



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

8º Generación

2011 - 2012

Artículo de Revisión Sistematizada

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

TEMA:

**“POLÍTICAS EN MATERIA Y LOS DERECHOS HUMANOS DEL
ADICTO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO”**

ALUMNO:

Alejandro Puebla Albarrán

ASESORA:

Lic. Karime Karam Blanco

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO I	6
<ul style="list-style-type: none">• POLÍTICAS ESPECÍFICAS EN MATERIA DE DROGAS• POLÍTICA SOCIAL Y ECONÓMICA MÁS AMPLIA• DESARROLLO DE RELACIÓN EN LA SOCIEDAD CIVIL• REFORMA DE LAS LEYES DE LAS DROGAS• MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL• EL SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS DE LA ONU• DISCREPANCIA ENTRE LOS NIVELES DE DAÑO• POSIBILIDADES PARA LA REFORMA DE LAS LEYES DE DROGAS• APLICACIÓN EFICAZ DE LAS LEYES EN MATERIA DE DROGAS• REDUCCIÓN LOS DELITOS MENORES COMETIDOS POR PERSONAS ADICTAS• DAR APOYO A PROGRAMAS SANITARIOS Y SOCIALES• PROBLEMAS ASOCIADOS CON ALTOS ÍNDICES DE ENCARCELAMIENTOS• PENAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS	
CAPÍTULO II	14
<ul style="list-style-type: none">• ÉNFASIS EN LOS DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO• FOMENTO DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE GRUPOS MARGINADOS	
CAPÍTULO III	16
<ul style="list-style-type: none">• MARCO LEGAL• GARANTÍAS JURÍDICAS DE LOS PRESENTADOS ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO• GARANTÍAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES	
CAPÍTULO IV	20
<ul style="list-style-type: none">• IMPACTO LIMITADO SOBRE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO• DESPENALIZACIÓN Y DESCRIMINALIZACIÓN DE LA POSESIÓN• MECANISMOS DE DERIVACIÓN• IDENTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA JURÍDICO PENAL	
CAPÍTULO V	22
<ul style="list-style-type: none">• DERECHO A LA SALUD DE LOS DETENIDOS• PERSONAS CONSUMIDORAS DETENIDAS EN OTROS ENTORNOS• LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES• PRESOS EN VULNERABILIDAD	

- RESPONSABILIDAD SOBRE LA SALUD DE LOS PRESOS
- PRESTACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LOS DEPENDIENTES

CONCLUSIONES	27
PROPUESTA	27
REFERENCIAS	28

AGRADECIMIENTOS

Al personal académico de los Centros de Integración Juvenil, A.C. quienes gracias a su generosa labor de difusión científica, logramos hacer frente al uso de sustancias de abuso, con las mejores estrategias disponibles para combatir con eficacia éste flagelo social de dimensiones sin precedentes; a ellos nuestro sincero agradecimiento.

Para la Lic. Karime Karam Blanco, asesora en pro de una cultura de la legalidad en adicciones, nuestra admiración y reconocimiento a su sólido desempeño en la materia.

JUSTIFICACIÓN

La vida humana, así como la salud pública son el bien jurídico de mayor importancia a nivel internacional. Por ello, es una gran labor que los médicos tengamos un papel de suprema relevancia e importancia para el derecho punitivo, por lo cual, el Estado nos ha prestado especial interés en regular la forma en la cual se desarrollan estas actividades profesionales, exigiendo una actuación profesional, ética y en equidad que observe estos sanos principios.

Por tal motivo, esta investigación va encaminada a dar diversos puntos de vista de las acciones o políticas implementadas por las instancias reguladoras de esta actividad en el contexto nacional e internacional, sobretodo resaltar todo aquello en lo referente a los derechos que los adictos gozan como ciudadanos.

