

Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada¹

Illicit Drug Consumption, ¿ Prohibition or Regulation?
Comparative Policy Analysis of the Colombian Case

La consommation de drogues illicites. Interdiction ou regulation?
L'analyse politique du cas colombien en perspective comparée.

Sara Sáenz Uribe²

Resumen

El Gobierno liderado por el presidente Álvaro Uribe acusa a la sentencia C-221/94, la cual despenalizó el consumo de la dosis personal, de ser la causa del aumento del consumo de drogas ilícitas en el país. No obstante, un análisis de política comparada de experiencias como las de Holanda y España, donde pese a la despenalización de la dosis personal el consumo se ha reducido, permite vislumbrar que este juicio es errado y que el Gobierno está olvidando un asunto fundamental: desde 2002 la despenalización en Colombia no ha sido acompañada por una política pública orientada a la demanda. La Política de Seguridad Democrática deja de lado la prevención y la regulación del consumo de drogas y sólo se centra en la disminución de la oferta mediante acciones orientadas a combatir la producción y el tráfico.

Palabras clave: estupefacientes, política sobre estupefacientes, demanda de drogas, legislación sobre drogas, estadísticas de drogas.

1 Artículo de investigación. Presenta las principales conclusiones de la investigación titulada *Consumo de Drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada*, desarrollada como tesis de grado para optar al título de politólogo de la Universidad EAFIT. Presentada en Medellín en junio de 2009.

2 Estudiante de ciencias políticas de la Universidad EAFIT. Correo electrónico: sarasaenzuribe@hotmail.com.

Este artículo fue recibido el día 5 de agosto de 2009 y aprobado por el Consejo Editorial en el Acta de Reunión Ordinaria No. 10 del 2 de diciembre de 2009.

Abstract

The Colombian government, headed by President Alvaro Uribe, blames sentence C-221/94, which allows the personal dose consumption, to be the cause of an increase of illicit drugs consumption in the country. However, a comparative policy analysis of the experiences of Holland and Spain, in which the personal dose consumption is allowed and the illegal drugs' consumption has been reduced remarkably, makes this statement questionable and even allows us to state that the Government is ignoring a very important fact: since 2002, in Colombia there has not existed a public policy oriented to the drug use. The Democratic Security Policy just oriented the Government efforts to decrease the offer.

Key words: narcotic drugs, drug policy, drug demand, drug legislation, drug statistics.

Résumé:

Le gouvernement dirigé par le Président Álvaro Uribe accuse l'arrêt C-221/94 rendu par la Cour Constitutionnelle Colombienne, qui a dépénalisé la dose personnelle, d'être la cause de l'augmentation de la consommation de drogues illicites dans les pays. Néanmoins, une analyse de politique comparée permet d'apercevoir des expériences comme celles des Pays Bas et L'Espagne, où malgré la dépénalisation de la dose personnelle la consommation a baissée, nous permet de visualiser que le jugement du gouvernement colombien est erroné et que de dernier a oublié un sujet fondamental: depuis l'année 2002, la dépénalisation en Colombie n'a pas été accompagné par une politique publique orientée a la demande. La Politique de Sécurité Démocratique laisse de côté la prévention et la régulation de la consommation de drogues et seulement se concentre dans la réduction de l'offre par les biais d'actions orientées à combattre la production et le trafic.

Mots-clés: stupéfiants, politique des stupéfiants, demande de stupéfiants, législation sur les stupéfiants, statistiques des stupéfiants.

Sumario

Introducción. 1. Colombia frente al consumo de estupefacientes: panorama general. 2. Políticas públicas y evaluación de impacto. 2.1. España: de la criminalización a un problema de salud pública. 2.2. Holanda: un problema de sanidad y salud pública. 2.3 Estados Unidos: política de tolerancia cero. 2.4. Argentina: de la prohibición de la dictadura al rechazo social. 2.5. Síntesis: análisis de política comparada. 3. análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada. Referencias.

Introducción

En 2008 se llevó a cabo un estudio epidemiológico en Colombia cuyos resultados estiman un aumento en el uso de estupefacientes. Esta situación ha reabierto el debate sobre el consumo de drogas en el país. El Gobierno acusa a la Sentencia C-221/94, la cual despenalizó la dosis personal³, de ser la causa del aumento y, por tanto, en el primer periodo legislativo del Congreso de la República del año 2009 presentó un Proyecto de Acto Legislativo que buscó prohibir el consumo de la dosis personal por medio de la reforma del artículo 49 de la Constitución. Esta iniciativa se materializó en diciembre del mismo año por medio del Acto Legislativo 02 de 2009 el cual prohíbe la tenencia y consumo de cualquier cantidad de estupefacientes⁴.

3 La dosis personal es “la cantidad de estupefaciente que una persona porta (...) para únicamente su propio consumo y no distribución o venta. Se considera dosis personal una cantidad de marihuana que no exceda de veinte gramos; de marihuana hachís que no exceda de cinco gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína que no exceda de un gramo, y de metacualona que no exceda de dos gramos”. Corte Constitucional. (2004). Sentencia C- 221. Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria. Bogotá.

4 Es importante anotar que si bien el Acto Legislativo 02 de 2009 no declara directamente la utilización del derecho penal para castigar el consumo de estupefacientes, al prohibir el porte y el consumo y al reconocer la obligación del Estado de inculcar valores para prevenir conductas que afecten la salud de las personas y, por ende, de la comunidad, genera la posibilidad de que en Colombia se establezca un desarrollo legislativo que penalice la tenencia o consumo de la dosis personal. Es decir, que si bien aún es incierto cómo se hará efectiva esta modificación constitucional, sí es claro que el nuevo artículo podría ser utilizado como una forma de restringir el libre desarrollo de la personalidad, argumentando que los límites de este concepto serían esos valores de conducta impuestos por el Estado para la protección de la salud de la comunidad. Además, los indicios de que se avanzará hacia la penalización crecen si se tiene en cuenta que la única manera en que la prohibición se puede volver efectiva es si se establecen ciertas consecuencias negativas, más allá de simples recomendaciones sin efectos vinculantes.

Sin embargo, analizar el discurso (Saéñz, 2009) permite identificar que los argumentos a los que recurrió el Gobierno para reforzar su planteamiento más que apelar a la evidencia empírica y científica para demostrar que la prohibición es la manera más eficaz de contrarrestar el consumo, se apoyaron en juicios morales, lo que no permite vislumbrar un panorama claro respecto a cuál es la manera más conveniente en que el país debe afrontar el problema del consumo de estupefacientes.

En vista de ello, este escrito busca contribuir al debate nacional por medio de un análisis de política comparada entre dos grupos de países que han adoptado políticas diferentes para enfrentar el consumo: por una parte, Estados Unidos y Argentina, quienes se han inclinado hacia una postura prohibicionista⁵ y han penalizado el consumo de drogas; y por otra, Holanda y España, los cuales han despenalizado el consumo y se inclinan por ver el fenómeno como un asunto de salud pública⁶, centrando así sus esfuerzos en la regulación del mismo. El fin que

5 La lectura que hacen del problema de las drogas parte de entender el consumo de estupefacientes no como una enfermedad sino como un fenómeno social que puede desaparecer definitivamente si el Estado, las familias y la comunidad le dan un trato adecuado. Para ello, se deberían tomar medidas en dos frentes fundamentales. El primero es la implementación de campañas educativas masivas que inculquen valores morales y éticos de cero tolerancia frente a la droga en la sociedad, con el fin de que ello conlleve a su rechazo social. Éstos consideran que la sociedad es un aspecto que pesa en las decisiones del individuo y, por tanto, aumentar una percepción ética y moral negativa de las drogas en la comunidad contribuiría a disminuir drásticamente el consumo. En segundo lugar, esa educación debería ir acompañada por acciones penales y de fiscalización que reducirían tanto la oferta y la demanda. Entre ellas, la rehabilitación obligatoria para los adictos; prisión para quien, una vez rehabilitado, recaiga en las drogas; la imposición de trabajo social y de altas multas a quienes consuman droga sólo por diversión; el fortalecimiento de las agencias responsables del mantenimiento del orden público para combatir la violencia vinculada al narcotráfico, entre otras.

6 Su lectura del problema parte de entender el consumo de drogas como una enfermedad. Partiendo de allí, dado que no niegan que el consumo de estupefacientes traiga problemas tanto para quien consume como para la sociedad, proponen que la mejor forma de afrontar esta realidad es entendiendo el problema como un asunto de salud pública y no de justicia penal. Es decir, que el consumo de estupefacientes se debe integrar de manera controlada a la sociedad mediante medidas de prevención y de asistencia a quienes, una vez adictos, no quieren o no pueden dejar de serlo. Por ello, proponen que los países pongan en marcha estrategias como: a) Reducción del Daño: se refiere a los programas que “tienen como objetivo mitigar los daños sociales, económicos y de salud pública asociados con las sustancias psicoactivas” (Metaal, 2008, p. 21). Consiste en el Estado debe crear las leyes, instituciones y regulaciones que permitan al adicto dejar de comprar las drogas en el mercado ilegal para convertirse en pacientes del sistema de salud y, de esa manera, regular los riesgos colaterales del consumo, mejorar

se persigue con ello es verificar la hipótesis del Gobierno según la cual la despenalización genera un aumento en el consumo de drogas, alejándose de la retórica ética y moral del asunto y más bien respondiendo a tal cuestión apelando a la práctica, a experiencias reales que evidencian la eficacia o no de tales medidas para la disminución del consumo.

