

RECONSIDERANDO LA POLÍTICA DE LAS DROGAS: ALTERNATIVAS PARA PUERTO RICO DESDE UN MODELO DE SALUD PÚBLICA

CARMEN E. ALBIZU-GARCÍA, MD^{*}
GISELA NEGRÓN VELÁSQUEZ, PH.D.^{**}
ÁNGEL GONZÁLEZ, MD^{***}
SALVADOR SANTIAGO-NEGRÓN, PH.D., MPH^{****}

I. INTRODUCCIÓN

A pesar de que durante casi un siglo hemos criminalizado el uso de algunas drogas y condicionado a más de una generación a respaldar el supuesto de que la prohibición es necesaria para mantener el orden moral y la seguridad ciudadana, es el momento de reconsiderar la política actual de criminalizar el uso de drogas. Los pobres resultados alcanzados por las políticas prohibicionistas y sus daños colaterales han propiciado entre diversos sectores, incluyendo líderes políticos en y fuera de Estados Unidos, la reflexión sobre su legitimidad.¹ Atender el uso de las dro-

^{*} Profesora de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. y miembro de la Comisión para el Estudio de la Criminalidad y Adicciones (en adelante, CECA). Comentarios a este escrito pueden ser enviados a calbizu@rcm.upr.edu.

^{**} Profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Puerto Rico. y miembro de CECA. Comentarios a este artículo pueden ser enviados a gisellanegron@yahoo.com.

^{***} Médico Adictólogo con práctica privada. Miembro de CECA. Comentarios a este artículo pueden ser enviados a sjotp@yahoo.com.

^{****} Psicólogo y miembro de CECA. Comentarios a este artículo pueden ser enviados a salvadorsantiag@gmail.com.

¹ R. Kick, *World Leaders on Dope: Right Joins Left in Call For an End to the Drug War*, THE VILLAGE VOICE, 30 de mayo de 2001, disponible en <http://www.villagevoice.com/news/0122,kick,25146,1.html>. Véanse además, Salvador Santiago-Negrón & Carmen E. Albizu-García, *War on Drugs or War Against Health?: The Pitfalls for Public Health of Puerto Rican Drug Policy*, 22(1) PUERTO RICO HEALTH SCIENCES JOURNAL 49-59 (2003); J. Torruella, *One Judge's Attempt at a Rational Discussion of the So-called War on Drugs*, 66 REV.

gas prohibidas desde la perspectiva de la salud pública se ha constituido en una alternativa que goza de apoyo internacional. En Puerto Rico, esta propuesta confronta frecuentemente la percepción ciudadana de que nuestra relación con Estados Unidos nos impide adoptar políticas alternas a las que impone la prohibición que ese país propugna y que sólo han tenido cabida en algunas naciones desarrolladas de Europa Occidental.

La política federal de Estados Unidos y su posición en organismos internacionales continúa centrada en prohibir y desestimar las alternativas fundamentadas en principios de salud pública.² Sin embargo, cimentados en los poderes otorgados a los estados de la federación, se están observando avances reformistas a través de los estados de la unión norteamericana que invalidan la percepción de que el cambio no es posible. Entre 1996 y 2002, los votantes y legisladores de diversas tendencias políticas en cuarenta y seis (46) de los estados de la unión adoptaron cerca de 150 medidas para reformar su política de drogas, sustentándose en principios de salud pública, derechos civiles y responsabilidad fiscal. En diecisiete (17) estados, los votantes refrendaron medidas tales como la legalización de la marihuana para tratamiento médico, la reducción de las confiscaciones, el desvío a tratamiento como alternativa para los arrestados por posesión de sustancias controladas y la reducción o eliminación, en algunos estados, de las sentencias mandatorias,³ responsables de la enorme población innecesariamente encarcelada que coloca a Estados Unidos primero en el mundo en la tasa de confinados.⁴ Por ejemplo, California —que adoptó mediante un referendo la política de enviar a los usuarios de drogas que no hubieran cometido ofensas violentas a tratamiento en lugar de prisión— cuenta con los resultados de un estudio evaluativo llevado a cabo por científicos de la Universidad de California en Los Ángeles que revela un ahorro de los contribuyentes ascendente a \$2.50 por cada dólar invertido en tratamiento. El ahorro total del gobierno estatal y de los gobier-

JUR. UPR 1 (1996).

² A. WODAK, *The U.S. War on Harm Reduction: Fixing Policy on Intelligence and Facts*, 2 HARM REDUCT. JOURNAL 14 (2005).

³ B. PIPER, ET AL., DRUG POLICY ALLIANCE, STATE OF THE STATES: DRUG POLICY REFORMS 1996-2002: A REPORT BY THE DRUG POLICY ALLIANCE (2003).

⁴ ROY WALMSLEY, HOME OFFICE, WORLD PRISON POPULATION LIST 2003 *disponible en* www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/r188.pdf.

nos locales generados al año de la implantación de la nueva medida se calculó en \$173.3 millones.⁵

Los esfuerzos reformistas que se llevan a cabo en la metrópolis proveen las oportunidades necesarias para legitimar la búsqueda de las alternativas para Puerto Rico que ayuden a restituir la salud social, física y mental de grandes sectores de nuestra población. Tenemos evidencia directa de las diferencias en indicadores sociales y de salud que respaldan la noción de que Puerto Rico necesita cambiar su política pública actual. La resistencia de los gobiernos de Puerto Rico a adoptar las medidas necesarias para reducir el impacto adverso de la política prohibicionista sobre la salud de los puertorriqueños queda evidenciada en múltiples indicadores sociales y de salud.⁶ A manera de ejemplo, aunque Estados Unidos es el país desarrollado con el mayor número de personas que viven con el VIH (1.2 millones),⁷ nuestra población, comparada con la población total de Estados Unidos, enfrenta enormes disparidades en las tasas de contagio con el virus y el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) vinculados con el uso de drogas inyectadas con equipo de inyección contaminado.⁸ Definitivamente, la ausencia en la Isla de inversiones adecuadas en medidas de probada efectividad para reducir el contagio con VIH y con otras enfermedades transmitidas por el uso de agujas contaminadas impacta adversamente la salud del pueblo.

En Puerto Rico, contamos además con una alta tasa de homicidios entre varones jóvenes que la policía vincula, primordialmente, con el trasiego de las drogas ilegales y que nos coloca en el décimo lugar a nivel mundial.⁹ Cuando nos comparamos con los

⁵ D. LONGSHORE, ET AL., UCLA INTEGRATED SUBSTANCE ABUSE PROGRAMS: LOS ANGELES, CA (SACPA), COST ANALYSIS REPORT (FIRST AND SECOND YEARS) (2006).

⁶ Santiago-Negrón, *supra* nota 1.

⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, AIDS EPIDEMIC UPDATE (2006).

⁸ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *HIV/AIDS among Hispanics*, en CENTERS FOR DISEASE CONTROL, HIV/AIDS FACT SHEET (2006). S. Deren, et al., *HIV incidence among high-risk Puerto Rican drug users: A comparison of East Harlem, New York, and Bayamón, Puerto Rico*. 36 J. ACQUIR. IMMUNE DEFIC. SYNDR. 1067-74 (2004).

⁹ S. Rodríguez-Madera & B. Torres-Narváez, *Conociendo la violencia*, COPREVI, 2005.

[Vol. 75:4

blica se ha
ternacional.
ente la per-
dos Unidos
me la prohi-
abida en al-

ión en orga-
vir y desesti-
os de salud
orgados a los
s reformistas
que invalidan
1996 y 2002,
s políticas en
aron cerca de
sustentándose
sponsabilidad
endaron medi-
a tratamiento
a tratamiento
de sustancias
nos estados, de
orme población
los Unidos pri-
jemplo, Califor-
ica de enviar a
ofensas violen-
n los resultados
íficos de la Uni-
un ahorro de los
ar invertido en
y de los gobier-

Policy on Intelligence

THE STATES: DRUG
ALLIANCE (2003).
ATION LIST 2003 dis-

países de América Latina, nuestra tasa de población penal es más alta que el promedio para los países de la región.¹⁰ La creciente tasa de encarcelamientos observada en Puerto Rico es otra de las consecuencias esperadas del modelo prohibicionista, que conceptualiza el uso de ciertas drogas como el resultado de la debilidad moral de quienes las usan y presume que penalizar la conducta de ingerirlas restituye el orden social y disuade el consumo. La ilegalidad del uso de las drogas convierte todo uso, además del trasiego, en un delito criminal, independientemente de sus consecuencias sociales, como ocurrió con la prohibición del alcohol en los inicios del siglo pasado.

En Estados Unidos y sus territorios, la criminalidad se ha convertido en parte del debate político cotidiano, que ha llevado a los gobernantes a adoptar medidas concentradas en ser más fuertes y menos tolerantes con quienes delinquen, predominantemente contra los usuarios de drogas.¹¹ A pesar del costo humano y social que genera la política prohibicionista, los intentos dirigidos a reformar la política pública en Puerto Rico se han visto frustrados por el privilegio otorgado por todas las administraciones gubernamentales desde finales del pasado siglo a múltiples sectores que abogan por un enfoque centrado casi exclusivamente en estrategias de justicia criminal.

En este trabajo pretendemos clarificar los supuestos del modelo de salud pública que provee otra perspectiva para responder al fenómeno del uso de drogas. Presentaremos algunas de las estrategias para intervenir con este fenómeno. Ilustraremos con algunos ejemplos de la comunidad internacional, cómo se han implantado y cuáles han sido los resultados de algunos modelos de política pública adoptados por otras naciones y centrados en la perspectiva de salud pública. También, describiremos los esfuerzos llevados a cabo en Puerto Rico para incluir la perspectiva de la salud pública en el manejo del fenómeno del uso de las drogas y

¹⁰ *Supra* nota 4.

¹¹ *Disenfranchisement laws in the United States, 2004 disponible en <http://www.nlg.org/>. H. Cooper, et al., *The Impact of a Police Drug Crackdown on Drug Injectors' Ability to Practice Harm Reduction: A Qualitative Study*, 61(3) J. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE 673-84 (2005). C. UCHIDA, B. FORST & S.O. ANNAN, NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE MODERN POLICING AND THE CONTROL OF ILLEGAL DRUGS: TESTING NEW STRATEGIES IN TWO AMERICAN CITIES (1992).*

ción penal es
ción.¹⁰ La cre-
o Rico es otra
cionista, que
ltado de la de-
penalizar la
isuade el con-
erte todo uso,
ndientemente
rohibición del

dad se ha con-
a llevado a los
er más fuertes
minantemente
mano y social
dirigidos a re-
isto frustrados
aciones guber-
tiples sectores
amente en es-

stos del modelo
a responder al
as de las estra-
emos con algu-
se han implan-
modelos de polí-
dos en la pers-
s los esfuerzos
respectiva de la
de las drogas y

04 disponible en
: Drug Crackdown
Qualitative Study,
A, B. FORST & S.O.
ID THE CONTROL OF
ITIES (1992).

que, durante un brevísimo período, colocaron a la política pública de Puerto Rico en una posición de vanguardia dentro de los Estados Unidos. Estos esfuerzos fueron adoptados bajo el Plan Estratégico de la extinta Oficina de Control de Drogas, creada bajo la administración de la gobernadora Sila M. Calderón y eliminada tres (3) años después por la actual administración, para consignar su presupuesto de \$1 millón a la Policía de Puerto Rico.¹² Finalmente, identificaremos algunos retos que deben atenderse en Puerto Rico para implantar las reformas propias de este modelo.