Por ello, hemos desarrollado una propuesta clara y sencilla para el conocimiento indispensable que deben tener los consumidores y que sepan sus garantías al momento de ser presentados ante la autoridad por sus faltas relacionada al consumo de drogas. De esta manera, aseguraremos la asistencia correcta a las personas afectadas a partir de sus derechos, paralelamente a sus trastornos adictivos en condiciones de justicia favoreciendo el cumplimiento de los programas asistenciales que existen en nuestro país como mejor vía de integración social.



CAPÍTULO I

Políticas específicas en materia de drogas

Las leyes de drogas y su aplicación deberían evitar medidas que recrudecen la marginación de las personas que las consumen o las cultivan. Los programas de prevención y educación se deberían elaborar cuidadosamente para evitar procesos que impidan a los jóvenes seguir una transición sana hacia la edad adulta, como la exclusión a la educación o la denegación de otros servicios.

Los programas de tratamiento de dependencia de las drogas se deberían enfocar en facilitar que las personas dependientes se reintegren en su comunidad.

Política social y económica más amplia

Los niveles generales de pobreza y desigualdad tienen un mayor impacto a largo plazo sobre la prevalencia del consumo de drogas, en cualquier sociedad, que las políticas nacionales concretas hacia ellas.¹

Desarrollo de relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil

El término “sociedad civil” comprende a las personas y comunidades más afectadas por las políticas de drogas así como a sus representantes, consumidores, las que cultivan productos destinados al mercado ilícito de las drogas, indígenas, jóvenes, mujeres, proveedores de servicios de reducción de daños, ONG y académicos que trabajan en el ámbito de las políticas de drogas.

En el campo de las políticas de drogas, las organizaciones de la sociedad civil también desempeñan un papel fundamental en el análisis del fenómeno y en la ejecución de programas y servicios. Sin embargo, las susceptibilidades políticas han llevado con frecuencia a los responsables de adoptar las normas en materia de drogas, a ver a la sociedad civil como un problema que es mejor evitar.

En los últimos años, el sistema de fiscalización de estupefacientes de la ONU ha reconocido la perspectiva y el valor añadido que las organizaciones civiles han aportado al debate sobre políticas de drogas..

En conclusión, se deberían crear canales de comunicación respetuosos, estratégicos, constructivos, transparentes y responsables entre los gobiernos y la sociedad civil.

Reforma de las leyes de drogas

Desde que se creó el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, la estrategia predominante para reducir la dimensión de los mercados de drogas y el

consumo de éstas se ha basado en el principio de la disuasión y se ha centrado en poner en práctica leyes estrictas que prohíben la producción, distribución y uso de sustancias controladas. Se creyó que con esta estrategia, que perseguía desalentar toda implicación en el mercado ilícito de las drogas amenazando con el castigo, reduciría -y en última instancia eliminaría- el mercado mundial de las drogas y los daños sociales y sanitarios asociados a éste.

Muchos estudios reconocen ahora el impacto limitado de los dos elementos principales de esta estrategia: contener la oferta mediante controles sobre la producción y la distribución y contener la demanda a través del castigo y la disuasión.² En 2008, el entonces director ejecutivo de la ONUDD presentó una lista de consecuencias negativas no deseadas³:

a) Se crea un enorme y lucrativo mercado negro delictivo, que es explotado por poderosas organizaciones delictivas. Las acciones de represión contra estos mercados podrían generar las condiciones que favorecerían a los delincuentes más violentos e implacables.

b) El problema del desplazamiento de las políticas se refiere al hecho de que los ya limitados recursos utilizados para abordar el mercado de las drogas se dirijan fundamentalmente hacia intervenciones represivas ineficaces, por lo que queda poco para programas socio-económicos y de salud pública.

c) La criminalización de las personas que consumen drogas intensifica su marginación y estigmatización. Las acciones de represión contra los consumidores y la condena social de su conducta, suelen ser contraproducentes, ya que dificultan su acceso a servicios sociales, sanitarios y su productividad en la sociedad. Criminalizar a estas personas también rompe los lazos positivos con la familia y la comunidad y socava su acceso al empleo y la educación. Las minorías se ven especialmente afectadas, ya que suelen ser el principal objetivo de las intervenciones de aplicación de la ley.