Para el logro de este objetivo, el texto tendrá la siguiente estructura: primero, se presentará un panorama general de cómo ha sido abordado el problema del consumo de estupefacientes en Colombia; luego, se describirán las políticas públicas de estupefacientes vigentes en los países antes mencionados; y, por medio de un análisis de indicadores que dan cuenta directa o indirectamente del uso de drogas, se presenta una evaluación de impacto de las políticas públicas con el fin demostrar los principales logros, fracasos y riesgos de estas estrategias. Estos indicadores son la estimación de: el consumo problemático de drogas; el número de presos por porte de estupefaciente para su consumo; los nuevos casos de contagio de enfermedades transmitidas por el consumo de drogas inyectables; la morbilidad y el número de pacientes que llegan a urgencias producto del consumo de estupefacientes. Posteriormente, mediante un análisis de política comparada, se determina cuáles políticas son más eficaces en la disminución del consumo de drogas y de las consecuencias que se desprenden del mismo. Y por último, se presenta una propuesta que busca retroalimentar el debate en torno a si la mejor manera de disminuir el consumo es prohibirlo o regularlo.

1. Colombia frente al consumo de estupefacientes: panorama general

El tema de las drogas en Colombia es y ha sido bastante complejo de abordar. En primer lugar, porque al ser un país en desarrollo se ubica en un marco de dependen-

las condiciones de vida del adicto y permitirle que mantenga lasos con la sociedad. Entre las acciones previstas por esta estrategia están las salas de consumo supervisado; la vacunación contra el tétano, la hepatitis B y la quimioprofilaxis antituberculosa; los programas de intercambio de jeringas, asistencia sociolaboral y los servicios de salud general y mental. b) Estrategia de información masiva: consiste en implementar campañas de información basadas no en argumentos morales, sino en pruebas científicas y en testimonios de adictos que le ayuden a comprender a los ciudadanos los peligros del consumo. c) La lucha internacional contra el crimen organizado que se desprende el negocio del narcotráfico.

cia de los países del primer mundo, como los Estados Unidos. De allí que el país no haya delineado sus propias políticas de desarrollo y de transformación política. En segundo lugar, porque ningún país en el mundo ha sufrido como Colombia los altos costos de la guerra internacional contra las drogas. Los atentados terroristas, la muerte de compatriotas, la corrupción, el desempleo y las cientos de hectáreas productivas y de ecosistemas que han sido arrasados por las fumigaciones, etc., son el reflejo de un combate que no es nuestro, pero del cual somos las principales víctimas. Por último, porque las concepciones religiosas y los intereses políticos han incidido en la actividad legislativa sobre estupefacientes, por lo que ésta no ha tenido la objetividad y la evolución necesaria para contrarrestar el consumo ni sus consecuencias, y simplemente la ley se ha convertido en instrumento represor.

Recurriendo a la historia, el consumo de drogas como la coca, el yagé y la chicha estuvo vinculado a las tradiciones de las culturas indígenas asentadas en el territorio colombiano, las cuales le atribuían a éstas una serie de atributos míticos. Sin embargo, a medida que las relaciones del país con el exterior incrementaron, las medidas prohibicionistas también lo hicieron. Durante la colonización y los siglos posteriores hubo un desarrollo jurídico extenso para reglamentar el consumo; no obstante, estas regulaciones no declararon implicaciones represivas a nivel individual. Fue en el siglo XX, impulsado por la presión internacional⁷, cuando el país comenzó a generar una legislación más dura contra el consumidor. Por ejemplo, el *Estatuto de estupefacientes* (Ley 30 de 1986), por medio de los artículos 51 y 87, impuso a quien consumiera drogas, además de multas, penas de hasta treinta días de prisión si se era sorprendido por primera vez, y hasta de un año, siempre

7 En el siglo XX, impulsada por la presión norteamericana, se inicia un proceso ascendente hacia una mayor prohibición y penalización de consumo de drogas a nivel internacional. En 1912, debido al aumento de comercio exterior de opiáceos (drogas derivadas del opio) con fines no terapéuticos, la primera *Convención de La Haya* y posteriormente los tratados negociados en el periodo de la Liga de las Naciones, regularon el comercio de los mismos. Posteriormente, *La Convención de 1936* convirtió por primera vez ciertos delitos de drogas en delitos internacionales. *La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961*, unificó y reemplazó los diferentes tratados multilaterales negociados durante la primera mitad de siglo XX y limitó exclusivamente a fines médicos y científicos el uso de varias sustancias psicoactivas, así como pretendió eliminar gradualmente el uso no médico del opio en un período de 15 años y de la coca y el cannabis en 25 años. Una década después, en respuesta a la diversificación del consumo de drogas, la *Convención de 1961* fue complementada con el *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas* que introdujo controles en el uso de anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas y sustancias sicodélicas. De esta manera, estas dos convenciones “se constituyen en la piedra angular de la camisa de fuerza del control mundial de drogas establecida por la ONU bajo fuerte influencia estadounidense” (TNI, 2008, p. 8).

que el nuevo hecho se realizase dentro de los doce meses siguientes. Así mismo, estableció que el usuario que de acuerdo con dictamen médico se encontrara en estado de drogadicción sería internado en un establecimiento psiquiátrico por el término necesario para su recuperación.

Sin embargo, en contra de este pasado prohibicionista, en 1994 la Corte Constitucional profirió un fallo histórico. Dando respuesta a la pregunta ¿encuentran respaldo en la nueva Constitución las sanciones penales por el consumo de drogas? declaró inexecutable los artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986, despenalizando, así, el consumo de la dosis personal. Esta decisión fue argumentada indicando que, dado que Colombia es un Estado liberal y en virtud de ello el Estado no puede decidir por el individuo qué es lo provechoso o lo nocivo para su desarrollo, el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad establecido por la Constitución en el artículo 49 es simplemente un deseo de la constituyente y no un deber jurídico “(...) susceptible de plasmarse en la tipificación de una conducta penal” (Corte Constitucional. (1994). Sentencia C- 221. Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria. Bogotá). Por ende, la Corte señaló que la única vía adecuada para disminuir el consumo y además compatible con los principios que el Estado colombiano se ha comprometido a respetar y a promover, consiste en brindar a los ciudadanos las posibilidades de educarse para que así cada cual elija libremente qué es correcto o no para su vida.

Desde que se expidió la Sentencia, ésta ha sido bastante controvertida y en varias oportunidades se ha intentado revertir la decisión de la Corte. No obstante, a partir de 2002, cuando Álvaro Uribe llegó a la presidencia, estas acciones se han intensificado dadas sus intenciones explícitas de prohibir la dosis personal: el 23 de octubre del 2003, mediante el punto 16 del Referendo, el Presidente intentó sancionar la dosis personal so pretexto de garantizar los derechos individuales y colectivos, especialmente de los niños y adolescentes. Posteriormente, el senador Carlos Moreno de Caro presentó el Proyecto de Ley 264 de 2006, el cual buscó castigar el porte y/o consumo de la dosis personal mediante 30 ó 60 días de trabajo social comunitario. Finalmente, el Proyecto de Acto Legislativo 22 de 2007 del Senado, presentado por el exministro del interior y de justicia Carlos Holguín Sardi, intentó modificar el artículo 49 de la Constitución, mediante un inciso que proclamaba el derecho para establecer sanciones no privativas de la libertad al porte y al consumo en lugares públicos de estupefacientes.

Dado que estos intentos no fueron exitosos, por medio de un Proyecto de Acto Legislativo presentado en el primer periodo legislativo de 2009, el Presidente volvió a buscar la prohibición de la dosis personal mediante la adición de un inciso al artículo 49 de la Constitución. A diferencia de los anteriores, este intento sí logro su fin, ratificándose en diciembre de 2009 el Acto Legislativo 02 de 2009 el cual declara que:

El porte y el consumo de sustancias estupefacentes o psicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacentes y a favor de la recuperación de los adictos.