II. LOS COMPONENTES DE UN MODELO DE SALUD PÚBLICA

Entre la población prevalece la visión de que el ámbito de la salud pública se limita a los esfuerzos sanitarios orientados a controlar las enfermedades infecciosas. Si bien los logros más reconocidos de la salud pública se asocian con medidas sanitarias y de control de las infecciones que han contribuido a reducir o eliminar las enfermedades prevenibles (tales como viruela, tuberculosis, tétano y polio) y la muerte prematura, la esfera de acción de la salud pública es mucho más amplia. Hay excelentes ejemplos de salud pública fuera de la esfera de enfermedades infecciosas como lo son la fluoridación, el uso de cinturones de seguridad, la seguridad ocupacional, la concienciación sobre la importancia del ácido fólico y la reducción de enfermedades cardiovasculares. La salud pública se enfoca en la población, en lugar de en el individuo, y bajo la misión de la salud pública se llevan a cabo las actividades necesarias para optimizar el estado de la salud física, mental y social de quienes conviven en sociedad. Este enfoque acoge lo *público* dado su énfasis en la salud del colectivo y en la necesidad de recabar los esfuerzos organizados de diferentes sectores de la sociedad para atender adecuadamente los problemas existentes y emergentes de salud que ésta enfrenta.¹³

¹² G. Negrón-Velázquez, *Opciones para el control de drogas*, *El Nuevo Día*, 2005 en la pág. 97. Véase además, G. Negrón-Velázquez, *Error la eliminación del Plan Estratégico*, *El Nuevo Día*, 2005, en la pág. 69.

¹³ K. GEBBIE, L. ROSENSTOCK & L.M. HERNÁNDEZ, WHO WILL KEEP THE PUBLIC HEALTHY?: EDUCATING PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS FOR THE 21ST CENTURY (2003).

Además de enfocarse en las poblaciones, la salud pública favorece un modelo ecológico para entender los determinantes de la salud, tanto de los individuos como de los grupos poblacionales. Se entiende que la salud es producto de múltiples factores que interactúan a través de relaciones complejas en diversos niveles y que incluye características del individuo y factores de los ambientes social, natural, económico, político y construido.¹⁴ Este acercamiento conduce a una perspectiva sobre la salud en la que se reconoce la importancia de las relaciones sociales, de la política pública, de las desigualdades económicas, de las normas sociales y del entorno ecológico sobre las conductas vinculadas a la salud que llevan a cabo los individuos y sobre el estado de salud de la población. La perspectiva del modelo ecológico para explicar la salud se ilustra en la siguiente cita de una publicación del Instituto de Medicina de las Academias de Ciencias de los Estados Unidos:

Why are some people healthy and others not? It seems a simple question. The answers, however, are complex and have to do not only with disease and illness, but also with who we are, where we live and work, and the social and economic policies of our government, all of which play a role in determining our health. To understand how to improve health, we first must understand the determinants of health and how they interact.¹⁵

El citado informe enfatiza la importancia de centrar en el nivel poblacional los esfuerzos de prevención de enfermedades y de otras condiciones que impactan la salud del colectivo. También, resalta el valor de contar con políticas públicas saludables que faciliten la educación, la capacidad de acceder y comprender la literatura en salud y la disponibilidad de vivienda adecuada. Políticas que reduzcan las inequidades económicas y que aseguren un ambiente físico, natural o construido que propicie la salud del colectivo.

Desde 1995 se ha adoptado un modelo producto del consenso de múltiples organizaciones gubernamentales y de asociaciones profesionales en Estados Unidos y que ha sido acogido por organiza-

¹⁴ M. Marmot & R.G. Wilkinson, *SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH* (1999).

¹⁵ *Supra* nota 13.

ública favo-
antes de la
oblacionales.
factores que
sos niveles y
los ambien-
14 Este acer-
en la que se
de la política
rmas sociales
las a la salud
le salud de la
ra explicar la
ción del Insti-
e los Estados

It seems a
mplex and
t also with
social and
nich play a
how to im-
terminants

trar en el nivel
rmedades y de
ctivo. También,
saludables que
comprender la
enda adecuada.
as y que asegu-
propicie la salud

o del consenso de
asociaciones pro-
ido por organiza-

OF HEALTH (1999).

ciones internacionales de salud, que define las funciones y las actividades de la salud pública.¹⁶ De este modelo se desprenden las funciones indispensables que deben guiar a las instituciones encargadas de proteger la salud de la población, de manera que éstas cuenten con las oportunidades necesarias para alcanzar un estado óptimo de salud. Al definir estas funciones esenciales, se robustece el liderato de la autoridad de salud del país para que pueda construir un sector de salud pública fortalecido, capaz de aglutinar a las instituciones gubernamentales y a las de la sociedad civil que juegan un papel importante en la protección y en la mejoría de la salud de todos y todas.

Estas funciones esenciales incluyen la prevención de las epidemias y de la diseminación de enfermedades; la protección contra riesgos ambientales; la prevención de lesiones; la promoción de conductas saludables; la respuesta a los desastres y la asistencia a las comunidades para que se recuperen de los mismos; y garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud (públicos y personales). Para ejercer estas funciones, la salud pública lleva a cabo sus actividades en tres áreas medulares: 1) evalúa las necesidades de salud de la población a través de sistemas de monitoreo que permiten identificar la magnitud de los problemas de salud y su distribución entre la población, y conduce una investigación para establecer sus causas, los factores de riesgo y de protección; 2) formula la política necesaria para educar e instruir a la población sobre los asuntos relacionados con la salud, facilitar alianzas para identificarlos y atenderlos, y desarrollar políticas y actividades que respalden los esfuerzos individuales y comunitarios para mantener la salud; y 3) asegura el cumplimiento de las leyes y de los reglamentos que protegen la salud de la población y la existencia de acceso a servicios de salud efectivos y de calidad. Esto último incluye asegurar el que se cuente con una fuerza laboral de salud pública y clínica competente, que los servicios se evalúen para determinar si son o no meritorios y garantizar, además, que se conduzcan investigaciones para generar nuevas perspectivas y soluciones innovadoras para atender los problemas de salud que afectan a todos los miembros de la comu-

¹⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES PUBLIC FUNCTIONS STEERING COMMITTEE, PUBLIC HEALTH IN AMERICA (1994).

nidad. Cabe resaltar, que este modelo enfatiza la disponibilidad de información certera y científica para orientar a las autoridades sanitarias y a otros sectores del Estado y de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones, ya que sus acciones afectan a la salud colectiva.

El modelo de salud pública parte también de la premisa de que las respuestas a los problemas complejos, dado los múltiples determinantes de la salud, requieren involucrar y proveer herramientas a las personas afectadas para que sean parte de las soluciones. Destaca la importancia de la investigación para buscar soluciones innovadoras cuando las estrategias que se están utilizando no contribuyen a aminorar o a resolver los problemas de salud a los que se han estado aplicando. A esta perspectiva de salud pública, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, se le ha integrado la atención a los derechos humanos, tanto para avanzar el respeto al derecho a la salud como un derecho humano fundamental, así como para incentivar el respeto a otros derechos humanos que garantizan las condiciones necesarias para un mejor estado de salud. Se entiende que proteger los derechos a la salud de otros garantiza el bienestar de todos. El enfoque salubrista supone, además, que las políticas y los programas de salud no están exentos de violentar derechos humanos, si se excluye o se discrimina contra la población necesitada de servicios o se violenta el principio de autonomía del participante en su diseño e implantación.¹⁷

III. LAS POLÍTICAS DE DROGAS BAJO UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA

Para atender el fenómeno de las drogas ilícitas conforme a un modelo de salud pública, se diseñan las estrategias en consonancia con los principios, funciones y actividades que son inherentes a la salud pública y se enmarcan en estos principios las decisiones de política pública que desarrolla la sociedad. Aplicar el modelo de salud pública implica, por tanto, entender cómo las conductas vinculadas con el uso de drogas legales o ilegales impactan a la persona y a la población con la que ésta convive, garantizando a su vez el respeto por los derechos humanos que valora la

¹⁷ *Supra* nota 7.

sponsibilidad
as autoridades
sociedad civil
iones afectan

emisa de que
múltiples de-
veer herra-
e de las solu-
para buscar
se están utili-
problemas de
perspectiva de
Mundial de la
hos humanos,
como un dere-
er el respeto a
ciones neces-
e proteger los
ar de todos. El
icas y los pro-
erechos huma-
ción necesitada
nía del partici-

TIVA DE SALUD

s conforme a un
as en consonan-
e son inherentes
ipios las decisio-
d. Aplicar el mo-
er cómo las con-
o ilegales impac-
convive, garanti-
nos que valora la

sociedad. La meta principal es reducir las consecuencias adversas del uso de drogas para la persona que consume y para su comunidad, y optimizar la salud de todas las personas, sin que ello necesariamente implique alcanzar la meta irreal de una sociedad libre de drogas. De la misma manera que no podemos alcanzar una sociedad libre de accidentes, la política de drogas, bajo un modelo de salud pública, procura minimizar las oportunidades de que ocurran algunos eventos adversos producto de las drogas de consumo, tanto para la persona consumidora, como para la comunidad en la que reside. Como ocurre con el alcohol, el modelo de salud pública no presume que todo consumo es necesariamente nocivo o que todo consumo desemboca en un uso desordenado, antisocial o inmoral. Se parte de la premisa de que los problemas vinculados al uso de drogas se explican a través de modelos multi-factoriales que abarcan desde el nivel del individuo hasta las influencias de las instituciones y de las normas sociales sobre el mismo. Este modelo alterno reconoce la importancia de la investigación y de la evidencia empírica para identificar los múltiples factores o determinantes que inciden sobre el consumo de riesgo y sobre las consecuencias adversas para quien usa drogas y para la población. De la misma manera, como se ha logrado para el uso del tabaco, se utiliza el conocimiento científico para determinar condiciones de uso peligroso de las drogas de consumo, sean éstas legales, ilegales o prescritas, y se difunde información veraz para lograr la meta de educar y concienciar a la población de manera que ésta pueda tomar las mejores decisiones en lo que respecta a las conductas que puedan afectar a su salud y a la de aquellos que les rodean.

Bajo el modelo de salud pública, se evalúan las consecuencias de la política existente para determinar su efectividad, sus riesgos y sus costos sociales. Basado en el principio de la no-maleficencia, se determina si la aplicación de las medidas de control de uso riesgoso de las drogas redundan en beneficio de los usuarios y de la comunidad, o si generan más daño del que podría asociarse propiamente con el uso de las drogas concernidas. El modelo diferencia entre la acción farmacológica de la droga (efectos primarios) y los efectos producto de las circunstancias sociales y ambientales bajo las cuales éstas se consumen (efectos secundarios). Los riesgos asociados con el uso se ubican bajo estas dos (2) categorías, de manera que los consumidores puedan contar

con información veraz sobre modalidades de consumo con potencial de riesgo.¹⁸

Como se desprende de lo anterior, bajo el modelo de salud pública, las estrategias de prevención se sustentan en datos y no en ideologías demonizantes. Se acoge el compromiso de salvaguardar los derechos humanos sin menoscabar el valor social de las personas que incurren en el uso de las drogas ilegales. Se monitorea el estado de salud de la población con la intención de diagnosticar los problemas emergentes y de evaluar los efectos de la política pública adoptada.