d) La fiscalización de las drogas también acarrea otras consecuencias. Entre ellas, y por mencionar sólo algunas, las leyes que prohíben la distribución de “accesorios” (o parafernalia), lo cual aleja a las personas que consumen drogas de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas⁴; las leyes que dificultan un legítimo acceso a medicamentos fiscalizados (como el cannabis, la morfina, el éxtasis, la metadona y la buprenorfina) con fines terapéuticos o científicos, lo cual deja a millones de personas sin la posibilidad de tratar la dependencia de los opioides y el dolor moderado a severo ⁵; no siendo el caso de México donde hay programas expresos a cargo de CENSIDA que implementa acciones contrarias y la imposición de sanciones desproporcionadas a los autores de delitos de drogas.

El marco jurídico internacional

Las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas

El régimen mundial de fiscalización de estupefacientes se compone de tres convenciones complementarias, firmadas y ratificadas por la mayoría de los Estados miembros de la ONU entre ellos México.

La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de la ONU clasifica las drogas en listas y exige que se les impongan estrictos controles debido a la nocividad de sus características, los riesgos de dependencia y / o su valor terapéutico. El principal objetivo de la convención es fiscalizar las drogas restringiendo su uso a fines “médicos y científicos”.

El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1979 introdujo un régimen de control equivalente para toda una serie de sustancias psicotrópicas de desarrollo posterior, como alucinógenos y tranquilizantes, limitando su uso a fines “médicos y científicos”.

La Convención de la ONU contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 se introdujo para contrarrestar a los grupos cada vez más poderosos y sofisticados de la delincuencia organizada transnacional y fomenta la cooperación internacional para abordar el tráfico de drogas con eficacia. Los países signatarios están obligados a adoptar las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno toda actividad relacionada con la producción, la venta, el transporte, la distribución o la adquisición de las sustancias incluidas en las convenciones de 1961 y 1971. México forma parte de ésta convención y ha reformado al paso del tiempo su marco Jurídico con el objeto de dar uniformidad a lo establecido en la misma.

Las tres convenciones permiten a los países signatarios adoptar medidas para el tratamiento, la educación, la rehabilitación o la reinserción social de aquellas personas que hayan cometido delitos relacionados con drogas y se consideren farmacodependientes. Por tanto, en el marco de las convenciones hay lugar para cierto nivel de despenalización y/o descriminalización en casos de delitos como la tenencia y el cultivo para el consumo personal.

El sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas

La única referencia explícita al uso ilícito de estupefacientes aparece en el artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño, pero las cuestiones planteadas en materia de leyes y políticas de drogas están implícitas en toda la arquitectura de tratados de derechos humanos. México por su parte durante la política del presidente Calderón le dio énfasis a los *Centros Nueva Vida* así como la creación

de organismos como el IAPA (Instituto de Atención para las Adicciones). Los derechos humanos y las libertades fundamentales rigen también en el contexto de las políticas de drogas. Las personas que consumen estas sustancias, como cualquier otro ciudadano, deberían de gozar de tales derechos en todo momento.

Sin embargo, varias políticas de drogas han desembocado en graves violaciones de los derechos humanos, ya que al diseñarlas, es fundamental que sus responsables se aseguren de que sean compatibles con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Cuestiones técnicas que se deben tener en cuenta en las actuales leyes sobre drogas

Las drogas y su clasificación: La mayoría de las leyes nacionales clasifican las sustancias controladas por listas, según el peligro que se les atribuye. Cada una de las listas está vinculada con una jerarquía de sanciones hecha para ayudar a juzgar la gravedad del delito cometido en relación con una sustancia. En el caso de México existe la tabla y los Artículos de la Ley General de Salud (LGS).