Como se puede notar en las publicaciones de la Secretaría de Prensa de la Presidencia (2009), los argumentos principales a los que recurrió para legitimar este proyecto fueron:

- La despenalización ha incrementado el consumo de drogas por lo que Colombia ha pasado de ser un país productor a uno productor y consumidor.
- Es ilógico consolidar una guerra contra las drogas si se castiga toda la cadena del narcotráfico con excepción del consumo. Existe un desequilibrio cuando se hace un esfuerzo por combatir los cultivos y el tráfico y hay permisividad frente al consumo.
- La sentencia olvidó que los mismos narcoterroristas se esconden bajo el escudo de dosis mínimas para evitar ser judicializados. Por tanto, si se quiere acabar con el narcoterrorismo es necesario acabar con la fuente de sus ingresos.
- Debido a leyes laxas respecto al consumo de droga, se ha incrementado el narcoturismo, lo cual desacredita al país a nivel mundial.
- El consumo afecta a las familias ya que, al no encontrar respaldo legal, éstos no tienen la posibilidad de someter al adicto a un tratamiento contra su

voluntad. Además, corrompe a los niños y jóvenes porque los va vinculando a la distribución que bajo el escudo de la dosis personal no es penalizable.

Estos argumentos evidencian que el discurso en el que se apoyó el Gobierno para legitimar su propuesta se basa en presupuestos morales y éticos de la población colombiana. La manera como se puso en escena el discurso político partió de un mundo dividido en dos: por un lado, los consumidores de drogas, lo cuales financian el terrorismo; destruyen familias y ecosistemas; son criminales potenciales (ya que los adictos acuden al crimen para financiar su vicio) y son quienes desacreditan todos los esfuerzos que el país está haciendo para mejorar su situación tras décadas de violencia. Y por otro lado, están las personas “de bien”, no consumidoras, sobre quienes recae todo el mal que se desprende del consumo de estupefacientes y por los que el Estado tiene la obligación de emplear su capacidad coercitiva para devolverles el bienestar y así evitar un futuro lleno de violencia y desgracia.

2. Políticas públicas y evaluación de impacto

2.1. España: de la criminalización a un problema de salud pública

España ha sufrido durante los últimos 10 años un proceso de transformación de sus políticas públicas orientadas a contrarrestar el consumo interno de drogas. Durante las décadas de los ochenta y noventa las políticas fueron orientadas a la prohibición del consumo. Sin embargo, dado que el número de usuarios, de muertes por sobredosis y de infecciones de sida por drogas inyectadas incrementaron considerablemente durante esas décadas, en 2000 se materializó una política pública que cambió el enfoque de acción: se considera el consumo un asunto de salud pública. Esta forma de visualizar el problema ha traído importantes consecuencias, ya que, según las estadísticas del *Observatorio Español sobre Drogas* (2007), el consumo, por primera vez desde los años 70, se ha estabilizado e incluso en algunas áreas se ha reducido.

Periodo 1980 – 1998

Según investigaciones de *la Associació Lliure Prohibicionista* (2002), el consumo a gran escala de drogas en España comienza en la década de los 70. La respuesta que se le dio a este fenómeno fue la criminalización del consumo. Por ejemplo, en 1973

se introduce en el *Código Penal* el Art. 344 que castiga el uso y tráfico de algunas drogas. Ese mismo año también se elimina el carnet de “extradosis” con el cual los adictos de opiáceos podían acceder a dosis de morfina en las farmacias.

En 1975, después de la muerte del General Franco, se crean una serie de redes clandestinas de tráfico de drogas vinculadas a grupos sociales marginados. Ello conlleva a que de 1975 a 1980 se magnifique la “guerra contra las drogas”, lo cual tuvo grandes efectos en la disminución de la oferta pero no de la demanda por lo que se hicieron usuales los atracos a farmacias para proveerse de derivados opiáceos.

La criminalización del consumidor tuvo un corto revés durante la década de los 80, debido al triunfo del Partido Social Obrero Español en 1982. Por ejemplo, en 1985 se aprueba el *Plan Nacional contra la Droga* buscando reorientar la estrategia hacia una doble óptica: represiva y terapéutica. Sin embargo, las repercusiones de estas reformas fueron insignificantes pues los grupos de derecha se opusieron rápidamente. En 1988 se aprueba una contrarreforma al Código Penal y en 1992 la ley orgánica 1/92, denominada la *Ley Corcuera*, endureciendo así las penas contra el consumo y tráfico. Por ejemplo, esta última, en el artículo 25, establece que constituyen graves infracciones contra la seguridad ciudadana “el consumo (...), así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico, de (...) sustancias psicotrópicas (...). Las sanciones impuestas (...) podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro acreditado, en la forma y por el tiempo que se determine” (Ley Orgánica 1/1992).

A pesar de esta numerosa legislación, ésta fue insuficiente pues tanto el consumo como sus consecuencias incrementaron sus cifras a niveles nunca antes vistos (ver Tabla 1).

Periodo 1998- 2009

A finales de los 90, dado el manifiesto fracaso de la represión para lograr una sociedad libre de drogadictos, se abandona la idea de droga como sinónimo de vicio y crimen para pasar a identificarse con la noción de enfermedad. En medio de este contexto llega el 2000, año en que se despenaliza la dosis personal y se pone en marcha la *Estrategia Nacional sobre Drogas* la cual busca abordar el problema desde el ámbito de la salud pública. El objetivo de este plan es reducir la

Tabla 1: Consumo de drogas en España 1987-1990

Variable	1987	1988	1989	1990
Personas tratadas por abuso o dependencia de opioides y cocaína	10.338	16.4811	18.823	25. 118
Mortalidad por reacción aguda en 6 ciudades españolas. Tasa por 100.000 habitantes (Barcelona, Madrid, Valencia, Zaragoza, Sevilla, Bilbao)	3.3	4.7	6.4	6.4
Casos de Sida relacionados con consumo de drogas	617	1.404	1.797	1.818

Fuente: Construcción propia a partir de estadísticas disponibles en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991)

demanda por medio de dos estrategias fundamentales (Ministerio del Interior de España, 2000):

- **Prevención:** se busca lograr una mayor sensibilización de la población en riesgo, mediante información, de tipo empírico y no moral, sobre los peligros del consumo de sustancias capaces de generar dependencia. Ello porque la adicción de estupefacientes sólo es viable enfrentarla desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva; desde un cambio en las actitudes y comportamientos individuales y sociales.
- **Reducción del daño:** los usos problemáticos de drogas que son inevitables, generan daños a la población consumidora, a terceros y a la sociedad. Por ello, es fundamental “la implementación de intervenciones dirigidas a disminuir los daños ocasionados por estos consumos” (Ministerio del Interior de España, 2000, p. 53). Entre las acciones que contempla la reducción del daño están la vacunación contra el tétano, la hepatitis B y la quimioprofilaxis antituberculosa; programas de intercambio de jeringas; servicios de salud; asistencia sociolaboral y familiar y la distribución de kits antisida.

En 2007, *El Observatorio Español sobre Drogas* evaluó el desempeño del *Plan Nacional sobre Drogas* llegando a las siguientes conclusiones (ver Tabla 2).

En síntesis, las conclusiones más destacadas del estudio de la OED sobre la evolución del consumo en España son que ha disminuido progresivamente el número

Tabla 2: Evaluación de la política española de drogas.

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable o en descenso	Cocaína: entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la prevalencia anual de consumo de 7,2% en 2004 a 4,1% en 2006 (OED, 2007, p.11). Cannabis: la prevalencia anual de consumo en la población de 15-64 años ha pasado de "11,3% en 2003 a 11,2% en 2005 y (...) entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006" (OED, 2007, p. 12). Alucinógenos: ha disminuido la prevalencia anual del consumo en la población de 15-64 años de 0,8% en 1995 a de 0,7% en 2005, y en los estudiantes de 14-18 años de 4,4% en 1994 a 2,8% en 2006 (OED, 2007, p.12).
Muertes por sobredosis	En descenso	Las muertes relacionadas con consumo de drogas ilegales aumentaron considerablemente entre 1983 y 1992, pasando de 266 a aproximadamente 1.800 muertes anuales. A partir de entonces, las muertes empezaron a disminuir, estimándose 796 muertes para 2004. Por ejemplo, en el caso de la heroína, el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opio en seis grandes ciudades pasó de 544 en 1992 a 183 en 2004 (OED, 2007, p. 10). En el estudio consideran que la política de reducción del daño ha sido esencial para lograr esta disminución (OED, 2008, p.14).
Enfermedades transmitidas por drogas inyectables	En descenso	El SIDA está en descenso. El número de nuevos diagnósticos de VIH por drogas inyectables, en un grupo de 8 comunidades autónomas, pasó de 218 en 2003 a 111 en 2006.
Presos	Estable o en descenso	La Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en instituciones penitenciarias, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2006 evidenció que un alto porcentaje de los reclusos tienen problemas de drogodependencia. De hecho, la mayoría, antes de su ingreso en prisión, consumían drogas en una proporción mucho más elevada que el resto de la población general. Por ejemplo, el 42% de los reclusos (26.000 personas) habían consumido heroína alguna vez en la vida (frente al 0,9% de la población general) y el 60% (36.000 personas) cocaína, frente al 6% del resto de la población. El mismo panorama ocurre con otras drogas como el cannabis, las anfetaminas o el éxtasis. Sin embargo, el estudio también evidencia que durante su estancia en prisión, los reclusos consumen menos drogas y cambian su patrón de consumo. En consecuencia, al comparar los datos de esta encuesta con el estudio realizado en el año 2000, se observa una disminución de la proporción de consumidores de heroína (de 31,4% en 2000 a un 19,3% en 2006), de éxtasis (6,8% frente a 4,8%) y de alucinógenos (4,4% frente a 2,4%); y por el contrario, ha aumentado el consumo de alcohol de 43% a 61,7%.
Urgencias por sobredosis	En descenso	Por ejemplo, en el caso de la heroína la proporción de urgencias pasó de 61,5% en 1996 a 40,5% en 2000 y 24,2% en 2004 (OED, 2008: 10).

de consumidores de drogas inyectadas; ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales; ha disminuido progresivamente el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población; y se ha estabilizado, e incluso, en algunos casos ha comenzado a decender, el consumo de estupefacientes tras muchos años de aumento.

