas articuladas para la atención de personas con problemas derivados del consumo de drogas, aún se encuentran en sus primeras etapas de desarrollo.

El criminólogo noruego Nils Christie (1993), advierte sobre la necesidad de acercar la justicia al “*núcleo básico de la experiencia humana*” abrazando la complejidad de las problemáticas actuales, a partir de principios básicos que le dan sentido a la vida en sociedad. Para así poder tomar decisiones más racionales y humanas que apelen a la dignidad de las personas y la protección de sus derechos fundamentales. En este caso, el control social del consumo de drogas, debe partir de valores colectivos y políticas públicas que protejan a las personas consumidoras de drogas contra la discriminación y la marginación que experimentan actualmente.

Se deben fomentar estrategias de control del consumo de drogas más allá de los conceptos de desviación y segregación, si se desea iniciar un debate abierto sobre el tema de las drogas ilícitas. Para esto no es indispensable hablar de

“legalización de las drogas”⁵⁷, sino más bien es necesario generar un proceso de análisis y sensibilización sobre el contexto de despenalización del consumo de drogas que se vive en Costa Rica desde hace más de una década. Enfocándose en los logros o éxitos de esta experiencia, así como de los vacíos o potencialidades que presenta desde el enfoque de derechos humanos.

Esto como la parte inicial de un proceso de acercamiento de las políticas de drogas a un derecho garantista, que se enfoque en las problemáticas sanitarias y sociales del fenómeno, con el fin de prevenir o evitar las consecuencias jurídicas o penales. En este orden, el PNUD (1994) ha sentenciado: “*En definitiva, es probable que la única solución consista en eliminar el tipo de problema social que alimenta las toxicomanías y propiciar un desarrollo humano que pueda reforzar a la familia y la comunidad y ofrecer a los jóvenes más cauces productivos para emplear su tiempo y energía.*” (p.42) Es por esto que las políticas de control de las drogas deben abordarse desde un enfoque de derechos humanos, tratando de alejar a las personas usuarias de drogas del sistema penal y acercándolas a un sistema de salud universal que brinde una gran variedad de opción preventivas, de tratamiento, reducción del daño y reinserción social.

A las personas consumidoras de drogas se debe buscar integrarlas a la sociedad, garantizando sus derechos fundamentales, especialmente el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física y mental. No queda duda que el Estado debería potenciar las acciones de prevención, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y reducción de daño del consumo de drogas; con el fin de reemplazar el estigma y castigo, por una política de descriminalización que

⁵⁷ La legalización es un término complejo y confuso al mismo tiempo, ya que este “*supondría la eliminación del ámbito del derecho penal de todos los delitos relacionados con los estupefacientes: consumo, tenencia, cultivo, producción, tráfico, etcétera.*” (Jelsma 2011, p.9). Por esta razón se evitó utilizar el término legalización en la presente investigación, ya que la discusión y recomendaciones para orientar las políticas nacionales de drogas desde el enfoque de derechos humanos, también hay que contemplar el derecho internacional de control de drogas, en donde la existencia de un mercado de drogas con fines no médicos (legalización) no es un opción viable, ya que esto implicaría cambios radicales en los tratados internacionales (Bewley-Taylor y Jelsma: 2012, p.15)

tomen en cuenta la dignidad de las personas consumidoras de drogas, que se responsabilicen por sus decisiones individuales. Para esto es preciso informar a las personas consumidoras de drogas sobre sus derechos, así como de los posibles riesgos y consecuencias que corren por consumir drogas; especialmente sobre el abuso y dependencia a drogas como un problema de salud.

Para esto es necesario sensibilizar a funcionarios policiales, así como a consumidores sobre las diferencias en la tenencia con intención de venta o con intención de consumo. No sólo desde la definición de umbrales cuantitativos amplios y flexibles, sino también desde criterios criminológicos sobre la evidencia relacionada con alguno de los comportamientos ilícitos incluidos en el artículo 58 de la ley 8204.