Las convenciones internacionales sobre drogas ofrecen información a los gobiernos sobre un mecanismo para la clasificación de las sustancias controladas. Sin embargo, éstas fueron creadas hace 50 años -en una época donde las pruebas científicas eran escasas- y, en ocasiones, confusas e incoherentes. Como han señalado tanto la OMS como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Por ejemplo, el cannabis, la hoja de coca y la morfina se han utilizado para aliviar el dolor durante cientos de años.

Discrepancias entre los niveles de daño y los niveles de control

En un informe publicado en la revista The Lancet en 2007 y revisado en 2010, un equipo de científicos británicos clasificó las drogas lícitas y controladas en función de los daños reales y potenciales que podrían provocar a la sociedad, y compararon sus conclusiones con la clasificación de cada sustancia en la Ley sobre uso indebido de estupefacientes del Reino Unido. Las conclusiones del estudio fueron directamente comparadas con el sistema de clasificación de drogas establecido por las convenciones de la ONU en la materia.

El principio de que distintos tipos de sustancias pueden atraer diferentes niveles de control para delitos relacionados con drogas sigue siendo útil, siempre que la clasificación no sea el único determinante a la hora de imponer las penas cuando dicho delito se encuentre en el ámbito de la justicia penal. La clasificación, por lo tanto, debería ir acompañada de cierto grado de discreción jurídica que tenga en

cuenta otros factores relacionados con el delito y con su autor para determinar una sentencia proporcionada.

Partiendo de esta premisa, al revisar las clasificaciones de drogas nacionales, se deberían tener en cuenta varios elementos: si se mantiene el sistema vigente de clasificación de las drogas o se le sustituye por un proceso alternativo para juzgar la gravedad de los delitos (por ejemplo, la articulación de factores agravantes o atenuantes).

El proceso que se debería seguir para examinar e incorporar nuevas sustancias psicoactivas. Si una sustancia cae en desuso o surgen pruebas de que sus daños son mayores o menores de lo que se tenía constancia hasta el momento, ¿cuál es el proceso para revisar su categoría en el sistema de clasificación nacional?

Se han efectuado varios estudios sobre los distintos daños asociados con la oferta y el consumo de toda una serie de drogas. Estos estudios pueden proporcionar a los gobiernos una guía para determinar la clasificación apropiada.

Posibilidades para la reforma de las leyes de drogas

Muchos gobiernos han acordado que las leyes sobre drogas deberían buscar fundamentalmente contribuir a los objetivos nacionales generales de reducción de la delincuencia, fomento de la salud pública y desarrollo socio-económico. A su alcance tienen varias estrategias alternativas para diseñar leyes de drogas más humanas y eficaces, que concentrarán los recursos en los aspectos más nocivos del mercado de las drogas y, a su vez, impulsarán la prestación de apoyo y atención de la salud a las personas que cultivan y/o consumen drogas.

Fragmento del informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas:

“Alentar a los gobiernos a que experimenten con modelos de regulación legal de las drogas a fin de socavar el poder del crimen organizado y para salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos”. Esta recomendación se aplica especialmente al cannabis, pero también alentamos otros ensayos de descriminalización y regulación legal que puedan conseguir estos objetivos y proveer modelos para otros.

En estos últimos años hemos visto la emergencia de las primeras propuestas detalladas que ofrecen distintas opciones para el control de los productos (dosis, preparación y envasado), los vendedores (licencias, requisitos de formación y capacitación, marketing y promociones), los establecimientos (ubicación, densidad del establecimiento, apariencia), el acceso (controles de edad, compradores autorizados, programas de afiliación en clubes), así como cuándo y dónde se pueden consumir drogas.



El informe Propuesta para la regulación, por ejemplo, examina varias opciones para regular distintas drogas entre diversas poblaciones y sugiere el análisis de varios modelos de regulación que podrían llevar a la administración de los mercados de drogas con menos daños sociales y sanitarios. Se pueden extraer lecciones de los éxitos y fracasos con la regulación del alcohol y el tabaco en varios países, así como con los controles de fármacos y otros productos nocivos y actividades reguladas por los gobiernos.