2.2. Holanda: un problema de sanidad y salud pública

Hasta mediados de la década de los 60, el consumo de estupefacientes en los países bajos se limitaba a un grupo pequeño de inmigrantes chinos que consumían opio y marihuana. Sin embargo, en 1966 empezó a crecer el consumo de productos de cannabis y posteriormente, en 1972, de heroína, convirtiéndose rápidamente en una situación socialmente problemática. Frente a esto, el Estado holandés respondió con legislación que penalizaba drásticamente el consumo. No obstante, dado que mientras estuvo vigente esta legislación el número de adictos aumentó, el primero de noviembre de 1976 el consumo de drogas se empieza a entender como un problema de sanidad y salud pública, por lo que la dosis personal se despenaliza y la política holandesa de estupefacientes se centra en educar para evitar al consumo y en limitar los riesgos que lleva la droga para quien la consume, para su entorno y la sociedad.

Este cambio de enfoque lo hace por medio de una diferenciación entre a) drogas duras (*hard drugs*): sustancias que conllevan un riesgo inaceptable para la salud, a saber, la heroína, la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas; b) drogas blandas (*soft drugs*): sustancias que causan menos problemas para la salud, a saber, el hachis y la marihuana. El objeto de esta distinción es darle un trato diferente a estos estupefacientes para reducir el riesgo que los consumidores de sustancias blandas se conviertan en adictos de sustancias fuertes. La lógica bajo la cual opera este modelo es que un consumidor de cannabis que compra el producto a un traficante tiene más posibilidades de entrar en contacto con las drogas duras. Por tanto, al separar el comercio de drogas duras y blandas, puede protegerse a los consumidores de cannabis de formas de consumo más dañinas desde el punto de vista sanitario.

Así, en virtud de esta distinción, la tenencia de cannabis para consumo propio (hasta 30 gramos) no se considera delito sino falta. Su venta es permitida sólo en lugares específicos llamados *coffeeshops*, los cuales operan bajo condiciones estrictas:

“a) no se permite vender cantidades mayores de 5 gramos por día y persona. b) No se permite vender drogas duras. c) No se permite hacer publicidad para las drogas. d) No se permite causar molestias a la vecindad. e) No se permite vender drogas a menores de edad ni su entrada a los *coffeeshops*” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2008, p.13).

Por su parte, contra el consumo de drogas duras no existe la detención preventiva, ni la prisión provisional, ni ninguna investigación dirigida. *La Política de Estupefacientes* de 1976 consideró que el consumo de drogas duras, al ser una enfermedad, “no se puede solucionar y por ello hay que aprender a vivir con este problema, integrándolo [de manera controlada] a la sociedad” (Vervaele & Rood, 1993, p.361), mediante disposiciones de prevención y asistencia no penales. En este sentido, esta política acepta que el Estado no sólo debe intervenir para que los individuos no consuman, sino que también debe tener un papel activo en la asistencia a quienes, una vez adictos, no quieren dejar de serlo, por medio de programas como la vacunación contra la Hepatitis B, la distribución de preservativos, el cambio de jeringas nuevas por usadas y el suministro, entre los adictos a sustancias inyectables, de metadona (opiáceo sintético que, a diferencia de la heroína, se ingiere por vía oral y su efecto es de 24 horas).

En este sentido, se puede notar que la política de estupefacientes de los países bajos se basa en la normalización, es decir, en la medida de lo posible tratar al consumidor como miembro de la sociedad, quien detenta plenamente sus derechos, obligaciones y responsabilidades, tal como los demás. Ello con el fin de acabar con los estigmas existentes alrededor del consumo y así los adictos puedan encontrar un espacio en la sociedad.

Después de treinta años, el estudio *Netherlands Institute of Mental Health and Addiction* presentado en 2009 por *Trimbos Institute* evidenció (ver tabla 3):

Además, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Holanda y organizaciones como The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (*ESPAD*) y *Trimbos Institute* realizaron comparativos entre Holanda y otros países, en los cuales demostraron que:

- Holanda tiene un bajo porcentaje de usuarios problemáticos de drogas duras en comparación con otros países europeos. Mientras que Reino Unido, Italia,

Tabla 3: Evaluación de la política holandesa de drogas

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable o en disminución	Entre 2001 y el 2005, en la población entre 15 y 64 años, el consumo de cannabis estuvo constante en 3.3%, lo que equivale al 363.000 usuarios. El porcentaje de consumidores esporádicos de cocaína también estuvo estable en el 0,3% o 32.000 personas y el de éxtasis en 0.4% o 40.000 usuarios.
Muertes por sobredosis	En descenso	El número de muertes por sobredosis de drogas pasó de 144 en el 2002 a 112 en 2006.
Enfermedades transmitidas por drogas inyectables	En descenso	Antes de 1996 el 62% de los consumidores de drogas por vía intravenosa estaban infectados de SIDA. Sin embargo, esta cifra desde 1998 está en descenso y hoy se ubica en el 16%. En 2006, el consumo de drogas por vía intravenosa en Holanda fue la causa de 8 de los 871 nuevos casos de SIDA.
Presos	Aumento	En el 2004 se elevó un 15% adicional con respecto al 2003 la cifra de investigaciones judiciales relacionadas con consumo de opio. Así mismo, aumentó en 1696 nuevos casos las investigaciones relacionadas con drogas blandas y en 650 investigaciones más de drogas Fuertes.
Urgencias por sobredosis	En disminución	En 2004, el Registro del Hospital Holandés (LMR) contabilizó casi 1,7 millones de admisiones clínicas en los hospitales generales. El consumo de drogas fue la causa de sólo 447 casos como el diagnóstico primario y de 2.061 casos, como un diagnóstico secundario (Trimbos Institute, 2005, p. 41).

Portugal, Dinamarca, España, Finlandia, Austria e Irlanda el porcentaje de usuarios es superior al 5% de la población total entre 15 y 65 años, el de Holanda se ubica en el 3,1 %. (Ministerio de Relaciones Internacionales, 2008, p. 27)

- El consumo de drogas duras y blandas es superior en los EE.UU. que en Holanda. Según el *Ministerio de Relaciones Internacionales de Holanda* (2008), en 2005 mientras el 23% de la población holandesa había consumido alguna vez cannabis, en los EE.UU. este porcentaje ascendía al 40%. Mientras que en Holanda un 3,4 % había probado la cocaína, en EE.UU. 13,8% lo había hecho. Y mientras que el porcentaje de los que han consumido alguna vez anfetaminas era del 2,1 % en Holanda, en los EE. UU era del 7,8 % (ver tabla 4).
- Según las cifras del *estudio Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* (ESPAD, 2004), un 20% de los holandeses entre

Tabla 4: Estimación del consumo en Holanda versus EE.UU.

	Probado alguna vez		Consumido durante el último mes	
	EE.UU. 12 años o más	Holanda (15-64)	EE.UU. 12 años o más	Holanda 15- 64
Tabaco	70,8	61,6	29,4	26,9
Alcohol	82,9	n/a	51,8	77,9
Cannabis	40,1	22,6	6,0	3,0
Cocaína	13,8	3,4	1,0	0,3
Éxtasis	4,7	4,3	0,2	0,4

Fuente: Ministerio de Relaciones internacionales, 2008, p. 22

15 y 16 años declaró haber consumido cannabis alguna vez, mientras que esa cifra ascendía en Irlanda a 39%, en Francia a 38%, en Reino Unido a 38% y los EE.UU. a 36%. Respecto al consumo en el último mes, el 13% los escolares holandeses habían consumido cannabis, en Francia el 22%; en Reino Unido el 20% y en Irlanda, Bélgica y los EE.UU. el 17%.