Se recomienda la incorporación de la Reducción del Daño (RDD) como parte de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas, ya que esta es una estrategia que fomenta un control social más humano de las personas farmacodependientes, así como una herramienta de mucha efectividad para lograr la garantía del derecho a la salud. Lo anterior, partiendo del hecho que este tipo de estrategias no sólo buscan mejorar las condiciones de salud de las personas consumidoras de drogas, sino también la reducción de delincuencia y la violencia asociada, así como la garantía y protección de los derechos fundamentales de los y las costarricenses.

La RDD a su vez promueve una interpretación de fenómeno del consumo de drogas desde el modelo sociocultural (Romaní 2004), el cual resulta esencial para entender y adecuarse a las realidades que viven las distintas comunidades o barrios donde habitan y frecuentan personas con problemas asociados al consumo de drogas. Esto permite acerca a esta población a los servicios de salud y sociales básicos cercanos, potenciando la participación y empoderamiento de las personas consumidoras de drogas, con el fin de mejorar las políticas y acciones desarrolladas en su beneficio.

No queda de más señalar la importancia de realizar más investigaciones sobre las personas usuarias de drogas, sus patrones de consumo y daños relacionados, así como la garantía y protección de sus derechos fundamentales. Esto con el fin de producir conocimientos que lleven a la formulación de políticas de drogas garantistas de derechos, fundamentadas en evidencia científica.

“Desde este punto de vista, el reto principal radica en la involucración de la sociedad civil y las comunidades afectadas en la toma de decisiones que las afectan. Mientras el involucramiento de la sociedad civil es cada vez mayor en el sistema de derechos humanos y en otras áreas de las Naciones Unidas, el sistema de control de drogas se mantiene muy rezagado. Dado el impacto del control de drogas en los derechos humanos, el escaso involucramiento de la sociedad civil en esta área es muy preocupante” (Thoumi: 2009, p. 54).

Es importante empezar a sembrar la semilla entre cada individuo, las instituciones públicas y la sociedad civil, para fortalecer la idea que las personas consumidoras de drogas también tienen derechos como todo ser humano, pero a su vez tienen la capacidad de comunicarse, dialogar y negociar. Resaltando que el consumo de drogas no es un delito, por lo que se debería partir del respeto de sus derechos humanos, buscando mejorar las condiciones de seguridad y de salud a estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2003) *Estado de excepción. Homo Sacer II, I*. Buenos Aires.: Adriana Hidalgo.
- Amador, Mata y Bejarano 2010 *Acercamiento a la situación de las drogas en Costa Rica*. En: *La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas*. San José. : Universidad de Costa Rica
- Anitua, G. (2005) *Historia de los pensamientos criminológicos*. Buenos Aires.: Editores del Puerto
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson Salvat.
- Baratta, A. (1991) *Introducción a una sociología de la droga: Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias*. En: Escohotado, A., Baratta A., González, S., Escribano, M. Zaragoza, J., González, C. y Funes, J. *¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate*. Madrid: Editorial Popular, S.A.
- Barrett, D. (2011) *¿Es la despenalización de la posesión de sustancias controladas para uso personal consistente con el derecho internacional?* International Centre on Human Rights and Drug Policy & International Harm Reduction Association
- Bergalli, R. (1983) *El Pensamiento Criminológico. Un Análisis Crítico*. Bogotá, Colombia.: Editorial Temis
- Bewley-Taylor, D. (2012) *Hacia una revisión de las convenciones de drogas de la ONU. La lógica y los dilemas de los grupos afines*. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 19. Transnational Institute / International Policy Consortium
- Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2012) *Los límites de la flexibilidad. Las convenciones de control de drogas de la ONU*. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 18. TNI
- Blickman, T. y Jelsma, M. (2009) *La reforma de las políticas de drogas Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos*. Revista nueva Sociedad No. 222. pp. 81-103
- Camacho, J.A. (2002). *Perspectivas etnográficas: la observación y la entrevista*. Cuadernos de Antropología, 12, 51-73 Universidad de Costa Rica