Prescripción médica o centros supervisados - para drogas que se pueden utilizar de forma nociva (drogas inyectadas, como la heroína, y estimulantes más potentes, como la metanfetamina).

Venta al por menor por especialistas en farmacia - combinado con el acceso para usuarios nominales/autorizados y el racionamiento del volumen de ventas para drogas de riesgo moderado.

Venta al por menor bajo licencia - que incluya diversos tramos de regulación apropiados según el riesgo de cada producto y las necesidades locales; se podría utilizar para drogas y preparados de riesgo menor, como bebidas estimulantes de baja potencia.

Establecimientos autorizados para venta y consumo - parecido a los establecimientos autorizados para el alcohol y los *coffee shops* para cannabis en los Países Bajos; éstos podrían servir también potencialmente para fumar opio o tomar té de adormidera.

Venta sin licencia - regulación mínima para los productos de menos riesgo, como las bebidas de cafeína y el mate de coca.

Se afirma que, a corto plazo, sólo se pueden reducir los problemas que emanan de la prohibición y del comercio ilícito que ésta ha creado. No puede abordar, por tanto, las causas subyacentes de la dependencia de las drogas, como la pobreza y la desigualdad. Sin embargo, promoviendo a la vez un modelo de salud pública más pragmático y liberando recursos para unas políticas sociales y sanitarias de base empírica, se generaría un entorno más propicio para ello.

Se necesita una revisión de las leyes nacionales sobre drogas a la luz de los cambios que se producen en los patrones de consumo y la experiencia de anteriores estrategias para la aplicación de la ley.

En el marco de este proceso, los gobiernos y los organismos internacionales deberían efectuar evaluaciones del impacto sobre los derechos humanos de las actuales leyes de drogas y su aplicación.



Las leyes sobre drogas, ya se creen o se revisen, deberían incluir disposiciones que establezcan una clara distinción entre los actores que operan en el mercado, con una especial protección para los consumidores; misma que deberían facilitar la adopción de respuestas adecuadas para cada una de estas categorías de actores. Se deberían diseñar alternativas al encarcelamiento, como multas o derivación a servicios de tratamiento y atención, destinadas a pequeños traficantes y/o personas dependientes de drogas como en México.

Las leyes sobre drogas, ya se creen o se revisen, deben dejar claro el conjunto de sustancias que abarcan así como proporcionar un enfoque estructurado y científico para evaluar la seriedad con la que se tratarán las distintas sustancias, así como establecer un proceso sencillo para añadir, modificar o eliminar sustancias concretas.

Las leyes sobre drogas, ya sean nuevas o revisadas, se deben elaborar cuidadosamente para apoyar -y no para socavar- los programas sanitarios y sociales. Deberían autorizar y fomentar las intervenciones de salud pública y reducción de daños, tales como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas y los tratamientos de sustitución de opioides, v.gr. los programas de CENSIDA y de la clínica de metadona de los Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Aplicación eficaz de las leyes en materia de drogas

Las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU y la mayoría de los sistemas nacionales de control de drogas se basan en la creencia de que la estricta aplicación de las leyes que prohíben la producción, la distribución y el consumo de sustancias desaparecerán la oferta y su demanda, por lo tanto, a la erradicación del mercado ilícito. Hasta la fecha, las estrategias de represión para reducir el mercado de drogas han consistido fundamentalmente en: controles sobre la producción, como la erradicación y medidas violentas contra productores y cultivadores, operaciones frente del contrabando de drogas, investigación y encarcelamiento de personas sospechosas de tráfico a gran escala.

Reducción de delitos menores cometidos por personas adictas

Las formas más habituales de delincuencia relacionada con las drogas son el hurto, la estafa, el trabajo sexual comercial y el robo cometidos por personas dependientes de drogas, con el fin de costearse la compra de sustancias. Los programas en centros de arresto de derivación hacia tratamiento, los planes de derivación desde el sistema jurídico penal y los programas de tratamiento de dependencias de drogas en centros penitenciarios han demostrado su eficacia para alejar a las personas dependientes de drogas de un estilo de vida que gira en torno a la pequeña delincuencia y la toxicomanía.