En el caso de las drogas, se hace imperativo identificar las consecuencias no intencionadas que puedan resultar en mayor daño o riesgo para la salud de la población, que las asociadas al fenómeno mismo que se trata de prevenir o cuyo impacto se quiere mitigar. El compromiso ineludible de la salud pública con la evaluación de sus acciones provee la oportunidad de adjudicar los limitados y finitos recursos del Estado y de otros sectores sociales a estrategias o acciones capaces de rendir beneficios a corto, mediano y largo plazo, al menor costo posible.

Bajo un modelo de salud pública no se presume que sólo el sector de servicios médico-hospitalarios tiene un rol protagónico en el manejo del fenómeno. Si bien la medicación o el uso de alguna droga comparable con menos efectos adversos y que facilita la integración social del drogodependiente, tal como la Metadona y la Buprenorfina, es una estrategia de probadísima efectividad que constituye el estándar de cuidado para el tratamiento de la dependencia a opiáceos,¹⁹ las medidas de salud pública no están orientadas a utilizar la coerción para obligar al tratamiento. Se reconoce la voluntariedad del tratamiento y la importancia de facilitar a la persona las oportunidades para sopesar lo que para él o ella significa el uso de drogas y el valor que puede tener el tratamiento para mejorar su estado de salud y su funcionamiento social. Conforme a sus principios, la salud pública debe garantizar el acceso a un tratamiento efectivo y sensible a los derechos

¹⁸ J.P. Morgan & L. Zimmer, *The Social Pharmacology of Smokeable Cocaine: Not All It's Cracked Up to Be*, en CRACK IN AMERICA: DEMON DRUGS AND SOCIAL JUSTICE (1997).

¹⁹ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*, en 15(6) NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT 1, 1-38 (1997).

to con poten-
elo de salud
en datos y no
iso de salva-
valor social de
egales. Se mo-
intención de
los efectos de

tificar las con-
en mayor daño
ciadas al fenó-
pacto se quiere
lica con la eva-
e adjudicar los
ectores sociales
ios a corto, me-

que sólo el sec-
protagónico en
el uso de alguna
y que facilita la
o la Metadona y
sima efectividad
tratamiento de la
pública no están
tratamiento. Se
a importancia de
pesar lo que para
ue puede tener el
su funcionamiento
lica debe garanti-
ble a los derechos

*of Smokeable Cocaine:
ION DRUGS AND SOCIAL*

*l Treatment of Opiate
NSENSUS DEVELOPMENT*

de los participantes, mediante servicios que no estigmaticen, discriminen o demonicen. Para la persona que no está lista para alcanzar la abstinencia o para entrar en un programa de medicación, las estrategias de la salud pública se concentran en minimizar los riesgos que el uso de las drogas pueda representar para ella y para su comunidad, mientras no esté lista para discontinuar el uso.

El reconocimiento de que no todo el que tiene un uso problemático de drogas puede dejar de usarlas pese a la presión externa de personas allegadas o la coerción del sector de justicia criminal surge de otro importante hecho considerado por la salud pública: la historia natural de la condición o de la enfermedad. Bajo este paradigma, no es necesario considerar el uso problemático de las drogas como una "enfermedad" biológicamente determinada, cuya trayectoria es indefinida y que sólo puede modificarse con la intervención del sector de servicios médicos. Se reconoce, sin embargo, que se pueden identificar factores de riesgo que se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar un desorden debido al uso compulsivo de la sustancia, caracterizado por cambios biológicos a nivel cerebral, y que la compulsión puede desembocar en diversos grados de disfunción social. La postura oficial de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos entiende la adicción como una enfermedad crónica similar a la diabetes tipo II, a la que contribuyen factores biológicos, ambientales y de estilo de vida que se caracteriza por remisiones y recaídas.²⁰

IV. EL MODELO DE MITIGACIÓN O REDUCCIÓN DE DAÑOS: ESTRATEGIAS CENTRADAS EN PRINCIPIOS DE SALUD PÚBLICA

Las intervenciones dirigidas a reducir las consecuencias adversas de una condición o de una enfermedad, a pesar de que no podemos eliminar del todo la conducta que las propicia, se conocen como las estrategias de reducción o de minimización de daños, porque pretenden evitar que el uso de las drogas redunde en consecuencias problemáticas de mayor impacto adverso para la salud del usuario y de su comunidad. Algunas medidas de reduc-

²⁰ NIDA, DRUG ABUSE AND ADDICTION: ONE OF AMERICA'S MOST CHALLENGING PUBLIC HEALTH PROBLEMS, disponible en www.nida.nih.gov/about/welcome/aboutdrugabuse/chronicdisease/.

ción o de mitigación de daños se han estado utilizando exitosamente para prevenir las consecuencias adversas para la salud asociadas con el uso recreativo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, ambas con potencial para causar dependencia y cuyo abuso se asocia con múltiples consecuencias desfavorables para la salud del individuo y de su comunidad (entre otros, violencia y accidentes vehiculares en el caso del alcohol y múltiples problemas de salud en diferentes sistemas del organismo, secundarios a la exposición activa y pasiva al humo del tabaco).²¹ Para la persona con dependencia al tabaco han surgido algunas alternativas al consumo de nicotina, el componente activo de esa droga responsable de la dependencia, mediante el uso de un parcho en la piel o de goma de mascar que, aunque no eliminan todos los factores de riesgo vinculados a los eventos adversos sobre la salud de quienes fuman (los asociados con la exposición a la nicotina), minimizan los riesgos de desarrollar múltiples cánceres y enfermedades respiratorias asociadas a la inhalación de los productos de combustión del tabaco.

Basado en el modelo ecológico para entender los determinantes de la salud, el modelo de reducción de daños plantea que las barreras estructurales que impiden las prácticas con menos riesgo de inyección entre los usuarios de drogas deben ser removidas y sustituidas por estrategias que promuevan la salud y que prevengan las enfermedades que son más peligrosas que el mismo uso de drogas. Esto incluye eventos fatales y no fatales asociados a la sobredosis, al contagio con los virus del VIH, con la Hepatitis B y C y la criminalidad asociada a la búsqueda de recursos económicos para sufragar el consumo de las drogas ilegales entre usuarios de escasos recursos, cuyo uso es compulsivo. La pandemia de VIH/SIDA se ha tornado en la consecuencia de mayor costo humano y social asociado al uso de las drogas inyectadas bajo circunstancias de marginación social. El prohibicionismo impide el acceso a un tratamiento efectivo y a un equipo limpio de inyección. Los usuarios de drogas, a pesar de conocer los riesgos asociados con la conducta de compartir la droga y la parafernalia, incurren frecuentemente en conductas riesgosas por miedo a ser arrestados o a ser encarcelados por violar las leyes que criminali-

²¹ W. Hall, *Psychoactive Drugs of Misuse: Rationalising the Irrational*, THE LANCET, 2007, 369(9566) en la pág. 972.

ndo exitosa-
ara la salud
o el tabaco y
encia y cuyo
orables para
s, violencia y
iples proble-
ecundarios a
ara la perso-
ternativas al
roga respon-
o en la piel o
s factores de
id de quienes
) , minimizan
medades res-
s de combus-

eterminantes
a que las ba-
menos riesgo
removidas y
d y que pre-
que el mismo
les asociados
a la Hepatitis
de recursos
ilegales entre
vo. La pande-
de mayor cos-
yectadas bajo
nismo impide
npio de inyec-
s riesgos aso-
parafernalia,
r miedo a ser
que criminali-

e Irrational, THE

zan el uso y la posesión de aparatos utilizados en la preparación e inyección de las drogas.²²

En Puerto Rico, la pandemia de VIH/SIDA ha estado primordialmente alimentada por el uso compartido del equipo de inyección contaminado. Países como Australia y el Reino Unido lograron evitar la diseminación del VIH entre los usuarios de drogas inyectadas mediante intervenciones de reducción de daños en el inicio de la epidemia. Países como España y Brasil, inicialmente con tasas muy altas de SIDA vinculadas al uso de drogas con equipo de inyección contaminado, redujeron marcadamente la cantidad de la población infectada mediante la implantación de medidas de reducción de daño un poco más tarde del inicio.²³ De ahí la efectividad de habilitar programas de medicación con Metadona y para proveer jeringuillas y aparatos de inyección estériles que reduzcan compartir o reutilizar el equipo de inyección, situación que ocurre comúnmente por la falta de acceso a jeringuillas limpias entre los usuarios de drogas inyectadas. Estos programas son sumamente efectivos en la reducción del contagio con el VIH y con otros patógenos, y en conectar a los usuarios con otros servicios sociales y de salud, lo que facilita también el acceso al tratamiento médico y psicosocial y a mejorar el funcionamiento social de los drogodependientes.²⁴

Otra importante medida de mitigación de daños radica en la medicación. Para las personas que tienen un uso problemático de opiáceos o de alcohol existen medicamentos con menos efectos secundarios y sin propiedades eufóricas que facilitan la reducción o eliminación del uso riesgoso de estas drogas y, por lo tanto, la funcionalidad psicológica y social de la persona con un trastorno de sustancias. Uno de los medicamentos más estudiados de la

²² Carmen E. Albizu-García, *Poblaciones Olvidadas: La Invisibilidad de las Personas en Instituciones Penales*, en *DIVERSIDAD CULTURAL: REFLEXIÓN CRÍTICA DESDE UN ACERCAMIENTO INTERDISCIPLINARIO* (R. Rosa & L. Santiago eds.) (2006).

²³ *Supra* nota 2.

²⁴ D.S. Metzger, et al., *Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among Intravenous Drug Users In and Out-of-Treatment: An 18-month Prospective Follow-up*, 6(9) *J. ACQUIR. IMMUNE DEFIC. SYNDR.* 1049-56 (1993). D. Vlahov, et al., *Reductions in High-risk Drug Use Behaviors Among Participants in the Baltimore Needle Exchange Program*, 16(5) *J. ACQUIR. IMMUNE DEFIC. SYNDR. HUM. RETROVIROL* 400-06 (1997).

farmacopea mundial es la Metadona, con una larga trayectoria de estudios científicos que prueban su efectividad en la reducción del uso riesgoso de drogas, la mejoría del estado de salud de quienes las usan y la reducción de casi un 50% de la criminalidad asociada al consumo de sustancias.²⁵ En los últimos años se ha añadido la Buprenorfina, otro análogo de opiáceos, al armamento disponible para la medicación,²⁶ mientras que algunos países europeos están utilizando la medicación con heroína en poblaciones especiales. Recientemente, la medicación para el tratamiento de la dependencia a opiáceos es el estándar de cuidado recomendado por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos²⁷ y la Organización Mundial de la Salud,²⁸ por considerarse la estrategia primordial para la prevención de la diseminación del VIH y de la Hepatitis B y C entre los usuarios de drogas y de sus parejas. A nivel mundial, el tratamiento con Metadona está disponible en las Américas, en la mayoría de los países de Europa occidental, central y oriental y en algunos países asiáticos. Mediar con heroína a las personas con adicción a opiáceos de mayor severidad se ha tornado en una estrategia de minimización de daños que reduce los costos sociales vinculados con el uso de las drogas ilegales y que mejora dramáticamente la salud de los usuarios crónicos que la reciben. La experiencia de Holanda y Suiza ha demostrado que el acceso a medicación con heroína disminuye el tráfico ilegal de drogas, aumenta la entrada al tratamiento y mejora el funcionamiento social de los participantes sin incentivar el uso de drogas inyectadas.²⁹ Estos hallazgos han contribuido a que

²⁵ Carmen Albizu-García, et al., *Buprenorphine-Naloxone Treatment for Pre-release Opioid Dependent Inmates in Puerto Rico*, JOURNAL OF ADDICTION MEDICINE (manuscrito sin publicar, disponible con la autora). J.C. BALL & A. ROSS, THE EFFECTIVENESS OF METHADONE MAINTENANCE TREATMENT IN THE UNITED STATES (1991). H. Joseph, et al., *Methadone Maintenance Treatment (MMT): A Review of Historical and Clinical Issues*, 67(5-6) MT. SINAI J. MED., 347-64 (2000). J.J. Platt, et al., *Methadone Maintenance Treatment: Its Development and Effectiveness After 30 Years*, en HEROIN IN THE AGE OF CRACK-COCAINE (J.A. Inciardi and L.D. Harrison eds.) (1998).