- El número de muertes inducidas por consumo de drogas es mucho menor en Holanda que en otros países europeos. Por ejemplo, mientras que en el año 2000 por esta causa murieron 2.030 personas en Alemania, 1.016 en Italia, 310 en Polonia, 318 en Portugal y 360 en Noruega, en Holanda murieron 131. Lo mismo ocurrió en el año 2005. Mientras que en Alemania murieron 1.326 personas, en Italia 652, en Polonia 290, en Portugal 219 y en Noruega 163, en Holanda la cifra fue de 112.

A pesar de estos avances importantes en la disminución del consumo y sus efectos colaterales, la política de estupefacientes holandesa ha generado 2 externalidades negativas que son un reto para el Gobierno holandés hoy. En primer lugar, el mercado holandés de drogas ha ejercido una fuerza de atracción sobre consumidores de los países vecinos generando un narcoturismo. Por ejemplo, “de las 64 personas que murieron en 1987 por abusos de drogas, 17 eran holandeses, 22 alemanes, 7 italianos, 2 franceses y 3 surinameses y 13 de otros países” (Vervaele & Rood, 1993, p.351).

En segundo lugar, en los últimos años se han incrementado los actos criminales e ilegales ejecutados por consumidores de droga holandeses y extranjeros lo cual viene causando molestias sociales. Según *The Netherlands National Drug Monitor. Annual Report* (Trimbos Institute, 2005, p. 135), desde el 2004 se ha generado un aumento significativo en los actos delictivos bajo los efectos de las drogas, especialmente de las blandas, lo que se ha traducido en un aumento de las investigaciones judiciales. Por ejemplo, la cifra de investigaciones relacionadas con drogas blandas fue de 3.577 en 1999, de 5.228 en 2002 y de 8.460 en 2004. Igualmente, el número de investigaciones relacionadas con drogas duras aumentó de 6.630 en 1999 a 9.365 en 2002 y a 11.387 en el 2004.

2.3 Estados Unidos: política de tolerancia cero

El problema de las drogas en los EE.UU surge a mediados del siglo XIX. Siguiendo a Pablo Villatoro (1995), si bien la droga fue introducida en ese país por sus efectos médicos, desde sus inicios estuvo relacionada con clases bajas y a juicios morales negativos por parte de las élites debido al uso que de esta hacían algunas minorías de inmigrantes. A pesar de ello, hasta el siglo XX Estados Unidos no generó ninguna legislación federal antidrogas. Fue a partir de 1912, cuando se ratificó la *Convención Internacional del Opio* y se forjó un acuerdo político internacional liderado por EE.UU. para restringir la producción, venta y utilización de determinados fármacos, lo que dio vía libre a EE.UU. para que en 1914 se promulgara la primera ley contra el consumo de estupefacientes: *Harrison Narcotics Act*.

Posteriormente, en la década de los 80, el prohibicionismo se reforzó aún más. Debido al aumento significativo en el consumo, el asunto de las drogas comenzó a ser percibido como un problema de seguridad nacional y en respuesta a ello se aprobaron leyes que endurecieron la lógica prohibicionista. Por ejemplo el 27 de octubre de 1986 el Congreso aprobó la *Ley Contra el Abuso de Drogas* la cual establece una serie de disposiciones orientadas a la oferta y demanda.

Sin embargo, a pesar del aumento en la legislación represiva y que el presupuesto de la lucha contra las drogas aumentó a 52.000 millones de dólares en 1988, el consumo de estupefacientes llegó a niveles nunca antes vistos. Por ejemplo, entre 1990 y 1995 las emergencias vinculadas con el uso de sustancias psicoactivas

se incrementaron en un 124 %. Entre ellas vale resaltar el número de episodios vinculados a la metanfetamina, el cual incrementó entre 1991 y 1994 de 5.000 a cerca de 8.000 casos; y a la heroína, cifras que ascendieron de 34.000 en 1990 a 76.023 en 1995 (National Criminal Justice Reference Service, 1997).

En consecuencia, en la década de los 90, con el presidente Clinton, empezó a generarse un debate en círculos académicos acerca de la viabilidad de las políticas de prohibición. Este debate tuvo efectos políticos los cuales se vieron reflejados en 1997 con el lanzamiento de *la Estrategia de Drogas* la cual prometió ser una nueva manera de afrontar el problema existente. No obstante, ese cambio fue insignificante ya que el énfasis siguió estando en la fiscalización y en la represión.

Cuadro 1: Objetivos de la política estadounidense de drogas.

La Estrategia de Drogas de 1997 está orientada a disminuir el consumo por medio del cumplimiento de los siguientes objetivos (National Criminal Justice Reference Service):

1. Educar a los padres de familia, maestros, profesionales de la salud, líderes comunales y empresarios para que ayuden a los jóvenes a rechazar el consumo de drogas y para que los estimulen a llevar estilos de vidas positivos y sanos.
2. Promover políticas y programas dirigidos a los jóvenes de cero tolerancia con respecto al uso de drogas ilícitas en la familia, la escuela, el sitio de trabajo y la comunidad. Utilizar los medios de comunicación, la industria del entretenimiento y las organizaciones de deportes profesionales para consolidar una imagen negativa de éstas.
3. Aumentar la efectividad de las agencias responsables del mantenimiento del orden público para combatir el narcotráfico y la violencia vinculada a este delito.
4. Desarrollar, refinar, y poner en marcha programas de rehabilitación efectivos en todas las etapas del sistema de justicia criminal.

Si se analizan los objetivos de esta política, presentados en el cuadro 1, es posible extraer de estas estrategias las siguientes características: primero, el plan de estupefacientes norteamericano sigue una lógica según la cual el consumo es un fenómeno social que puede desaparecer definitivamente si el Estado, las familias y la comunidad le dan un trato adecuado. Considera que la interacción social es un aspecto que influencia las decisiones del individuo y que, por tanto, aumentar una percepción ética y moral en la comunidad contribuiría a disminuir el consumo.

En razón de lo anterior, también se puede notar como criminaliza al consumidor pues lo considera como un ser humano vago, limitado, improductivo, no

exitoso e íntimamente ligado con el crimen y los delitos: “todos nosotros debemos reconocer que el uso de drogas limita el potencial humano. (...) Debemos ayudarles a liberarse de las drogas para que puedan disfrutar la vida plenamente y sean productivos” (National Criminal Justice Reference Service, 1997, apartado III Metas y Objetivos Estratégicos, párrafo 4).

Así mismo, esta estrategia considera que el consumo en su país es desatado en gran parte de la oferta existente a nivel internacional: “La historia demuestra que a medida que hay abundancia de drogas se incrementa su uso. Por el contrario, en cuanto menor es la disponibilidad de drogas menos personas las usan” (National Criminal Justice Reference Service: 1997, apartado III Metas y Objetivos Estratégicos, párrafo 6). Así, proponen como eje fundamental de acción una política militar en el exterior que se apoye en una serie de tratados internacionales que le permitan legalmente realizar los operativos militares y de inteligencia fuera de sus fronteras.

Trascurridos 12 años de aplicación de esta estrategia, las evaluaciones de impacto de esta política señalan que (ver Tabla 5)⁸:

Aunque el consumo parece estabilizado, este panorama permite evidenciar que el horizonte es desfavorable. A pesar de ser el país que más dinero gasta en la lucha antidroga, continúa siendo el mayor consumidor de drogas a nivel mundial⁹ y no ha logrado una disminución en el consumo de ninguna de las drogas ni de sus efectos colaterales. Además, el único avance que el gobierno estadounidense

8 Es importante resaltar que para identificar el impacto de la política de Estados Unidos, fue necesario recurrir a la ONU y a otras organizaciones debido a la poca información oficial existente. Únicamente las cifras oficiales resaltan la disminución en el consumo de adolescentes.

9 Los estadounidenses continúan liderando el consumo mundial. Según el estudio *Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys* (2008), el 42,4% de los adultos informó haber consumido cannabis por lo menos una vez, seguido de Nueva Zelanda con 41,9%, Holanda (19,8%), Francia (19,0%), Alemania (17,5%) y España (15,0%). Así mismo, EE.UU. sigue siendo el mayor mercado de cocaína del mundo (con el 3% de la población de 15 a 64 años de edad), lo que representa más del 40% de consumidores de cocaína de todo el mundo. El 16,2% de los estadounidenses había probado cocaína por lo menos una vez en la vida, porcentaje que triplica el de los demás países sondeados. En Colombia, México, España y Nueva Zelanda los índices de consumo se estiman entre el 4% y el 5% y en Bélgica, Alemania, Francia, Italia y Holanda entre el 1% y el 2%.

Tabla 5: Evaluación de la política estadounidense de drogas.