- Cortés, E. (2011) *Consumo de drogas en las personas jóvenes costarricenses: I Encuesta nacional de juventud 2007*. En Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven (2011) Simposio 2009: “La población joven de Costa Rica a partir de la I Encuesta Nacional de Juventud”: ponencias y memoria. San José. : CPJ
- Cortés, E. (2012) *Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Consumo de cannabis*. San José, CR. : Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación.
- Chacón, W., y Madrigal, S. (2012) *Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional 2010: Consumo de cocaína y crack*. San José, CR. : Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación.
- Chalk, P. (2011) *Latin American Drug Trade. Scope, Dimensions, Impact, and Response*. California. : RAND Corporation
- Christie, N. (1993) *La industria del control del delito. ¿La nueva forma del holocausto?* Argentina. Editores del Puerto
- Comisión Global de Políticas de Drogas (2011) *Las Drogas: informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas*. Junio 2011
- Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas (2010) *Estrategia Hemisférica sobre Drogas*. Adoptada por la CICAD en su 47mo periodo ordinario de sesiones. CICAD/OEA
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2008) *Drogas y Democracia: Hacia Un cambio de Paradigma*. Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia.
- Consortio Internacional Sobre Políticas de Drogas (2010) *Guía Sobre Políticas de Drogas*. Edición Marzo 2010. IDPC
- Del Olmo, R. (1987) *La cara oculta de la droga*. Bogotá. : Editorial Temis S.A.
- Del Olmo, R (1989) *Drogas: distorsiones y realidades*. Nueva Sociedad No.102 Julio- Agosto- pp. 81-93
- Del Olmo, R. (1994) *Las Relaciones Internacionales de la Cocaína*. Revista Nueva Sociedad. No. 130 Marzo-Abril, pp. 126-143

- De Giorgio, A. (2006) *El gobierno de la excedencia. Posfordimso y el control d la multitud*. Barcelona. Editorial Traficantes de Sueños.
- Domanico, A. (2006) *Craqueiros e cracados: Ben vindo ao mundo don nóais! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. Tesis de doutorado em ciencias sociais. Universidad Federal de Bahia.
- Escohotado, A. (1989) *Historia sobre las drogas*. Tomo 2. España. : Alianza Editorial
- Escohotado, A. (2002) *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. España. : Editorial Anagrama
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar*. Argentina. : Siglo XXI Editores
- Fletcher, A (2011) *Drug Testing in Schools: A Case Study in Doing More Harm Than Good*. En Damon Barrett (editor) *Children of the Drug War. Perspectives on the Impact of Drug Policies on Young People*. New York. : International Debate Education Association
- García, L. (2005) *Consideraciones críticas sobre el actualmente denominado "Derecho penal del enemigo"* Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología.
- Galende, E. (2008) *Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la Salud Mental*. En Touzé, G. (comp.) *Visiones y actores del debate*. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Buenos Aires Intercambios Asociación Civil. Pp. 27-34
- Garland, D. (2001) *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*. Barcelona. : Editorial Gedisa
- Garcia-Sayan, D. (2009) *Narcotráfico y Derechos Humanos*. Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Instituto Fernando Henrique Cardoso
- Grover, A. (2010) *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos. Viena. : ONU