²⁶ U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, *Subutex and Suboxone Approved to Treat Opiate dependence*, en FDA TALK PAPER (2002).

²⁷ *Supra* nota 19.

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *NEUROCIENCIA DEL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS* (2004).

²⁹ T. CARNWATH & I. SMITH, *HEROIN CENTURY* (2002).

trayectoria de
n la reducción
o de salud de
a criminalidad
os años se ha
al armamento
mos países eu-
en poblaciones
tratamiento de
o recomendado
s Unidos²⁷ y la
arse la estrate-
ción del VIH y
y de sus pare-
a está disponi-
le Europa occi-
íticos. Medica-
de mayor seve-
ación de daños
o de las drogas
le los usuarios
da y Suiza ha
a disminuye el
tamiento y me-
in incentivar el
atribuido a que

*Treatment for Pre-
IAL OF ADDICTION
). J.C. BALL & A.
REATMENT IN THE
enance Treatment
MT. SINAI J. MED.,
atment: Its Devel-
E AGE OF CRACK-*

oxone Approved to

DEL CONSUMO Y

otros países con problemas de sobredosis, de VIH/SIDA y de criminalidad asociados al uso de la heroína hayan adoptado estas modalidades de servicios de salud pública. Al presente, las salas de inyección seguras operadas por profesionales de la salud existen también en Portugal, España, Alemania, Canadá y Australia.³⁰

V. CONTRASTANDO EL PROHIBICIONISMO Y EL MODELO DE SALUD PÚBLICA

El modelo prohibicionista no guarda relación alguna con el modelo de salud pública ya que su perspectiva etiológica, sus intervenciones y los indicadores para medir el éxito de sus políticas están en franca contradicción con los parámetros que rigen la salud pública. Contrario al modelo ecológico promovido por la salud pública para entender los determinantes de la salud, el prohibicionismo atribuye el uso de drogas a la volición del ser humano. Esa premisa conduce a la implantación de estrategias de prevención tales como "Dile No a las Drogas". Estas políticas ignoran los múltiples determinantes del uso y abuso de drogas y las consecuencias adversas que, en ocasiones, éste puede acarrear. El prohibicionismo concentra su agenda en la limitación al acceso y al uso de drogas enfocándose en el suplidor y en la implantación de medidas de control de oferta. De esta manera, se castiga a la persona que utiliza drogas y se presume que la penalización de la conducta conduce a una reducción en el uso. Orientado primordialmente en el consumo y no en optimizar la salud del colectivo, el prohibicionismo ignora o se desvincula de algunas de las consecuencias adversas que acarrea la prohibición y que impactan la salud tanto de los usuarios como de los no usuarios. Al desvincularse de los usuarios, la prohibición no les reconoce valor social ni entiende la importancia de controlar la diseminación de las infecciones que se propagan cuando los usuarios de drogas inyectadas carecen de la oportunidad de prevenir el contagio con patógenos que se transmiten a través de la sangre. Se tiende a pensar incorrectamente que las personas con un uso problemático de drogas no son elegibles, por falta de compromiso

³⁰ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, EUROPEAN REPORT ON DRUG CONSUMPTION ROOMS 96 (2004).

con su tratamiento, para recibir servicios que pueden mitigar el impacto del contagio con el virus de la Hepatitis C. Mitos y prejuicios sobre la falta de adherencia al tratamiento entre las personas con trastornos de drogas infectadas con el virus de Hepatitis C han hecho que en Puerto Rico se excluyan del tratamiento a pesar de las recomendaciones de las autoridades sanitarias.³¹

La prohibición resiste la evidencia científica y privilegia la ideología moralista ante la evidencia que la contradiga. En 1988, el Congreso de Estados Unidos prohibió el uso de fondos federales para los programas de intercambio de jeringuillas, pese a la evidencia proveniente de Holanda y Reino Unido de su efectividad para reducir el contagio con Hepatitis B y con VIH. La legislación provee una excepción que le permitiría al Presidente eliminar la veda si se presenta evidencia científica apropiada que haya sido revisada por el Cirujano General de la nación o por el Secretario de Salud y de Servicios Humanos. Pese a que en 1998 la entonces Secretaria de Salud de Estados Unidos, Donna Shalala, concluyó que esta intervención salvaba vidas sin incentivar el uso de drogas, el presidente Clinton rechazó su recomendación y la veda permanece en vigor.³²

Criminalizar las jeringuillas y los aparatos que se utilizan para inyectarse ha propiciado las conductas de riesgo que diseminan las infecciones entre esta población con graves consecuencias, tanto para la población usuaria de drogas ilegales como para la que no lo es. El uso de las drogas ilegales bajo condiciones sanitarias no se asocia con el contagio de patógenos capaces de desencadenar graves enfermedades crónicas con alta probabilidad de resultar en complicaciones o en muerte prematura, en altos costos sociales y cuyo tratamiento médico es sumamente oneroso. Entre las organizaciones y entidades estadounidenses que han respaldado públicamente el acceso a las jeringuillas limpias se encuentran la Asociación Médica Americana, la Asociación Americana de Salud Pública, el Centro para el Control de Enfermedades y Prevención del Departamento de Salud de Estados Unidos y algunas comunidades religiosas (por ejemplo, la Iglesia

³¹ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, MANAGEMENT OF HEPATITIS C: 2002 - CONSENSUS CONFERENCE STATEMENT (2002).

³² I. Urbina, *Challenging Washington's Ban on Needle-Exchange Funds*, INTERNATIONAL HERALD TRIBUNE, 28 de mayo de 2007.

den mitigar el
 J. Mitos y pre-
 entre las per-
 rus de Hepati-
 tratamiento a
 nitarias.³¹

y privilegia la
 diga. En 1988,
 ndos federales
 pese a la evi-
 su efectividad
 La legislación
 te eliminar la
 que haya sido
 r el Secretario
 98 la entonces
 alala, concluyó
 el uso de dro-
 ión y la veda

utilizan para
 ue diseminan
 consecuencias,
 como para la
 iones sanita-
 ces de desen-
 obabilidad de
 , en altos cos-
 ente oneroso.
 nses que han
 as limpias se
 ociación Ame-
 l de Enferme-
 Estados Uni-
 olo, la Iglesia

ATTIS C: 2002 -

Exchange Funds,

Episcopal y la Presbiteriana).³³ El Departamento de Salud de Puerto Rico respalda los escasos programas de acceso a jeringuillas limpias que operan en la Isla.

Asegurar el acceso a un tratamiento efectivo para los desórdenes de sustancias es una de las funciones de la salud pública. El enfoque prohibicionista limita el acceso a un tratamiento efectivo y al financiamiento de programas de prevención fundamentados en el modelo de reducción de daños por entender que éstos envían el mensaje equivocado de que se condona el uso de las drogas.³⁴ En Puerto Rico se ha estimado que los servicios de tratamiento para personas con desórdenes en el uso de sustancias tienen la capacidad para atender a un mero 8% de la demanda.³⁵ Consecuente con la visión que propaga el prohibicionismo de limitar acceso a tratamiento y favorecer aquellos programas que exigen abstinencia y rechazan el uso de tratamientos con medicación, los programas de tratamiento de drogas también se caracterizan por el uso desmedido de la coerción, por el escaso uso de medidas de calidad y por la dependencia en pacientes rehabilitados y no en los profesionales para proveer los servicios.³⁶ Asumir que el usuario de drogas ilegales es presa de debilidad moral o de falta de voluntad y que cualquier consecuencia negativa del uso es autoinfligida propende a ignorar la naturaleza de la adicción. Bajo el prohibicionismo, las adicciones son la única enfermedad para la cual mostrar síntomas se torna en un motivo para expulsar del tratamiento al enfermo (en muchos programas de tratamiento el hallazgo de orinas positivas para drogas constituye razón para terminación).³⁷ La prohibición también estigmatiza a los drogo-

³³ DRUG POLICY ALLIANCE, CONGRESS VOTES TO LIFT WASHINGTON, D.C. SYRINGE FUNDING BAN (2007).

³⁴ M. Souder, *Souder to NIH: Harm Reduction Causes Harm disponible en* http://www.drugpolicy.org/library/05_06_04souder.cfm.

³⁵ ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN, NEEDS OF SUBSTANCE ABUSE SERVICES AMONG CORRECTIONAL INMATES IN PUERTO RICO (2001).

³⁶ INSTITUTE OF MEDICINE, IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE FOR MENTAL AND SUBSTANCE-USE CONDITIONS: QUALITY CHASM SERIES 504 (2006).

³⁷ J.A. Tucker, *Changing Addictive Behavior: Historical and Contemporary Perspectives*, en CHANGING ADDICTIVE BEHAVIOR. BRIDGING CLINICAL AND PUBLIC HEALTH STRATEGIES (J.A. Tucker, D.M. Donovan, & G.A. Marlatt eds.) (1999).

dependientes y al sector de tratamiento.³⁸ La dependencia a las drogas es una categoría nosológica aplicada por sectores profesionales, tales como la Asociación de Psiquiatría Americana y la Asociación Americana de Psicología,³⁹ a un conjunto de manifestaciones físicas y conductuales del individuo que son susceptibles de intervenciones por profesionales del sector de servicios de salud. La inclusión de los trastornos de sustancias dentro de un modelo de salud supondría una cierta protección contra el estigma. Sin embargo, en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas opera el estigma hacia la condición, hacia su tratamiento y hacia aquellas personas que la padecen.⁴⁰

Por no enfocarse en el impacto poblacional, el prohibicionismo ignora que el control de infecciones entre la población usuaria de drogas es esencial para evitar la diseminación de estas infecciones entre la población no usuaria. Esta visión parcelaria, tan contraria a la perspectiva de la salud pública, ha sido responsable de la alta prevalencia de VIH y de Hepatitis C que se observa en la población adicta en Puerto Rico, y el significativo aumento del sexo no protegido entre usuarios de drogas y sus parejas como vía de transmisión del VIH hacia la población general.⁴¹

El modelo de salud pública, con su énfasis en medidas de reducción de daños y de control de la demanda, no mide su efectividad con los indicadores de éxito utilizados por el prohibicionismo

³⁸ Salvador Santiago-Negrón & Carmen Albizu-García, *El impacto del estigma en el tratamiento de la dependencia a drogas ilegales*, en N. VARAS, ESTIGMA Y SALUD EN PUERTO RICO: CONSECUENCIAS DETRIMENTALES DE LO ALTERNO (2007).

³⁹ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (1994).