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable	<p>Según la ONU (2008):</p> <ul style="list-style-type: none"> -El número de consumidores de cannabis aumentó de 17.755.000 en 1995 a 25.755.000 en 2002, es decir un 31%. Posteriormente, en el 2004, dado que entre 1997 a 2005 el consumo entre los estudiantes de enseñanza superior descendió un 20% aproximadamente, la prevalencia anual entre la población en general se estabilizó. -El consumo de cocaína, el mercado de los EE.UU. parece mantenerse estable. Tras aumentar en la primera mitad del decenio de 1990, disminuyó más del 20% entre los estudiantes de enseñanza superior de los Estados Unidos de 1999 a 2005, por lo que en el 2005, las tasas de consumo de cocaína se mantuvieron estables en los adolescentes. -Cerca de 600,000 personas son adictas a la heroína en los EE.UU., lo que señala que después de haber incrementado el número de consumidores desde 1970, se ha estabilizado.
Muertes por sobredosis	En aumento	<p>El Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. (2007) señala que cada día mueren más de 50 personas por sobredosis de drogas no intencionales; cifra que ha aumentado drásticamente desde 1999 pues durante este año se registraron unas 11 mil muertes, mientras que en 2004, esta cifra saltó a cerca de 20.000. Sin embargo, la Organización Drogas y Democracia advierte que esas cifras sólo revelan parcialmente la realidad ya que únicamente tienen en cuenta aquellas personas que murieron por causas graves relacionadas con las drogas, y no incluye a quienes mueren por causas que indirectamente se desprenden del consumo, como por ejemplo la Hepatitis B (Reuter, 2008, p. 6).</p>
Enfermedades transmitidas por drogas inyectables	Estable	<p>Aproximadamente un cuarto de los nuevos casos de SIDA han sido causados por el uso de drogas por vía intravenosa; tendencia alarmante que parece mantenerse invariable. Según el Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU., en el 2006 35,314 nuevos casos fueron causados por drogas inyectables lo que representa un 19% del total.</p>
Presos	Estable o en aumento	<p>Según <i>Human Right Watch</i> (2009), uno de cada cinco reclusos en prisiones estatales de Estados Unidos está encarcelado por delitos relacionados con las drogas. Además, muchos de estos presos, especialmente los condenados por posesión de drogas o delitos contra la propiedad, tienen un historial de consumo y adicción a las drogas.</p>
Urgencias por sobredosis	En aumento	<p>Según la ONU (2006), han aumentado considerablemente los episodios sanitarios agudos por el consumo. Por ejemplo, el número de personas que acuden a salas de urgencias por consumo de cannabis pasó de 45.259 en 1995 a 119.472 en 2003 lo que supone un aumento del 164%. "Si consideramos estas cifras como tasas, lo que tendría en cuenta el aumento de la población durante este período, hubo 47 menciones por 100.000 en 2002, es decir, un aumento del 139% frente a 1995. Este aumento es inferior al observado en el caso del éxtasis (767%) pero superior al de la cocaína (33%) o la heroína (22%)" (ONU, 2006, p. 188).</p>

reconoce con su política antidroga es una disminución del consumo en los adolescentes, cifras que no son muy confiables si se tiene en cuenta que éstas se extraen por medio de encuestas estudiantiles y en un país prohibicionista los estudiantes no tendrán incentivos para aceptar su consumo.

2.4 Argentina: de la prohibición de la dictadura al rechazo social

Como lo señala Eugenio Raul Zaffaroni (1993), la persecución a los consumidores de drogas en Argentina no fue manifiesta si no hasta la década de los 70. La violencia desatada los dos últimos años del gobierno constitucional, que culminó con el golpe de Estado del 76, reforzó una ideología de extrema derecha donde la libertad sexual, la libre expresión, las indumentarias no convencionales, la subversión, la guerrilla y el uso de drogas constituían el mismo fenómeno: todos expresión de disolución social, crisis moral y agresión a la nación. Ello conllevó a sancionar las leyes 20.771 y la 20.840, las cuales fueron el inicio de la criminalización y la persecución del consumidor. Por ejemplo, el artículo 6 de la Ley 20772 señalaba que “será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de (...) el que tuviere en su poder estupefacientes, aunque estuvieran destinados al uso personal” (p.124).

En 1976, con el advenimiento de la dictadura, comenzó una verdadera persecución policial en contra los consumidores. Se pensó que acabando con éstos se acabaría con el tráfico y, por tanto, con los grupos marxistas. Así, “la dictadura militar enfatizó una supuesta moralidad occidental y cristiana y, como parte fundamental de la misma, comenzó a entender la lucha contra la droga como una suerte de debilitamiento del ser nacional” (Zaffaroni, 1993, p. 125). En consecuencia, a partir de este momento, la ley 21.338, la cual sancionó plena responsabilidad penal para los menores de 16 años, y el artículo 6 de 20.771, antes citado, cobraron verdadera vigencia. Cada consumidor pasó a convertirse en un traidor de la patria y las cárceles rápidamente empezaron a llenarse.

Con la caída de la dictadura, el primero de octubre de 1989 se sancionó una nueva ley, la 23737, la cual determinó que:

Art. 14: será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de (...) quien tuviere en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando (...) la tenencia es para uso personal. (...) Art. 16: cuando

el condenado por delito dependiere física o psicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines. Art. 17: (...) si trascurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario (Zaffaroni, 1993, p. 140).

De esta manera, como lo resalta Zaffaroni (1993), aunque más flexible, esta ley continúa con una racionalidad según la cual el consumidor es un delincuente y un traficante en potencia; el consumo es la causa del tráfico y del sida; la inimputabilidad del usuario dificulta la punición del traficante; el consumo afecta la seguridad nacional, la descendencia y convierte al individuo consumidor en una carga pública.

Sin embargo, esta ley, hasta el 2009 vigente, no ha logrado disminuir el consumo. Por el contrario, Argentina pasó de ser un país que en los 70 tenía bajas tasas de drogadicción, a ser uno de los países con mayor consumo interno en Sur América. Las cifras revelan esta realidad (ver Tabla 6)¹⁰:

Este panorama crítico, conllevó a que se cuestionara la manera como se estaba afrontando el problema. En 2008, la presidenta Cristina Fernández propuso que se debía perseguir a quienes venden las drogas en lugar de tratar como delincuentes a los consumidores e implementar políticas de reducción del daño. “Es necesario cambiar las convenciones vigentes porque el mundo es otro. El «paco» está haciendo estragos. Debemos dejar de ser hipócritas: los jóvenes también se enferman por el consumo de alcohol y las pastillas a las que acceden libremente, y los criminalizamos por la tenencia de un cigarrillo de marihuana (...)” (Cappiello, 2008, p. 14), dijo Fernández en una rueda de prensa en Argentina. Por eso creó un comité para trabajar en un proyecto de ley con esta orientación. Además, el 25 de agosto de 2009, la Corte Suprema de Justicia con un fallo histórico declaró inconstitucional el castigo penal a la tenencia de marihuana para consumo personal, despenalizado el consumo de los adultos, siempre y cuando se haga en privado y sin generar peligros para terceros.

10 Es importante resaltar que para identificar el impacto de la política de Argentina, fue necesario recurrir a la ONU y a otras organizaciones debido a la poca información oficial existente.

Tabla 6: Evaluación de la política argentina de drogas.