Las autoridades encargadas de la aplicación de la ley, por lo tanto, deberían poner un mayor acento en derivar a estas personas a servicios de atención y tratamiento en lugar de ceñirse únicamente al proceso, mucho más caro, de arrestarlas y encarcelarlas.

Apoyo a programas sanitarios y sociales

Debido al actual régimen de fiscalización de estupefacientes, las personas que consumen drogas se ven a menudo abocadas a vivir al margen de la sociedad. La pobreza y la alienación suelen ser factores favorables a la iniciación en el consumo de drogas y el desarrollo de una dependencia de éstas (las condiciones de vida difíciles y los traumas emocionales pueden incrementar aún más la vulnerabilidad ante dicha dependencia), y, a su vez, la dependencia de las drogas empeora estos problemas.

Problemas asociados con altos índices de encarcelamiento

Las pruebas demuestran que las duras tácticas de aplicación de la ley que persiguen altos índices de encarcelamiento para los autores de delitos de drogas han tenido consecuencias negativas, no sólo para los propios autores, sino también para el sistema de justicia penal y la sociedad.

Al norte de la frontera, Canadá gastó casi 3.000 millones de dólares en servicios de custodia en 2005-2006. En México, el diario El Universal publicó que cada recluso le cuesta al Estado 140 pesos diarios. Los enormes recursos destinados a encarcelar a los autores de delitos de drogas desvía patrimonio de programas socio-económicos y sanitarios vitales, tales como la vivienda, la educación y el tratamiento para la dependencia de drogas, que son cruciales para aliviar problemas relacionados con las drogas y abordar las mismas condiciones sociales que podrían llevar a algunas personas a usar drogas.

Penas mínimas obligatorias.

Las leyes de condena llevan a que los autores de delitos menores relacionados con drogas cumplan penas de prisión más largas que ladrones de bancos, secuestradores y otros delincuentes violentos como violadores o asesinos.

Sobrecargar el sistema de justicia penal con autores de delitos menores de drogas también puede debilitar su capacidad para administrar justicia con eficiencia y para centrar los recursos en los delincuentes de mayor nivel.

CAPÍTULO II

Énfasis en los daños asociados al consumo y a los mercados de drogas

A pesar de toda la inversión política y financiera en políticas represivas durante los últimos 50 años, la oferta y el consumo de drogas están más extendidos que nunca. Así, por ejemplo, una operación contra una red de tráfico que se salde con éxito puede intensificar la violencia cuando las bandas rivales luchan por hacerse con el 'vacío' dejado⁶ y una acción contra una droga determinada puede llevar a las personas que consumen drogas a pasarse a otras sustancias que pueden resultar más nocivas.⁷

En los mercados de consumo, por ejemplo, el arresto generalizado de personas que farmacodependientes no reduce el uso, sino que exagera los problemas sociales y sanitarios. Criterios como el número de arrestos o los golpes contra drogas concretas o redes de tráfico son de poca relevancia para alcanzar los objetivos: reducir la delincuencia relacionada con las drogas, mejorar la seguridad de las comunidades así como los problemas de salud relacionados a su consumo y las sobredosis.

El concepto de reducción de daños se ha vinculado tradicionalmente con el conjunto de actividades en materia de salud pública que limitan los riesgos sanitarios del consumo de drogas, aunque no reduzcan necesariamente el nivel general de uso⁸ dado que la reducción de daños ha demostrado su eficacia para mejorar los indicadores sociales y sanitarios. Los responsables de formular tales políticas deben enunciar de forma explícita los daños concretos que pretenden reducir a través de las medidas adoptadas, diseñar y proporcionar recursos a programas que demuestren empíricamente reducir dichos daños y evaluar a éstos para garantizar resultados.