⁴⁰ L.A. Schmidt & C.M. Weisner, *Public Health Perspectives on Access and Need for Substance Abuse Treatment*, en CHANGING ADDICTIVE BEHAVIOR: BRIDGING CLINICAL AND PUBLIC HEALTH STRATEGIES (J.A. Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt eds.) (1999); J.R. Caplehorn, T.S. Lumley & L. Irwig, *Staff Attitudes and Retention of Patients in Methadone Maintenance Programs*, 52(1) J. ALCOHOL AND DRUG DEPEND. 57-61 (1998). B.G. Link, et al., *On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse*, 38(2) J. HEALTH & SOC. BEHAV. 177-90 (1997); N. VARAS, *supra* nota 38.

⁴¹ PROGRAMA DE VIGILANCIA DE SIDA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO, EL SIDA EN PUERTO RICO: EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE SIDA REGISTRADOS EN PUERTO RICO (2006).

endencia a las
tores profesio-
mericana y la
to de manifes-
n susceptibles
ervicios de sa-
dentro de un
ontra el estig-
nos relaciona-
la condición,
la padecen.⁴⁰
rohibicionismo
ión usuaria de
estas infeccio-
laria, tan con-
responsable de
observa en la
o aumento del
rejas como vía

medidas de re-
ide su efectivi-
rohibicionismo

impacto del estig-
L. VARAS, ESTIGMA
DE LO ALTERNO

AND STATISTICAL

es on Access and
CTIVE BEHAVIOR:
er, D.M. Donovan
Irwig, *Staff Atti-
ograms*, 52(1) *J.
n Stigma and Its
h Dual Diagnoses*
C. BEHAV. 177-90

O DE SALUD DEL
RICO: EVOLUCIÓN
EN PUERTO RICO

que se centra en el control de la oferta. El prohibicionismo se enfoca casi exclusivamente en supervisar la disponibilidad y el precio de la droga en el mercado, la cantidad de droga confiscada y arrestos, y en la prevalencia del uso de las drogas entre la población en general. La utilización casi exclusiva de indicadores del comportamiento del mercado para evaluar la efectividad de sus intervenciones conduce a ignorar los indicadores sociales y de salud que proveen los mejores estimados del grado de bienestar y salud de la población. Sin cuestionar la efectividad de sus estrategias tradicionales ante el fenómeno de las drogas emergentes, como en el caso del éxtasis y de la meta-anfetamina, se reproducen las mismas políticas de manejo del fenómeno asociadas a otras drogas prohibidas que enfatizan el arresto, la encarcelación y las incautaciones.⁴² Se parte del supuesto de que las medidas punitivas reducen el fenómeno. Estas medidas se aplican al usuario a través de la coacción a recibir un tratamiento, y a los productores a través de interrumpir y eliminar los centros de producción y de venta y de reducir la disponibilidad de la materia prima para la producción de la droga de consumo. Estas posturas faltas de crítica producen resultados comparables a los alcanzados con la prohibición de drogas como la heroína, la cocaína y la marihuana. Al igual que ocurrió con la prohibición del alcohol en Estados Unidos,⁴³ a pesar de las cantidades millonarias invertidas en las estrategias del control de la oferta por las naciones del mundo,⁴⁴ los datos proporcionados por el Director de la Oficina de Control de Drogas de Estados Unidos indican que el precio de la droga ha ido en descenso, mientras que la producción mundial se ha incrementado.⁴⁵

Bajo un modelo de salud pública consecuente con sus funciones y actividades esenciales, se analiza el comportamiento de indicadores tales como las tasas de VIH, de criminalidad y de violencia,

⁴² OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES & U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION, METAMPHETAMINE INTERAGENCY TASK FORCE: FINAL REPORT (2000).

⁴³ M. Thornton, *Alcohol Prohibition Was A Failure* (1991) disponible en <http://www.cato.org/pubs/pas/pa-157.html>.

⁴⁴ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG CONTROL AND CRIME, 2007 UNODC ANNUAL REPORT (2007).

⁴⁵ *White House Letter: U.S. Cocaine Prices Drop Despite Billions Spent on Drug War*, INTERNATIONAL HERALD TRIBUNE, 26 de abril de 2007.

la tasa de empleo y de estabilidad social de las personas cuyo uso ha sido problemático y la integridad y el bienestar de su familia, para entender la distribución y causantes de la problemática social. Se atiende, además, el gasto en servicios sociales, de justicia criminal y de salud que surge como consecuencia de la penalización. El énfasis radica en incrementar la reintegración a la sociedad de quienes muestran un uso problemático o una dependencia a las drogas y de incorporarlos en el desarrollo de las estrategias de salud pública que intentan contribuir a mejorar su estado de salud y el de la comunidad en la que residen. Dado su compromiso con la constante evaluación de sus intervenciones, el modelo de salud pública permite aplicar la metodología científica al proceso de determinación de la fiabilidad de la implantación de la política pública y a la selección y medición de los indicadores de los resultados. El modelo se compromete también a interpretar estos hallazgos utilizando múltiples fuentes de referencia, incluyendo la calidad de la teoría y de la evidencia empírica disponible para refinar, fortalecer o cambiar sus intervenciones considerando las necesidades de información de los grupos de interés para quienes los datos son de utilidad.⁴⁶

VI. EL MODELO DE MITIGACIÓN O REDUCCIÓN DE DAÑOS DOMINA LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Las políticas de drogas pragmáticas se han asociado típicamente con países desarrollados de Europa Occidental, particularmente con el Reino Unido, Holanda y Suiza, pioneros en su adopción. Sin embargo, tal vez menos conocidos son los cambios que se han venido gestando en el otro lado del globo y en los países de más reciente incorporación a la Unión Europea, los que han incrementado la lista de países que formulan sus políticas en consonancia con el modelo de salud pública. Ante estos desarrollos, Estados Unidos, dada su persistencia en combatir este modelo a nivel federal e internacional desde la perspectiva exclusivamente prohibicionista, se ha ido quedando solo. La Oficina del SIDA de las Naciones Unidas⁴⁷ ha indicado que el aumento en el número ab-

⁴⁶ J. SANDERS, *THE PROGRAM EVALUATION STANDARDS: 2ND EDITION HOW TO ASSESS EVALUATIONS OF EDUCATIONAL PROGRAMS* (1994).

⁴⁷ F. Mesquita, et al., *Public Health the Leading Force of the Indonesian Re-*

mas cuyo uso de su familia, problemática sociales, de justicia le la penalización a la sociedad a dependencia las estrategias ir su estado de o su compromiso es, el modelo de áfica al proceso ón de la política res de los resultados interpretar estos cia, incluyendo disponible para onsiderando las rés para quienes

DAÑOS DOMINA

ociado típicamente, particularmente en su adopción. cambios que se han los países de más que han incrementadas en consonancia desarrollos, Estados modelo a nivel exclusivamente prohibida del SIDA de las o en el número ab-

S: 2ND EDITION HOW TO ce of the Indonesian Re-

soluta de casos del VIH/SIDA en Asia y en Europa Oriental se vincula con el uso de drogas inyectadas, encontrándose los focos mayores de la epidemia movida por la inyección de las drogas con equipo contaminado en China e Indonesia. Recientemente, Mesquita y sus colaboradores informaron que en Indonesia, un país profundamente islámico, se ha adoptado el modelo de mitigación de daños como fundamento de la política pública. Se han establecido, con apoyo multi-sectorial que incluye a los gobiernos locales, programas de intercambio de jeringuillas y de tratamiento con Metadona, incluso en prisión. Además, se ha facilitado el acceso a un tratamiento con medicamentos que combaten el VIH entre la población usuaria de drogas. Los autores destacan que este modelo se ha convertido en el estándar que adoptan los países asiáticos para atender adecuadamente la pandemia del VIH/SIDA en ese hemisferio.

En Irán se ha registrado una significativa epidemia de VIH/SIDA y de Hepatitis C asociada con el uso de las drogas inyectadas con equipo contaminado. A mediados de la década de los noventa, el país reformuló su política de drogas, que estaba fundamentada en estrategias punitivas de justicia criminal, a una política orientada por principios de salud pública.⁴⁸ El énfasis inicial de la política iraní en el control de la oferta incluía la posibilidad de castigar con la pena de muerte a los poseedores de más de treinta (30) gramos de heroína o de cinco (5) kilos de opio. Hay estimados que sitúan en 10,000 las personas convictas y ejecutadas en Irán en las décadas recientes.⁴⁹ Pese a esta trayectoria centrada en el prohibicionismo punitivo, la nueva política de la nación ha reasignado gran parte del presupuesto utilizado en la interdicción para sufragar los esfuerzos de la reducción de la demanda y en el aumento del acceso a un tratamiento.

Portugal provee la experiencia más reciente de una nación con tradición judeo-cristiana y con valores compartidos con otros paí-

sponse to the HIV/AIDS Crisis Among People Who Inject Drugs, 4 J. HARM REDUCT. 9 (2007).

⁴⁸ E.M. Razzaghi, et al., *Profiles of risk: A Qualitative Study of Injecting Drug Users in Tehran, Iran*, 3 J. HARM REDUCT. 12 (2006).

⁴⁹ Grabación de audio: World: Narcotics Supply Reduced, But Iran And Afghanistan Still Suffering (transmission de Radio Free Europe - Radio Liberty, 2006) disponible en <http://www.rferl.org/featuresarticle/2006/06/bd13fc1d-0bf6-42f0-a164-5740b56fec14.html>.

ses iberoamericanos que ha adoptado la mitigación de daños y que ha despenalizado el uso de las drogas.⁵⁰ El proceso se inició con la formación de una comisión de expertos que rindió su informe en 1998 con las recomendaciones para cambiar la política nacional en la dirección de la reducción de daños.⁵¹ La política fue acogida por la Asamblea Nacional en el año 2000. Los datos de vigilancia recopilados por el gobierno portugués durante la década de 1990 demostraban una tasa de eventos adversos asociados con el uso de drogas entre ocho (8) a dos (2) veces mayor que la reportada por otros países de Europa Occidental. Fundamentado en valores humanistas y pragmáticos, el gobierno de Portugal desarrolló su política con alrededor de trece (13) opciones estratégicas, entre las que se destacan despenalizar el uso de las drogas. Esta decisión se fundamentó en la convicción de que las penas carcelarias, al igual que las multas, no habían demostrado ser una respuesta adecuada al mero uso de las drogas, y que exponer a una persona usuaria a procedimientos criminales no resultaba en una intervención apropiada ni efectiva. Otras estrategias adoptadas incluyeron ampliar y mejorar la calidad y la disponibilidad del tratamiento para garantizar el acceso a los servicios que no exigen abstinencia como son los programas de intercambio de jeringuillas y otros de índole conductual y social que aspiran a normalizar la vida de toda persona adicta, mientras que se le motiva a solicitar un tratamiento. Este acercamiento también aspira a promover la reintegración social y laboral de todas las personas con desórdenes de sustancias; el acceso a un tratamiento voluntario en lugar de a penas carcelarias; garantizar un tratamiento a la población confinada, y a comprometerse con la evaluación y la investigación científica necesarias para poder estimar el impacto de los cambios en la política nacional y a entender los elementos que explican sus resultados. Para lograr sus prioridades, el gobierno incrementó su presupuesto a razón de un 10% anual durante cinco (5) años hasta alcanzar la cifra de 160 millones de euros (o \$217,799,678.74 aproximadamente, a junio de 2007). Con casi dos y media veces la población de Puerto Rico, el esti-

⁵⁰ M. VANHETLOO, ET AL., *DECRIMINALIZATION OF DRUG USE IN PORTUGAL: THE DEVELOPMENT OF A POLICY* (2000).