- Guillamondegui, L. (2004) *Los discursos de emergencia y la tendencia hacia un derecho penal del enemigo*. Artículo de la edición digital de www.carlospalma.co.ar
- Gutiérrez, A. (2009) *Una exploración genealógica de “La guerra contra las drogas”: Desentrañando el derecho penal del enemigo*. Tesis para optar por el grado de licenciado en derecho. Universidad de Costa Rica.
- Hernandez, J. y Zamudio, C. (2009) *México: Ley contra el narcomenudeo. Una apuesta dudosa*. Serie reforma legislativa en materia de drogas no.3. : Transnational Institute – Washington Office for Latin America
- Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación* 3era Edición. México D.F. : McGraw-Hill/Interamericana Editores
- Hunt, N., Trace, M., Bewley-Taylor, D. (2005) *Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global*. Informe No. 4 Programa sobre Políticas de Drogas. The Beckley Foundation
- Jelsma, M. (2009) *Innovaciones Legislativas en Políticas de Drogas*. Iniciativa Latinoamericana sobre drogas y democracia. Transnational Institute
- Jelsma, M. (2011) *El desarrollo de la fiscalización internacional de estupefacientes. Lecciones del pasado y desafíos estratégicos para el futuro*. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 10. Transnational Institute – Washington Office for Latin America
- Kern, J., Gunja, F., Cox, A., Rosenbaum, M., Appel, J., y Verma, A. (2006) *Making Sense of Student Drug Testing. Why educators are saying no*. Santa Cruz, California. : The American Civil Liberties Union, The Drug Policy Alliance
- Larrauri, E. (1991) *La Herencia de la Criminología Crítica*. Madrid.: Siglo XXI Editores
- Leonard, L., De Rubeis, E., Birkett, N. (2006) *Safer Crack Use Initiative. Evaluation Report*. Canada. : City of Ottawa Public Health
- Machin, J. y Velasco, M. (2004) *Panorama de la reducción de daños relacionados con el uso de las drogas: recuento de dos encuentros internacionales*. LiberAddictus núm. 77.
- Machin, J. y Velasco, M. (2004) *Propuesta heurística hacia un modelo teórico de la reducción de daños asociados al consumo de drogas*. LiberAddictus núm. 77.

- Márkez, I. (1998) *Drogas y debates: ¿monopolio del discurso adictivo? A fin de no psiquiatrizar la dependencia*. En Araña, X. y Márkez, I. (coordinadores) *Los agentes sociales de ante las drogas*. Madrid. : Dykinson
- Melossi, D. (1990) *El Estado del control social*. México Siglo XXI Editores
- Metaal, P. y Youngers, C. (2010) *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Ámsterdam/Washington. : Transnational Institute – Washington Office for Latin America
- Nikken, P. (1994) *El concepto de Derechos Humanos* En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Serie Estudios en Derechos Humanos. Tomo I. San José, Costa Rica. : IIDH
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010) *Reducing adverse health and social consequences of drug abuse*. Viena. : ONUDD
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2008) *Principios para el tratamiento de la drogodependencia – Documento de discusión*. Viena. : ONUDD - OMS
- Organización de Estados Americanos (2012) *Reporte en el Problema de las Drogas en las Américas*. Términos de Referencia 2012-2013. : OEA
- Organización Mundial de la Salud (2008) *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorder*. France. : OMS
- Organización Mundial de la Salud (2009) *Report on the meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substance attributable harm and societal responses*. Valencia. : OMS
- Organización Mundial de la Salud - PATH (2007) *Investigando la violencia contra las mujeres*. Alianza Intercambios. Managua. : OMS-PATH.
- Organización Panamericana de la Salud (2008) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, vols.1, 2 y 3*. Washington, D.C.: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2010) *Estrategia sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C.: 50 Consejo Directivo.

- Organización Panamericana de la Salud (2011) *Plan de acción sobre el consumo de sustancia psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C.: 51 Consejo Directivo.
- Osimani, M., Latorre, L. Garibotto, G., Scarlatta, L., Chiparelli, H., Vidal, J. (2005) *VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay*. Revista Adicciones Vol. 17 No. 2 pags. 157-162
- Pacula, R., MacCoun, R., Reuter, P., Chiriqui, J., Kilmer, B., Harris, K., Paoli, L., Schaefer, C. (2004) *What does it mean to decriminalize marijuana? A cross-national empirical examination*. Center for the study of law and society. Jurisprudence and social policy program. UC Berkeley
- Palma, C. (2011) *Delito y sobrevivencia: las mujeres que ingresa a la cárcel del Buen Pastor en Costa Rica por tráfico de drogas*. Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 37: 245-270, 2011
- Pitch, T. (1988) *Que es control social*. En AAVV Curare e Punire. Problemi e innovazione in rapporto tra psichiatria e giustizia penale, Milan.: Edizioni Unicopoli
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1994) *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005) *Venciendo el Temor. (In)seguridad ciudadana y desarrollo humano en Costa Rica. Informe sobre Desarrollo Humano 2005*. San José, Costa Rica. : PNUD
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006) *Encuesta Nacional sobre Seguridad Ciudadana*. San José, C.R. : PNUD
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010) *Política integral y sostenible de seguridad ciudadana y promoción de la paz social*. San José, C.R. : PNUD
- Pons, X. (2008) *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. Revista Polis. Vol. 4, No. 2 p.p. 157-186.
- Remeteria, I. (2009) *La guerra de las drogas: Cien años de crueldad y fracasos sanitarios*. Revista Nueva Sociedad No.222 pp.
- Romaní, O. (2003) *Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado?* En: Bergalli, R (coordinador) Sistema penal y problemas sociales. pp. 429-450 Valencia. : Tirant Lo Blanch