Fomento de la integración social de grupos marginados

La distribución en el consumo de drogas entre distintos grupos sociales varía según el país. Sin embargo, parece imperar una tendencia común en todas las sociedades: la dependencia de las drogas se concentra fuertemente entre los grupos más marginados de la sociedad. Este hecho no resulta sorprendente, ya que las pruebas demuestran que la dureza de las condiciones de vida, así como los traumas y dificultades emocionales asociadas, son importantes factores que contribuyen al desarrollo de la dependencia a las drogas⁹ Siguiendo una línea parecida, el cultivo de productos destinados al mercado ilícito de drogas se concentra en las zonas más pobres del mundo.¹⁰



Gran parte del trabajo de las dependencias nacionales de desarrollo social se centran en mejorar las condiciones de vida de grupos marginados, y en integrarlos a las corrientes sociales y económicas dominantes; sin embargo, muchos aspectos de las políticas de drogas nacionales han tenido el efecto contrario: la desaprobación del consumo de drogas estigmatiza a las personas y, en ocasiones, a comunidades enteras, limitándoles con esto su capacidad para participar en la actividad social y económica.

La aplicación de la ley y otras actividades que fomentan la clandestinidad de las personas que consumen drogas, dificulta aún más el acceso de dichas personas a los programas sanitarios y sociales.

La marginación social se puede minimizar disminuyendo el arresto generalizado o el severo castigo de las personas que consumen drogas, adoptando políticas y programas que afronten la marginación y estigmatización de grupos vulnerables.

Esta idea cuenta con creciente respaldo internacional. El secretario general de la ONU, por ejemplo, instó “a todos los países a eliminar las leyes, las políticas y las prácticas punitivas que dificultan la respuesta al SIDA. En muchos países, los marcos jurídicos institucionalizan la discriminación contra los grupos de mayor riesgo. Debemos asegurar que las respuestas al SIDA se basen en pruebas concretas, no en ideologías, y llegar a las personas más necesitadas y afectadas”. Éste es un giro significativo con respecto a los enfoques tradicionales de las políticas de drogas basadas en el principio de la disuasión.

Muchos países se decantan actualmente por la despenalización (la reducción de las penas por los delitos de drogas) o la descriminalización (los delitos de drogas salen del ámbito penal; Reforma de las leyes de drogas) para evitar empeorar la exclusión social de las personas que consumen drogas. En un plano más general, las políticas que persiguen fomentar la inclusión social pueden ser específicas, o bien formar parte de un programa sanitario, social y económico más amplio.



CAPÍTULO III

Marco Legal en México

- A) Constitución Política de México
- B) Códigos
- C) Reglamentos

Artículos 63 y 64 de la Ley de Cultura Cívica, artículo 26 del Reglamento de la Ley y el artículo 20 fracción IX apartado A Constitucional, con la cual se le hace saber al imputado el contenido de la fracción IX del artículo 20 constitucional, con fundamento en lo establecido por el artículo 20 Apartado A, fracciones II, III, V, VI, VII, IX, X, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 57 fracciones II, III, 63, y 64 de la Ley de Cultura Cívica, 26 del Reglamento de la Ley de Cultura Cívica, así como 269 fracciones I, II, III, Inciso a), b), c), d), e) y f) del Código de Procedimientos Penales, éste último utilizado de manera supletoria, en términos de lo establecido por el artículo 40 de la Ley de Cultura Cívica, derechos arriba mencionados.

Garantías Jurídicas de los presentados ante el Ministerio Público o Juez Cívico en México:

Código de Procedimientos Penales. Se procederá a hacerle saber al probable infractor, todos y cada uno de los siguientes derechos: 11 A saber sobre la imputación que obra en su contra; es decir, la naturaleza del hecho que se le atribuye, así como el nombre del quejoso o de quien deponga en su contra; 12.- No declarar si así lo desea, No auto imputarse y que se presuma su inocencia, mientras no se declare su responsabilidad mediante la resolución emitida por el Juez.