⁵¹ COMISSÃO PARA A ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMBATE À DROGA, *ESTRATÉGIA NACIONAL DE LUTA CONTRA A DROGA*. (1998).

n de daños y
 proceso se inició
 rindió su in-
 iar la política
 La política fue
 . Los datos de
 rante la déca-
 rsos asociados
 s mayor que la
 Fundamentado
 io de Portugal
 cciones estraté-
 o de las drogas.
 que las penas
 demostrado ser
 , y que exponer
 les no resultaba
 ras estrategias
 d y la disponibi-
 los servicios que
 e intercambio de
 l que aspiran a
 ras que se le mo-
 o también aspira
 idas las personas
 atamiento volun-
 r un tratamiento
 n la evaluación y
 er estimar el im-
 entender los ele-
 r sus prioridades,
 de un 10% anual
 e 160 millones de
 a junio de 2007).
 erto Rico, el esti-

USE IN PORTUGAL: THE

E À DROGA, ESTRATÉGIA

mado oficial del total de personas con desórdenes de sustancias en Portugal es casi la mitad de lo que se reporta para la Isla (60,000 vs. 120,000, según datos de 2002).⁵² Esto implica que el gobierno está invirtiendo en sus medidas de salud pública para el tratamiento, sólo para los desórdenes de sustancias, una cantidad anual que compara con el presupuesto total asignado en Puerto Rico a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en 2007⁵³ para proveer todos sus servicios incluyendo los de salud mental y los de tratamiento para las personas con un uso problemático de drogas.

En abril de 2002 se publicó un informe de inteligencia de la Drug Enforcement Agency (DEA, por sus siglas en inglés), agencia federal de los Estados Unidos, que analizaba los cambios en la política sobre las drogas en las naciones de Europa y las direcciones en las que éstas se iban enfilando.⁵⁴ El informe describe las medidas que han estado ganando adeptos en el continente. Entre ellas se incluyen la legalización, la despenalización y la reducción de daños. El documento concluye que los cambios de la política de drogas en Europa, irrespectivo de la modalidad adoptada, coinciden en que dependen menos de criminalizar las ofensas menores, mientras que se incrementan las penas aplicadas al trasiego. Según la DEA, los datos disponibles que evalúan la efectividad de la política de mitigación de daños, particularmente los que provienen de Holanda, donde se adoptó este paradigma hace más de treinta (30) años y que cuenta con el mayor cúmulo de evidencia científica para evaluar sus efectos, indican que ha sido efectiva en la reducción de las consecuencias adversas sobre la salud de los usuarios. Los hallazgos de las encuestas diseñadas para estimar las tasas del uso de drogas ilegales entre diferentes segmentos de la población revelan que la tasa del uso de marihuana en-

⁵² C.E. Albizu-García, *Poblaciones Olvidadas: La Invisibilidad de las Personas en Instituciones Penales en DIVERSIDAD CULTURAL: REFLEXIÓN CRÍTICA DESDE UN ACERCAMIENTO INTERDISCIPLINARIO* (R. Rosa & L. Santiago eds.) (2006). J. Rehm, et al., *Problematic drug use and drug use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology*, 15 EUR. NEUROPSYCHOPHARMACOL. 389-97 (2005).

⁵³ OFICINA DE GERENCIA Y PRESUPUESTO, PRESUPUESTO 2007 (2007) disponible en <http://www.ogp.gobierno.pr/>.

⁵⁴ DRUG ENFORCEMENT AGENCY, DEA DRUG SCHEDULES (1970) disponible en <http://addictioncience.net/ASNclass.htm>.

tre los escolares holandeses es la mitad de la de los escolares en Estados Unidos, mientras la tasa de uso de heroína en la población holandesa es casi tres (3) veces menor a la de Estados Unidos.⁵⁵

VII. LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN PUERTO RICO: LA EXTINTA OFICINA DE CONTROL DE DROGAS Y SU VISIÓN SALUBRISTA

Recientemente, Puerto Rico tuvo la oportunidad de adelantar las políticas reformistas relacionadas con las adicciones al crear una Oficina para el Control de Drogas (en adelante, OCD) con un enfoque salubrista y un Plan Estratégico sensible al contexto socio-cultural de la Isla y a tono con el conocimiento científico sobre las estrategias efectivas para prevenir y tratar las adicciones.⁵⁶ Sin embargo, el gobernador Acevedo Vilá y la Legislatura controlada por la oposición terminaron revocando este legado al eliminar la OCD al cabo de tres (3) años de existencia. El escaso presupuesto de \$1 millón fue transferido a la Policía de Puerto Rico.⁵⁷

A más de dos (2) años del cierre de la OCD surgen ciertas recomendaciones sobre cómo los estados deben manejar las adicciones y sus secuelas. Las mismas fueron preparadas por una comisión de ciudadanos de Estados Unidos que resalta el carácter vanguardista del Plan Estratégico, la vigencia y la pertinencia de este proyecto histórico que, de haber sido implantado con verdadero apoyo gubernamental, probablemente habría implicado beneficios significativos a la salud de la población de Puerto Rico y al erario.⁵⁸ Bajo el liderato del ex-gobernador de Massachusetts, Michael S. Dukakis, respaldados por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston y financiados por la Fundación Robert Wood Johnson, partiendo de un modelo de salud pública, se

⁵⁵ FACT SHEET: DRUG USE IN THE UNITED STATES AND THE NETHERLANDS (1998) disponible en <http://www.csdp.org/research/dutch.pdf>.

⁵⁶ Ley número 3 de 13 de marzo de 2001, 3 LPRA §§2401-2411 (2004). OFICINA DE CONTROL DE DROGAS, PLAN ESTRATÉGICO 2003 (2003) disponible en <http://www.ocd.gobierno.pr/PlanEstrategico/index.asp>.

⁵⁷ *Supra* nota 12.

⁵⁸ D.L. ROSENBLOOM, ET AL., BLUEPRINT FOR THE STATES: POLICIES TO IMPROVE THE WAYS STATES ORGANIZE AND DELIVER ALCOHOL AND DRUG PREVENTION AND TREATMENT (2006).

[Vol. 75:4

os escolares en
na en la pobla-
e Estados Uni-

CO: LA EXTINTA
SALUBRISTA

ad de adelantar
cciones al crear
te, OCD) con un
e al contexto so-
o científico sobre
las adicciones.⁶⁶
gislatura contro-
legado al elimi-
ia. El escaso pre-
cia de Puerto Ri-

surgen ciertas re-
nejar las adiccio-
das por una comi-
esalta el carácter
la pertinencia de
antado con verda-
bría implicado be-
a de Puerto Rico y
de Massachussets,
a de Salud Pública
c la Fundación Ro-
e salud pública, se

THE NETHERLANDS (1998)

LA §§2401-2411 (2004).
03 (2003) disponible en

ES: POLICIES TO IMPROVE
DRUG PREVENTION AND

constituyó un grupo de trabajo que examinó cómo los estados podían ser más efectivos en la prevención y el tratamiento de los desórdenes del abuso y de la dependencia de las sustancias y de otros problemas relacionados con las adicciones. Durante aproximadamente un año, el panel promovió la participación de diversos sectores en la elaboración de sus recomendaciones. Al examinar su contenido, se observa que las mismas son cónsonas con el carácter vanguardista del extinto Plan Estratégico de Puerto Rico. Éstas son reconocidas actualmente como las alternativas ideales para que los estados puedan desarrollar estrategias efectivas de prevención y de tratamiento de las adicciones y de los problemas relacionados. Las recomendaciones recogidas en el informe *Blueprint for the States* están siendo ampliamente divulgadas y consideradas por los gobiernos estatales a través de la nación.

Comparable a la experiencia asociada al desarrollo del documento del panel estadounidense, la OCD llevó a cabo, varios años antes, un prolongado proceso de consulta del cual surgió un Plan Estratégico para el Control de Drogas en Puerto Rico con el insumo de los sectores cívicos y profesionales. En el Plan Estratégico, el gobierno aceptaba, por primera vez, que las adicciones son un problema de salud. También, planteaba que los problemas relacionados con las drogas legales e ilegales están íntimamente relacionados con una serie de factores sociales, biológicos, económicos y ambientales, entre ellos, el acceso ilegal a las armas de fuego, la pobreza, la ilegalidad de la droga y la cultura de glorificación del alcohol y de otras drogas. De acuerdo con el Plan Estratégico, la OCD debería establecer alianzas con los sectores público y privado para proveer servicios de prevención y de tratamiento, y canalizar las necesidades de asistencia técnica y recursos fiscales a través de sus oficinas, en alianza con el gobierno. A la OCD también se le responsabilizó por la coordinación de alianzas inter-agenciales y por servir de asesor al Poder Ejecutivo en asuntos de política pública relacionada con los desórdenes ligados a las sustancias narcóticas. Estas funciones convirtieron a la OCD en la única agencia con una política pública organizada, coherente y multi-agencial sobre las drogas y las adicciones en Puerto Rico. En sólo tres (3) años la OCD obtuvo logros significativos en varias de sus estrategias de intervención, destacándose la implantación de un tratamiento sustentado en evidencia científica, el establecimiento de indicadores de costo-efectividad

para la asignación de fondos para el tratamiento y para la prevención, la obtención de las credenciales de profesionales en el área del tratamiento de las drogas y en el auspicio de las investigaciones relevantes a la drogadicción en Puerto Rico. También contribuyó a la implantación y expansión del tratamiento con Metadona en las instituciones penales y a la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica para detectar la magnitud, distribución y los factores asociados con el uso problemático de las drogas en Puerto Rico.⁵⁹

El Plan Estratégico propuso estrategias de intervención para atender las necesidades de las mujeres embarazadas con problemas de adicción, atender las diferencias por género, e incluyó las estrategias necesarias para lidiar con el abuso y la dependencia de las drogas en los deportes. Se identificaron las barreras que impedían el acceso a los servicios de salud física y mental y para las adicciones, al igual que las barreras en el pago de los seguros y en otras políticas que afectan adversamente la prestación de servicios de salud a las personas con trastornos de sustancias. El Plan Estratégico comenzó a exigir que todo programa que recibiera fondos estatales integrara las evaluaciones de efectividad de sus servicios. Además, tuvo éxito en los esfuerzos dirigidos a que se comenzara a regular la práctica de la conserjería en adicciones, específicamente, en la prevención de la adicción a las drogas legales y a las ilegales.⁶⁰

Esta mirada somera al Plan Estratégico nos indica que en su confección e implantación se contemplaron las funciones y las actividades de la salud pública y que el mismo posibilitaba el que Puerto Rico pudiera acercarse al fenómeno de las drogas desde esa perspectiva. El Plan representó un paso de vanguardia en Puerto Rico, porque, por primera vez, se conceptualizó una estrategia que respetaba los derechos humanos de las personas con adicciones. El Plan fue considerado un instrumento flexible pues permitía la incorporación de toda estrategia de intervención dirigida a controlar la demanda del alcohol, del tabaco y de otras drogas, siempre que fueran estrategias de comprobada efectivi-

⁵⁹ *Supra* nota 12.