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable o en aumento	<p>Según el <i>Informe Mundial de Drogas</i> (ONU, 2008), la prevalencia anual de consumo de cannabis (15-64) ha incrementado de 1.9% en 2004 a 6.9% en 2006 llegando a niveles de consumo similares a los europeos. Además, de acuerdo al <i>Primer Estudio Comparativo sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados</i> de ONUDD (2008), Argentina presenta prevalencia de consumo de marihuana en el último año superior al promedio mundial (4.8%) con alrededor del 7%.</p> <p>Argentina es el Segundo Mercado de cocaína en Sur América, con aproximadamente 640.000 consumidores en 2006. Tiene una prevalencia de consumo en el último año de 2,6% ubicándose en un nivel muy superior al 0,3% del promedio mundial reportado por ONU. Además, el 45,2% de los consumidores de cocaína muestran signos de dependencia, lo que equivale a decir que 1 de cada 2 consumidores es dependiente (ONUDD, 2008).</p> <p>Datos del Observatorio argentino de Drogas (2007) muestran un alarmante aumento en el consumo de bazuco o paco. En particular, datos del año 2005 evidencian entre los “jóvenes de 13 y 17 años una prevalencia de consumo lo que anual de 1,4%, lo que representa un aumento del del 200% respecto al 2001 (Observatorio de Drogas, 2007^a, p. 35). En comparación con los países suramericanos, después de Chile (0,62), Argentina tiene la mayor prevalencia del consumo de paco con el 0,54 de la población entre 15 y 64 años. Además, es el país con las cifras más altas de dependencia a esta droga ya que el 63, 2 % de los consumidores tiene signos de serlo.</p> <p>Según el <i>Informe Mundial sobre Drogas</i> (ONU, 2008), durante el 2007 el consumo de éxtasis se duplicó en Argentina, donde unas 80 mil personas ingirieron esta droga. De esta cifra, el 32.9 % ingirió de manera experimental, el 37.5 % como algo ocasional, el 24.6% consume mensualmente esta droga y el 4.9 % de forma semanal.</p>
Muertes por sobredosis	En descenso	<p>No existen cifras oficiales. Sin embargo, las fuentes extraoficiales revelan un incremento considerable. Como lo destaca el Diario El Clarin (2008), el Centro Nacional de Intoxicaciones señala que la cocaína en 1980 generaba 50 consultas al año y ahora produce casi 3.000. Esta droga pasó de provocar una muerte cada dos meses en Buenos Aires en 1997 a un joven muerto por sobredosis cada 10 días.</p>
Enfermedades transmitidas por drogas inyectables	En descenso	<p>“Entre 2003 y 2005, el uso de drogas inyectables sólo representó aproximadamente el 5% de las nuevas infecciones en Buenos Aires” (ONUSIDA, 2008, p. 2). Este descenso se debe, según UNUSIDA (2008), al impacto visible y emocional del sida dentro de las redes de usuarios de drogas inyectables y a un cambio en los hábitos de los consumidores: en vez de inyectarse los consumidores se han inclinado por fumar pasta de cocaína.</p>
Presos	En aumento	<p>Año tras año crecen las personas judicializadas por violar la ley 23.737, pero no por delitos asociados (como causa o consecuencia) al consumo de drogas. Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2002), en 1996 7.222 personas fueron arrestadas por posesión, mientras que en el 2001 esa cifra incrementó a 17.499 personas. Así mismo, según estudios del OAD (2007a), en el año 2004, 23.737 personas fueron arrestadas por violar la Ley 23.737 y 801 fueron condenados.</p>
Urgencias por sobredosis	En Aumento	<p>Según el <i>Informe sobre el uso indebido de drogas y la consulta de emergencia</i> de la OAD (2007b), el porcentaje de personas que llegaron a urgencias por motivo de consumo de drogas aumentó de 8,2 % en 2003 al 8,3% en el 2007. De ese porcentaje, 67,1 % llegaron a urgencia en el 2003 por intento de suicidio y 77, 1% en el 2007 por el mismo motivo. La misma fuente también advierte que “al interior de las consultas relacionadas al consumo, la presencia de pacientes que llegaron inconscientes o con conmoción cerebral es del 24.1% frente al 2.5% que corresponden a las consultas que no tienen relación con el consumo. Este dato advierte sobre el impacto que sobre el sistema de salud (demanda de atención y tratamiento) tiene el consumo de sustancias” (Observatorio Argentino de Drogas, 2007b, p 61).</p>

2.5 Síntesis: análisis de política comparada

El análisis de política comparada entre los anteriores países permite presentar los siguientes resultados (ver Tabla 7):

En vista de este panorama, y teniendo en cuenta que los costos humanos, políticos y económicos de la política prohibicionista son mucho mayores, se puede concluir que la regulación es más eficaz para disminuir el consumo que la prohibición. La despenalización acompañada por políticas enfocadas a contrarrestar la demanda como un asunto de salud pública tiene un impacto positivo sobre el consumo, pero sobre todo, sobre los problemas colaterales del mismo, lo que le garantiza al consumidor y a la sociedad menores problemas de salubridad. Sin embargo, es importante resaltar que estas medidas también han generado externalidades negativas las cuales deben ser contrarrestadas por el Estado, como por ejemplo, el narcoturismo.

3. Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada

El aumento en el consumo de estupefacientes evidencia la necesidad de generar un cambio en la forma como se está abordando el problema de la demanda en el país. El Gobierno acusa a la sentencia C-221 de ser la causa de dicho aumento y por tanto arguye que se debe prohibir la dosis mínima. Sin embargo, si se tiene en

Tabla 7: Síntesis de resultados de la investigación

	CONSUMO	MUERTES	URGENCIAS	%PRESOS	VIH
España	Estable o en descenso	Descenso	Estable o en descenso	Estable o en descenso	Descenso
Holanda	Estable o en descenso	Descenso	Descenso	En aumento	Descenso
Estados Unidos	Estable	Aumento	Aumento	Alto	Estable
Argentina	Aumento	Indicios de aumento	Aumento	Alto	Descenso.

Fuente: Construcción propia a partir de los resultados de la investigación.

cuenta la experiencia holandesa y la española donde a pesar de la despenalización el consumo ha logrado disminuir gracias a la implementación de una política pública nacional seria sobre este asunto, el Gobierno está olvidando de un asunto muy relevante: desde el 2002 no ha existido una política pública con acciones claras y contundentes orientada a reducir la demanda. La Política de Seguridad Democrática deja de lado la prevención y la regulación del consumo de drogas y sólo se centra en la disminución de la oferta mediante acciones orientadas a combatir la producción y el tráfico (erradicación de cultivos, reducción del crimen, incautación de precursores químicos, extinción de dominio, disminución de los ingresos de organizaciones dedicadas a éstos ilícitos, etc.).

Por el contrario, desde el 2002, mediante una serie de decretos, se han desmontado programas sobre este tema que evidenciaron ser efectivos. Por ejemplo, siguiendo a Rodríguez (2007), mediante el Decreto 519 de 2003 el Gobierno suprimió consejerías y programas, creados por el Decreto 127 de 2000, marcando así el final del Programa presidencial *RUMBOS*. Luego, mediante la Ley 790 de 2002 fusionó el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, sin que en las funciones generales del nuevo Ministerio exista una dedicada exclusivamente a combatir el consumo. En este sentido, la reducción de la demanda después de estar a cargo de un programa presidencial pasó a ser parte de un Ministerio con diversas funciones.

Como bien lo señala Rodríguez (2007), esta realidad ha sido resaltada por estudios desarrollados por instituciones nacionales e internacionales. Por ejemplo, *El Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia* (Ministerio de la Protección Social, 2004), indicó que la estabilidad financiera de estas instituciones está constantemente amenazada, en muchos casos el recurso humano no es profesional y los sistemas de información no están presentes en la mayoría de las entidades, afectando así, la calidad del servicio. Así mismo, como lo resalta Rodríguez (2007), en la tercera ronda de evaluación llevada a cabo por el *Mecanismo de Evaluación Multilateral* (MEM) en el 2005, recalca que desde el 2002 la capacidad para divulgación de información sobre el consumo de las drogas es limitada, ya que no existe una línea de ayuda al público en general. No se está implementando en el país un sistema nacional de programas de prevención del abuso de drogas dirigidos a sectores claves de la población. Además, existen di-

ficultades para proveer información precisa sobre los programas existentes y sus principales características lo que impide la existencia de un sistema de evaluación sistemática de dichos programas. Finalmente, se expone la preocupación ante la carencia de datos estadísticos esenciales como la prevalencia del abuso de drogas y la morbilidad relacionada con el consumo.

En este orden de ideas, lo anterior permite negar el mito según el cual el incremento del consumo se debe a la despenalización y más bien permite indicar que su verdadera causa es que ésta no fue acompañada por una política pública orientada a la demanda. Así mismo, se puede concluir que estas acciones, como queda claro en el caso holandés y el español, no sólo deben basarse en respuestas punitivas que criminalicen al consumidor sino que existen otras acciones más efectivas para reducir el consumo y que respetan más los derechos humanos.

Con lo anterior, no se está afirmando que se deban implementar las mismas políticas que se están llevando a cabo en Holanda o España. La importancia del ejemplo de estos países es que amplía el espectro del debate, evidenciando que existen alternativas diferentes a la prohibición que están mostrando resultados positivos. No obstante, el consumo de estupefacientes no es un problema que se pueda solucionar con una fórmula hegemónica que no tenga en cuenta las particularidades de cada territorio. Por su coyuntura, en Colombia la política pública tendrá que establecer como necesarias ciertas medidas de coactivas para combatir por ejemplo el narcotráfico; además, deberá ser más focalizada ya que el Estado no cuenta con los recursos necesarios para implementar una estructura tan completa como la de estos países. Pero, esos aspectos sólo se deben establecer por medio de un estudio objetivo y multidisciplinario sobre la realidad colombiana, para que las acciones que se implementen no sean ni impuestas por otros países que desconocen las particularidades locales, ni se remitan a una determinada percepción asentada en concepciones estereotipadas y puedan, así, tener efectos estructurales positivos a largo plazo.

El llamado es entonces a establecer nuestro propio modelo de desarrollo. Un modelo más pragmático y más efectivo; que traiga menos costos y más beneficios para la sociedad; que ayude a resolver problemas o a llevarlos a niveles manejables y no ser la causa de los mismos; que sea menos excluyente y, siguiendo la racionalidad endopática propuesta por Weber, que permita entender al otro, aunque la ética y la moral no estén de acuerdo con su actuar.