- Romaní, O. (2004) *Las drogas. Sueños y razones*. 2da edición. Barcelona. : Editorial Ariel
- Room, R. & Reuter, P. (2102) *How well do international drug conventions protect public health?* The Lancet Vol. 379 pp.84-91
- Sánchez, G. (2009) *Personas con necesidad de atención: un indicador sobre la magnitud de la demanda de atención por consumo problemático de alcohol y drogas ilícitas en Costa Rica, 2006*. San José, CR. : Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación.
- Skager, R. (2005) *Beyond Zero Tolerance: A Reality-Based Approach to Drug Education and Student Assistance*. San Francisco. : Drug Policy Alliance.
- Soriano, R. (2010) 'A fondo': *Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas*. *TSnova*. 2010; 1(1): 23-32.
- Strathdee, S. y Stockman, J. (2010) *Epidemiology of HIV among Injecting and Non-injecting Drug Users: Current Trends and Implications for Interventions*. *Current HIV/AIDS Report* 7:99–106
- Street Health (2007) *The Crack Users Project: A Manual*. *Cracktitioner*. The crack user project. Toronto.
- Szasz, T. (1992) *Nuestro derecho a las drogas: El caso para un libre mercado*. España. : Editorial Anagrama S.A.
- Thoumi, F. (2009) *La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza*. *Revista Nueva Sociedad* No.222
- Thoumi, F. (2011) *Para avanzar en el debate mundial sobre las drogas: Carta abierta al presidente Santos*. *Revista digital Razón Pública*. Domingo, 20 de Noviembre de 2011 20:05.
- Grillo, M. y Long, S. (coordinación) (2010) *Desarrollo humano, seguridad ciudadana y el fenómeno de las drogas en Costa Rica*. En Urcuyo, C., Boza, G., Grillo, M. y Calderón, R. (compiladores) *Foro sobre desarrollo humano y seguridad ciudadana: Pro-puestas para la acción*. San José, C.R. : FLACSO
- Vega, A. (2004) *Terrorismo, Antiterrorismo y Derechos Humanos*. *Revista Doctrina*, Julio-Agosto 2004

- Yamaguchi, R., Johnston, L., O'Malley, P. (2003) *Relationship between student illicit drug use and school drug-testing policies*. Journal of School Health. Vol. 73, No.4. pp.159-164
- Zamudio, C. (2007) *Las redes del narcomenudeo: cómo se reproducen el consumo y el comercio de drogas ilícitas entre jóvenes de barrios marginados*. Tesis para optar por el grado de licenciado en Etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), México D.F.
- Zamudio, C. (2008) *¿Qué es el narcomenudeo?: Un acercamiento etnológico*. Revista LiberAddictus No. 103.
- Zamudio, C. y Castillo, L. (2012) *Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México*. México D.F. : Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas.
- Zuffa, G. (2011) *Cómo determinar el consumo personal en la legislación sobre drogas. La polémica de los umbrales a la luz de la experiencia italiana*. Serie de reforma legislativa en materia de drogas No.15. Transnational Institute – Washington Office for Latin America

ANEXOS

Línea del Tiempo: Políticas de drogas a nivel mundial, regional y nacional 1960 – 2012