⁶⁰ Ley número 369 de 16 de septiembre de 2004, 24 LPRA §§10051-10067 (2004).

y para la pre-
sionales en el
de las investi-
Rico. También
ratamiento con
ción de un sis-
magnitud, dis-
lemático de las

tervención para
adas con proble-
ro, e incluyó las
la dependencia
as barreras que
y mental y para
go de los seguros
la prestación de
de sustancias. El
ama que recibie-
de efectividad de
s dirigidos a que
jería en adiccio-
ción a las drogas

indica que en su
funciones y las
osibilitaba el que
las drogas desde
le vanguardia en
tualizó una estra-
las personas con
ento flexible pues
intervención diri-
tabaco y de otras
nprobada efectivi-

LPRA §§10051-10067

dad en la reducción de los riesgos y de los daños asociados al uso de las drogas, que fueran consistentes con la política salubrista de la adicción a las drogas y armónicas con el ordenamiento legal vigente. Con el advenimiento de la administración del gobernador Acevedo Vilá y de la Legislatura dominada por un partido de oposición hubo un cambio en la política pública que optó por concentrar los recursos públicos en actividades del sector de justicia criminal bajo la consigna de "castigo seguro". Al perder el Plan Estratégico por decisión del gobierno compartido, Puerto Rico perdió la posibilidad, por lo menos en el futuro previsible, de atender sistemáticamente los desórdenes de sustancias y sus secuelas y de verdaderamente, controlar el VIH/SIDA y la Hepatitis B o C. Como consecuencia, no se ha detenido la pérdida de vidas, mayormente de hombres jóvenes que pudieron haber contribuido con capital humano al desarrollo de nuestro país.

VIII. ALTERNATIVAS PARA PUERTO RICO

La urgente necesidad de atender los enormes problemas de crimen, infecciones, muertes por sobredosis, corrupción y hacinamiento carcelario asociados con la política punitiva y con la erosión de los derechos civiles que sus acólitos tienden a promover en aras de aumentar la seguridad ciudadana, nos debe conducir, al menos, a retomar el Plan Estratégico de Drogas y a revisarlo para evaluar su vigencia. Los datos provenientes de otras sociedades que han optado por revertir el curso de su política fracasada adoptando modelos de salud pública, nos deben convencer de que es posible detener las consecuencias adversas que la política vigente acarrea. Trabajar sobre un documento en el que se invirtió tiempo y dinero y que, además, contó con el aval de la sociedad civil facilitaría iniciar un proceso serio de reflexión y de análisis para legislar a favor de la política sustentada en principios de la salud pública. El ambiente de reforma que se observa en muchos estados y la creciente convicción de que el modelo prohibicionista ha fracasado nos debe facilitar esta gestión. El liderato salubrista del país, al igual que el liderato político, debe entender el enorme precio en erosión de vidas humanas, capital social y fondos públicos que Puerto Rico paga por persistir en sus inefectivas posturas punitivas.

Este trabajo se puede iniciar mediante la creación de una comisión similar a la que se estableció en Portugal para llevar a cabo

el proceso de análisis de su política. Desde 1997, en Puerto Rico, liderado por la Comisión para el Estudio de la Criminalidad y de las Adicciones (CECA), se viene reiterando esta recomendación en foros públicos y en documentos divulgados al sector político y a las organizaciones de la sociedad civil. Debe existir el compromiso de todos los partidos políticos y de las ramas del Gobierno de tomar con seriedad las recomendaciones que el grupo genere. La despenalización debe promoverse con la mayor prioridad. Persistir en la criminalización del uso de las drogas sólo beneficia a la economía ilegal, cuyo lucro proviene precisamente del estado de ilegalidad del producto que mercadea. Aplicar penas carcelarias por ofensas de posesión de drogas ilegales y encarcelar primordialmente a personas jóvenes, pobres, de baja escolaridad y con una mayor proporción de desórdenes de sustancias y de enfermedad mental que la observada para la población general del país⁶¹ se torna en un serio problema de inequidad y de injusticia, mayormente cuando los trastornos adictivos en Puerto Rico se distribuyen equitativamente a través de todos los sectores socio-económicos.⁶²

El éxito de una nueva política dependerá también de los esfuerzos multi-sectoriales que la apoyen y trabajen para su consecución. Las alarmantes tasas de VIH, Hepatitis C, homicidios y muertes por sobredosis que enfrenta Puerto Rico deben promover, por parte del liderato político del país, un compromiso ineludible de comunicar con premura, honestidad y valentía la necesidad de cambiar el rumbo desatinado de nuestra política existente y de recabar la colaboración de todos los sectores que pueden ayudar a aminorar los problemas que ella genera. Comunicarle efectivamente al público las múltiples dimensiones de la vida en sociedad que se ven afectadas por el prohibicionismo requerirá de la colaboración y del trabajo de los grupos que han atendido algunos de los aspectos asociados al fenómeno de las drogas, organizados y dirigidos por objetivos claros y consensuados que faciliten articular un mensaje claro y convincente.

⁶¹ CARMEN E. ALBIZU-GARCÍA, ET AL., ESTUDIO DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PARA EL USO DE SUSTANCIAS Y LA PREVENCIÓN DE VIH Y HEPATITIS B/C EN LAS PRISIONES DE PUERTO RICO (2005).

⁶² H.M. Colón, et al., *Prevalence and Correlates of DSM-IV Substance Use Disorders in Puerto Rico*, 93(1-12) BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO (2001), 12-22.

en Puerto Rico, la igualdad y de recomendación por el Gobierno de Puerto Rico. La importancia de la igualdad. Persistencia de la desigualdad que beneficia a la élite del estado de Puerto Rico. Las cárceles y las cárceles primarias y de enfermería general del país⁶¹ son una injusticia, marzo de Puerto Rico se dis- sectores socio-

Además de los esfuerzos para su conse- ción de VIH y Hepatitis C, homicidios y otros delitos deben promoverse un compromiso ineludible de la política existente que pueden ser abordados. Comunicarle a los jóvenes de la vida en Puerto Rico que también requerirá de un enfoque que han atendido al problema de las drogas, organizaciones que facilitan

DE NECESIDADES DE
CIÓN DE VIH Y HEPATITIS

DSM-IV Substance Use
CIÓN MÉDICA DE PUERTO

Las siguientes acciones deben, sin embargo, adoptarse inmediatamente:

1. Hacer de la prevención del contagio con patógenos sanguíneos tales como el VIH la mayor prioridad.

Todo programa de tratamiento debe llevar a cabo actividades de mitigación de daños que incluyan la prevención del contagio de VIH y de Hepatitis B y C entre los usuarios y entre sus parejas sexuales, incluso vacunar contra la Hepatitis B. Los programas de intercambio de jeringuillas deben expandirse y contar con el insumo de los usuarios para conocer sus necesidades y atenderlas apropiadamente.

2. Adjudicar los fondos para el tratamiento a los programas que funcionen, aumentar su disponibilidad y facilitar el acceso al tratamiento demandado por la persona con un trastorno adictivo cuando ésta lo solicite.

Actualmente hay programas de tratamiento con lista de espera. Dicha práctica no debe ser tolerada. El acceso amplio a los servicios de tratamiento erosiona el mercado de drogas y reduce los daños asociados con el abuso que redundan en mayores costos sociales y de salud. No se puede limitar el tratamiento a opciones centradas en la abstinencia. Debe haber el suficiente tratamiento con medicación para acomodar a las personas con trastornos de drogas que no pueden funcionar en programas libres de drogas. Esta modalidad debe estar accesible para los jóvenes que se inyectan, cuyo riesgo de contagiarse con el virus de Hepatitis C se produce durante el primer año de su carrera de inyección, igual que para las mujeres embarazadas. Los programas deben ser sensibles a las necesidades de sus clientes, quienes varían en sus preferencias de tratamiento y en sus necesidades en función de su género, de las insuficiencias sociales, del acceso geográfico al servicio y de la presencia de otros trastornos mentales.

3. El seguro de salud público debe cubrir el costo de los medicamentos agonistas de opiáceos como la Metadona y la Buprenorfina cuya efectividad ha sido ampliamente documentada.

4. Bajo un modelo de salud pública se invertiría en estrategias de prevención para disuadir o posponer el inicio del consumo de las drogas legales e ilegales centrados

en información veraz y verificable que aumenten la confianza de los adolescentes en que los adultos les llevan mensajes creíbles.

Las estrategias de prevención para reducir el inicio y el uso problemático de las drogas en la adolescencia deben valerse de programas extracurriculares en las escuelas, de mentores y de programas de adiestramiento para el mercado de trabajo diestro. La educación sobre drogas tiene que ser veraz, sin exageraciones y provista por personal académico debidamente adiestrado en vez de por la policía. No se deben financiar programas cuya falta de efectividad haya sido comprobada.

5. Financiar la expansión de los servicios de tratamiento y aumentar las actividades constructivas disponibles para los niños y los jóvenes.

Esto requerirá de recursos que en la actualidad están asignados a otras estrategias asociadas al modelo punitivo. La reasignación de recursos en función de las prioridades aquí señaladas no dejará de ser un asunto controvertible que requiere de la voluntad política y de la presión ciudadana.

IX. RETOS QUE ENFRENTAREMOS

Retomar la perspectiva de la salud pública en la política nacional de drogas podría ser viable para Puerto Rico de haber la voluntad ciudadana y de las autoridades de salud. Trabajar en esa dirección requiere reconocer dónde radican los retos que, de no atenderse, podrían conducir al fracaso o al retraso de los cambios que tanto se necesitan en el país para revertir los preocupantes indicadores de salud física, social y mental que evidencian el impacto adverso de la prohibición sobre nuestra población. Algunos de los retos que necesitan enfrentarse con mayor premura son los siguientes:

1. El tribalismo político:

La falta de consenso en otras acciones legislativas necesarias para el funcionamiento y el desarrollo del país exige de una cuidadosa atención al diseño de las estrategias que propendan a adelantar cambios en la política de drogas.

[Vol. 75:4

nten la con-
os les llevan

lucir el inicio
lescencia de-
en las escue-
niento para el
re drogas tie-
sta por perso-
z de por la po-
falta de efec-

ricios de trata-
ctivas disponi-

la actualidad
adas al modelo
función de las
ser un asunto
política y de la

la política nacio-
de haber la vo-
Trabajar en esa
retos que, de no
so de los cambios
los preocupantes
evidencian el im-
oblación. Algunos
r premura son los

ciones legislativas
desarrollo del país
eño de las estrate-
as en la política de

2. Hemos estigmatizado y demonizado el uso de las drogas ilegales con la consiguiente victimización de los usuarios, mientras glorificamos las drogas legales.

Como consecuencia de haber establecido esta dicotomía artificial entre las drogas legales, como el alcohol, que se asocian con el éxito, el prestigio, el lujo y la felicidad⁶³ y, por otro lado, las drogas ilegales y su asociación con la marginalidad, el pecado, la ilegalidad, el crimen y el terrorismo,⁶⁴ no hemos sido capaces de desarrollar una política pública integrada que incluya el manejo de todas las drogas que tengan el potencial de abuso o de dependencia, incluyendo las prescritas, las legales utilizadas para generar estados de placer y las que permanecen ilegales. Esta dicotomía de las drogas "buenas" y las drogas "malas", según definidas por el Estado y avaladas por la industria, nos crea obstáculos conceptuales para mirar el fenómeno de la ingesta de cualquier droga como una conducta con potencial de impactar, positiva o adversamente, la salud individual y colectiva. El mensaje salubrista se verá también acechado por el discurso opositor de quienes se benefician de mantener esta dicotomía, entre ellos las industrias licoreras, las tabacaleras y las agencias publicitarias que le venden sus servicios.