Referencias

- Arboleda, G. (2008). *Evaluación de políticas públicas*. Santiago de Cali: AC Editores
- Associació Lliure Prohibicionista. (2002). Breve historia del consumo de drogas en el Estado español. *Revista Ekintza Zuzena*, (29). Recuperado de http://nodo50.org/ekintza/article.php3?id_article=57
- Atienza, M. (1997). *Derecho y Argumentación*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Bohorquez, J. C. (2003). *La despenalización de la dosis personal. Un caso de ética aplicada*. Bogotá: Unian-des.
- Cappiello, H. (2008, marzo 11). Analizan despenalizar en el país el consumo de drogas. *Diario La Nación*. Recuperado de http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=994590
- Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (2007). *Muertes por envenenamiento no intencional*. Recuperado de http://www2a.cdc.gov/podcasts/media/pdf/UnintentDeaths-Span_transcription.pdf
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Droga (2002). Resumen Estadístico sobre Drogas 2002. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/Estadisticas/resumen2002/argentina.pdf>
- Congreso de Colombia, (1984). *Estatuto de estupefacientes*. Ley 30 de 1986. Bogotá. Recuperado de http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Legislacion_tematica/ley30de1986X.pdf
- Corte Constitucional. (1994). Sentencia C- 221. Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria. Bogotá. Recuperado de http://www.mamacoca.org/foro_legal/sentencia_C221_de_1994.htm
- Diario el Clarin (2008, octubre 29). *En la Capital hay una muerte por sobredosis cada diez días*. Recuperado de <http://www.clarin.com/diario/2008/10/29/s-06201.htm>
- Domenach, J. M. (2001). *La propaganda política*. Buenos Aires: Eudeba.
- DuPont, R. & Voth, E. (1997). Política de drogas, legalización y reducción de daños. *Revista de Taxomias* (13).
- ESPAD (2004). *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Report 2003. Recuperado de http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- Gaviria, C. (2003). Defensa de la autonomía en un país heterónimo. En *International Conference on Law and Justice in 21st Century*. Recuperado de www.ces.uc.pt/direitoXXI/comunic/CarlosGaviria.pdf
- Hay, P. (Ed.). (2008). *Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. Recuperado de <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- Human Right Watch. (2009). *Informe País, Estados Unidos*. Recuperado de http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/us_sp.pdf

- Ley Corcuera. (1992). Ley Orgánica 1/92 de 21 de febrero. Recuperada de <http://www.ucm.es/info/uepei/corcuera.html>
- Mecanismo de Evaluación Multilateral. (2005). *Evaluación de progreso de control de droga*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/MEM/ESP/Informes/Tercera%20Ronda%20Recomendaciones/Colombia%20-%20Seguimiento%20-%203ra%20Ronda%20-%20ESP.pdf>
- Metaal, Pien. (2008). La dimensión ética de las políticas de drogas. La moralidad frente a un enfoque basado en los derechos. En TNI, *10 Años del Programa Drogas y Democracia de TNI (1-76)*. Ámsterdam.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). *El Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Recuperado de <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14892DocumentNo3298.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2008). *FAQ Drogas. La política holandesa sobre drogas*. Recuperado de <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/faq-2008/faq-drugs-2008-es.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991). *Consumo de drogas en España: fuentes de información y evolución durante el periodo 1984- 1990*. Recuperado de http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL65/65_5_395.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en instituciones penitenciarias*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuesta-Penitenciaria2006.pdf>
- Ministerio del Interior de España. (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/strate.pdf>
- Ministerio del Interior y de Justicia. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia*. Recuperado de <http://www.risaralda.gov.co/newweb/repositorio/risaralda+segura/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20CONSUMO%20DE%20DROGAS.pdf>
- National Criminal Justice Reference Service. (1997). *La Estrategia de Drogas*. Recuperado de <http://www.ncjrs.gov/htm/indice.htm>
- Observatorio Argentino de Drogas. (2006). *Estudio de costos del abuso de sustancias psicoactivas en la Argentina. Buenos Aires*. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Costos%202006_Informe%20Final.pdf
- _____. (2007 a). *Diagnostico de la Problemática del Uso Indevido de Sustancias Psicoactivas en Argentina*. Buenos Aires.
- _____. (2007 b). *Informe sobre El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia*. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_en_pacientes_en_sala_de_emergencias_2007.pdf
- Observatorio Español sobre Drogas. (2007). *Informe 2007*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>

- Observatorio Europeo de Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2005). *A European perspective on responding to blood borne infections among injecting drug users, A Short Briefing Paper, EMCDDA*. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_13419_EN_Short%20Briefing%20Paper%20for%20HDG%20March%202005.pdf
- _____. (2006). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperado de <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/MainOverviews2006Final.pdf>
- ONUSIDA. (2008). América Latina. Situación de la epidemia del sida. Resumen Regional. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1530_epibriefs_latinamerica_es.pdf
- Organización de Naciones Unidas, ONU. (2006). *Informe Mundial Sobre Drogas*. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr06_spanish_vol1.www.pdf
- _____. (2007). *Informe Mundial Sobre Drogas*. Recuperado de http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007_executive_summary_s.pdf
- _____. (2008). *Informe Mundial Sobre Drogas*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/wdr08_execsum_spanish.pdf
- Organización de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito, ONUDD. (2008). *Primer Estudio Comparativo sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados entre la Población entre 15 y 64 años*. Lima: Tetis Graf E.I.R.L.
- Organización Mundial de la Salud. (1971). *Informe 18 del Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia*. Suiza: Publicaciones OMS.
- Pérez, A. (1994). *Sustancias Sicoactivas: historia del consumo de drogas en Colombia*. Colombia: Presencia.
- Presidencia de la República. (2009). *Acto Legislativo 02 de 2009*. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/direc/2009/acto0221122009.pdf>
- Rand Corporation. (1994) *Modelando la Demanda de Cocaína*. California: Santa Mónica.
- Real Academia de la Lengua Española, RAE. (2009). *Eficacia*. Recuperado de http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=eficacia
- Reuter, P. (2008). *Evaluando la Política de Drogas de los Estados Unidos*. Texto de apoyo para la Primera Reunión de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Río de Janeiro.
- Rodríguez, Y. (2007). *Análisis de la repercusión del régimen internacional de la lucha contra las drogas en la formulación e implementación de políticas sobre reducción de la demanda en Colombia, 1998-2006*. Bogotá D.C: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Sáenz, S (2009). *Consumo de Drogas Ilícitas ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva comparada*. (Tesis inédita de pregrado no publicada). Universidad Eafit, Medellín, Colombia.

- Secretaría de Prensa de la Presidencia. (2006, Abril 29). *Gobierno propone penas alternativas a la dosis personal de droga*. Recuperado de <http://www.presidencia.gov.co/sne/2006/abril/23/03232006.htm>
- _____. (2008, septiembre 5). *Permisividad de Colombia con la dosis personal se ha convertido en camino para inducir a los niños a la criminalidad*. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/sp/2008/septiembre/05/07052008.html>.
- _____. (2008, octubre 10). *Presidente Uribe propone iniciar un debate sobre el daño que produce la permisividad de la dosis personal*. Colombia. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/sp/2008/octubre/10/18102008.html>
- _____. (2009, febrero 12). *Declaración del Presidente Álvaro Uribe al concluir reunión en la Conferencia Episcopal*. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/sp/2009/febrero/12/02122009.html>
- Trasnational Institute, TNI. (2008). *La historia Reinterpretada. Una respuesta al Informe Mundial sobre las Drogas 2008. Informe sobre política de drogas (26)*. Ámsterdam: TNI.
- Trimbos Institute. (2005). *The Netherlands National Drug Monitor. Annual Report 2005*. The Netherlands. Recuperado de <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/NDM/NDM%20Annual%20Report%202006-EN.pdf>
- _____. (2009), *Drugs policies in the Netherlands*. Netherlands. Consultado el 24 de marzo de 2009 en <http://www.minwvs.nl/en/folders/vgp/2009/drug-policies-in-the-netherlands.asp>
- Uprimny, Rodrigo. (2003). *Drogas, Derecho y Democracia*. Recuperado de http://www.desviostandard.com/prolegal/images/drogas_derecho_democracia.doc
- Vervaele, J. y Rood, E. (1993) *Actual política criminal en materia de tráfico y consumo de drogas en Holanda. En La actual política criminal sobre drogas. Una perspectiva comparada*. Valencia: Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología.
- Villatoro, Pablo. (1995). *Estados Unidos y las drogas ¿prohibir o legalizar?* *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, X (11), Recuperado <http://www.fasoc.cl/files/articulo/ART411931199c276.pdf>
- Zaffaroni, Eugenio. (1993). *Política criminal en materia de drogas en la República Argentina*. En Diez, J. & Lorenzo, P. (Coord.). *La actual política criminal sobre drogas. Una perspectiva comparada*. Valencia: Tirant lo Blanch.