3. El protagonismo de las fuerzas de seguridad y la dependencia en la penalización erosionan los recursos necesarios para otros proyectos sociales:

En Puerto Rico, el presupuesto de seguridad sobrepasa el del Departamento de Salud.⁶⁵ Con su énfasis en indicadores de éxito orientados hacia el control de la oferta, el prohibicionismo ha generado en Estados Unidos y en Puerto Rico un sistema de cárceles y prisiones cuyo costo ha ido ascendiendo a niveles difíciles de mantener. En

⁶³ NEW YORK MAYOR'S OFFICE, REPORT OF THE MAYOR'S COMMITTEE ON SMOKING AND HEALTH (1986). UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, THE MACBRIDE REPORT (1980). R. Room, *Rethinking Alcohol, Tobacco and Other Drug Control*, 98(6) ADDICTION 713-16 (2003).

⁶⁴ OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, NATIONAL DRUG CONTROL STRATEGY (2006).

⁶⁵ *Supra* nota 53.

1999 en Estados Unidos, el gasto correccional ascendió a aproximadamente \$31,000 millones.⁶⁶ Entre 1984 y 2004, según reportado por Stemen,⁶⁷ el mayor cambio porcentual en el gasto público a nivel de los estados se observa en el renglón de los correccionales, con un aumento de 200%. Durante el mismo intervalo de tiempo, el aumento en el gasto público para la educación elemental y la superior fue cuatro (4) veces menor y el gasto en la educación universitaria creció sólo en un 3%. Revertir parte de las asignaciones presupuestarias de las agencias de seguridad para adjudicarlas a proyectos que desarrollen el capital humano y el civismo implicará enfrentarse a la resistencia al cambio de la industria de la seguridad que vela por sus propios intereses.

4. Existen barreras estructurales que reducen el acceso al servicio de salud para atender los desórdenes adictivos:

Los seguros médicos discriminan contra los enfermos mentales y contra los enfermos de desórdenes adictivos en comparación con otras enfermedades crónicas. La mayoría de las cubiertas limitan el número de días de hospitalización y el número de visitas que se pueden hacer para el tratamiento de estas condiciones. Sin embargo, múltiples estudios han encontrado que las primas de los seguros se afectarían muy poco, si algo, con la ampliación de la cubierta para incorporar los beneficios necesarios para atender estas condiciones apropiadamente.⁶⁸ Un ejemplo dramático es la exclusión de la cubierta médica si una persona tiene algún accidente de tránsito bajo los efectos del alcohol o de otra droga. En 2005, según la ACAA y la Policía de Puerto Rico, hubo unos 300,000 accidentes de tránsito, que causaron 580 muertes y 34,000 le-

⁶⁶ BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, CHARACTERISTICS OF THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEMS (2001).

⁶⁷ D. STEMEN, RECONSIDERING INCARCERATION: NEW DIRECTIONS FOR REDUCING CRIME (2007).

⁶⁸ SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, ORGANIZATION AND FINANCING OF MENTAL HEALTH SERVICES (1997).

al ascendió a 1984 y 2004, no porcentual observa en el monto de 200%. Aumento en el a superior fue a asignación universalidad para aditamento humano y a cambio por sus propios

que reducen el los desórdenes

contra los enfer- sórdenes adicti- les crónicas. La uero de días de se pueden hacer 3. Sin embargo, as primas de los on la ampliación ficios necesarios adamente.⁶⁸ Un ibierta médica si ransito bajo los . 2005, según la nos 300,000 acci- ertes y 34,000 le-

sionados. La Ley número 138 del 26 de junio de 1968⁶⁹ niega la cubierta de este seguro médico a aquellas personas que conduzcan bajo los efectos del alcohol o de las drogas. Esto disuade la evaluación y el diagnóstico de estos problemas en las salas de emergencia del país, por lo que se pierde una gran oportunidad para intervenir con quienes tienen un uso problemático de estas sustancias y referirlos a tratamiento. En muchas jurisdicciones de Estados Unidos se han abolido estas exclusiones en beneficio de la salud pública y de la prevención de nuevos accidentes.⁷⁰

5. El estigma hacia los usuarios de drogas por parte de los profesionales de la salud pública y la falta de formación científica de esta fuerza laboral ante el fenómeno de drogas:

Dada la centralidad del prohibicionismo, la fuerza laboral en la salud pública, que incluye a las personas que han recibido la educación y el adiestramiento en una enorme gama de disciplinas, entre ellos médicos, enfermeras, profesionales de la conducta, trabajadores sociales, administradores, abogados, comunicadores, ingenieros y otros profesionales, no ha recibido la formación profesional necesaria sobre el fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la salud pública. Las deficiencias en la formación profesional de los médicos sobre el fenómeno de las drogas quedaron evidenciadas en un estudio publicado en 2000 por la Universidad de Columbia en Nueva York.⁷¹ Los hallazgos revelaron que el 94% de los médicos de cuidado primario no diagnosticaron los síntomas del uso de sustancias en pacientes adultos, 41% de los pediatras no pudo diagnosticar el uso de drogas ilegales en adolescentes, mientras que el 74% de los pacientes encuestados en programas de tratamiento de drogas afirmaron que su médico no tuvo nada que ver con su decisión de buscar un tratamiento. Los autores concluyen que la situación cons-

THE CRIMINAL JUSTICE

EW DIRECTIONS FOR

ES ADMINISTRATION, S (1997).

⁶⁹ 9 LPRA §§2051-2065 (2004).

⁷⁰ *Supra* nota 58.

⁷¹ SURVEY RESEARCH LABORATORY, MISSED OPPORTUNITY: NATIONAL SURVEY OF PRIMARY CARE PHYSICIANS AND PATIENTS ON SUBSTANCE ABUSE (2000).

tituye "una gran pérdida de las oportunidades de intervención, y que revela el fracaso de la profesión médica, a todos los niveles- en la escuela de medicina, en el adiestramiento del internado y de la residencia, en la educación médica continuada y en la práctica médica- de enfrentar el problema de salud número uno de la nación".⁷²

En la preparación de los trabajadores sociales se observan situaciones similares. El enfoque de este profesional hacia una política salubrista descansa en sus conocimientos, destrezas y actitudes hacia el fomento de la participación activa de las personas afectadas en la planificación y en la implantación de las alternativas de servicios que respondan a sus necesidades. No existe en Puerto Rico un programa académico que prepare al trabajador social en el campo de las adicciones para que pueda desarrollar las competencias e intervenir adecuadamente con las diversas dimensiones del problema. En contadas ocasiones se les prepara para entender los paradigmas que sostienen las leyes y las políticas vigentes en diversos países, incluyendo a Puerto Rico, ni se les expone a los paradigmas alternos disponibles. Educar a los trabajadores sociales sobre el fenómeno de las drogas desde esa perspectiva es imperativo para poder contar con una fuerza laboral capaz de implantar con fidelidad y convencimiento las estrategias que se adopten bajo la política centrada en un modelo salubrista.⁷³

6. Inequidades en el acceso al tratamiento como consecuencia del tratamiento ordenado por los tribunales:

Un estudio realizado en 2001 por Belenko y sus colaboradores sobre el perfil de los participantes de Cortes de Drogas en varios estados del noreste de Estados Unidos encontró que casi la mitad de los participantes fueron arrestados por el uso del alcohol o de la marihuana y me-

⁷² *Id.* (traducción suplida).

⁷³ G. Negrón-Velázquez, *Análisis del paradigma prohibicionista y el paradigma de salud pública aplicados al manejo de la drogadicción y criminalidad en Puerto Rico: implicaciones para la práctica del trabajador social*, en *LA CRISIS SOSTENIDA: RETOS PARA LA POLÍTICA SOCIAL Y EL TRABAJO SOCIAL* 486-500 (D. Guardiola, C. Guemárez & A. Rivera eds.) (2007).

les de inter-
 ón médica, a
 , en el adies-
 la educación
 e enfrentar el
 72

es sociales se
 de este profe-
 a en sus cono-
 fomento de la
 as en la plani-
 tivas de servi-
 iste en Puerto
 al trabajador
 ue pueda desa-
 uadamente con
 a contadas oca-
 paradigmas que
 en diversos paí-
 pone a los para-
 trabajadores so-
 sde esa perspec-
 una fuerza labo-
 avencimiento las
 a centrada en un

ratamiento como
 or los tribunales:
 Belenko y sus co-
 ipantes de Cortes
 le Estados Unidos
 cticipantes fueron
 marihuana y me-

hibicionista y el para-
 dición y criminalidad
 rbajador social, en LA
 RABAJO SOCIAL 486-500

nos por el uso de las llamadas "drogas fuertes".⁷⁴ El dato sugiere que son en realidad los usuarios casuales de marihuana aprehendidos los que podrían estar obligados a recibir un tratamiento, porque consumen una droga cuyo uso está criminalizado en la mayoría de los estados y de los territorios de Estados Unidos. La posibilidad de que los usuarios casuales de las sustancias ilícitas sean provistos de este mecanismo para evitar la encarcelación y ocupen los escasos espacios de tratamiento disponibles para atender a las personas cuyo uso de drogas es problemático, plantea un asunto de equidad en la prestación de servicios de tratamiento. El juez de distrito del estado de Colorado, Morris B. Hoffman, sugiere que las Cortes de Drogas intentan apaciguar dos (2) principios en franca contradicción: tratar simultáneamente el uso de las drogas como un crimen y como una enfermedad, lo que conduce a lo que él denomina una "esquizofrenia nacional".⁷⁵ El problema de conceptualizar cualquier uso de las drogas como un uso problemático y el tratamiento como una respuesta aplicable, irrespectivo de si hay o no criterios de un trastorno del uso de sustancias, está marcado por la concepción prevaleciente de que no hay justificación que medie el uso casual de las drogas prohibidas. El poder de coerción del Estado ejerce, incluso, imponiendo un tratamiento sobre algunas personas que no lo ameritan.

X. CONCLUSIÓN

Puerto Rico debe acoger, con carácter de urgencia, el modelo de salud pública para lidiar con el fenómeno de las drogas a un menor costo social y económico. La adopción de este modelo, que por su naturaleza tiene la capacidad de ser crítico y sensible a los hallazgos de sus evaluaciones, podría propiciar una política más racional y centrada en hacer valer los derechos de todos los integrantes de esta sociedad. El modelo de salud pública incorpora la

⁷⁴ NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE, RESEARCH ON DRUG COURTS: A CRITICAL REVIEW (2001).

⁷⁵ M. Hoffman, *The Drug Court Scandal*, 78 NORTH CAROLINA L. REV. 1480 (2000).

evidencia científica a los procesos de toma de decisiones en la formulación de política pública, y reduce las posibilidades de incurrir en la improvisación. Sin embargo, la salud pública no existe en un vacío político y social. El ejercicio ético de las funciones y la aplicación de los métodos científicos a las acciones de la salud pública dependen, en última instancia, de la voluntad política de quienes ejercen la autoridad sanitaria en el país. En nombre de la salud pública se han cometido grandes injusticias. Es por ello que a cualquier acercamiento al fenómeno de las drogas derivado de la salud pública tienen que aplicarse los principios y los valores relevantes provenientes de la ética en la salud pública y en la solidaridad. Aspirar a una práctica de salud pública capaz de promover y valorar la deliberación ética y solidaria se torna en una salvaguarda para evitar que cualquier política, sea o no derivada de la salud pública, padezca de los mismos defectos observados en la política punitiva prohibicionista y termine haciendo mucho más daño que bien, sin muchas posibilidades de ser revocada. Sólo nos resta aglutinar las fuerzas de la sociedad que avancen el paradigma de la salud pública para atender el fenómeno de las drogas y motivarles para que intercedan a favor de proveerle una oportunidad a Puerto Rico para mejorar su calidad de vida.