Cívico que conozca de su procedimiento; 13.- Tener una defensa adecuada por sí, por abogado o persona de su confianza, o si no quiere o no pudiere designar defensor, el Juez designará uno de oficio; 14.- Ser asistido por su defensor cuando declare; 15.- Que su defensor comparezca en todos y cada uno de los actos de desahogo de prueba dentro del procedimiento y éste tendrá la obligación de hacerlos cuantas veces se le requiera; 16.- Que el Juez, le facilite todos los datos para su defensa y que consten en el expediente, para lo cual se le permitirá a su defensor consultar en el juzgado y en presencia del personal del mismo; 17.- Que se le reciban los testigos y demás pruebas que se ofrezca, las cuales se tomarán en cuenta para la emisión de la resolución, concediéndosele el tiempo necesario que determine la Ley y su Reglamento, para su desahogo; siempre que no se traduzca en dilación del procedimiento y las personas cuyo testimonio se ofrezca se encuentren en la oficina del Juzgado; 18.- Que en el caso de que no presente



las pruebas ofrecidas, las mismas le serán desechadas en el acto. Para los efectos de los derechos 4, 5, y 6, se le permitirá al probable infractor comunicarse con las personas que solicite, utilizando el teléfono o cualquier otro medio de que se disponga o personalmente si se hallaren presentes; 19.- Que en todo arresto que se le imponga mediante resolución emitida por el Juez, se computará el tiempo de su detención, desde el momento en que fue presentado materialmente ante el Juzgado.

Garantías en el cumplimiento de los derechos y las libertades fundamentales

Según las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU, el principal objetivo del sistema de control de drogas es “la salud física y moral de la humanidad” 11. Los organismos de control de drogas y los gobiernos nacionales también están sujetos a las obligaciones generales consagradas por los artículos 55 y 56 de la Carta de la ONU de 1945, que promueven el respeto y la observancia universales de los derechos humanos y las libertades fundamentales.12

Los derechos humanos emanan de la dignidad y el valor de la persona humana.13 Son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí.14 Así lo manifestó explícitamente en 2009 la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay: “las personas que consumen drogas no pierden sus derechos humanos”.15

Los derechos humanos no son una mera declaración de principios; los Estados tienen también obligaciones vinculantes de respetarlos, protegerlos y cumplirlos en virtud del derecho internacional.16 Los gobiernos no deben menoscabar el disfrute de los derechos humanos de sus ciudadanos ni permitir que lo hagan terceras partes, como los funcionarios de organismos policiales.

Las autoridades encargadas de la aplicación de la ley no han prestado la suficiente atención a los derechos y libertades fundamentales de las personas en el momento de elaborar y poner en práctica las políticas nacionales sobre drogas. A pesar de las inquietudes planteadas por varias agencias de la ONU -como la del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover.17 - los abusos de los derechos humanos siguen multiplicándose bajo los auspicios de la política de drogas.

Hoy en día, estos abusos de los derechos humanos reciben mayor atención del público y las organizaciones no gubernamentales dedican un mayor esfuerzo a vigilar el desempeño de los Estados al respecto.18 Los organismos de fiscalización de estupefacientes de la ONU han instado también a que las políticas de drogas sigan un enfoque basado en los derechos humanos.



La experiencia mexicana respecto al trato del adicto ante sus derechos humanos produce una reglamentación que la mayoría de las veces no es conocida por los infractores, esta normatividad es resultado de la gestión de las ONGs¹⁹ así como de la participación de las distintas instancias gubernamentales; entre estas premisas de conductas ante las autoridades ²⁰ se encuentran las siguientes:

Todo adicto aún a sustancias ilegales debe de saber que conserva derechos y que es su responsabilidad hacerlos valer y son:

1.-Derecho a la libertad de pensar y decidir sobre lo que entra en su cuerpo y lo que no, mientras no transgreda los límites establecidos en la ley. Esto incluye lo que embriaga.

2.-Derecho a la información verídica, ética y científica sobre el uso de sustancias y el proceso adictivo.

3.-Derecho a la salud, incluyendo la libre elección del tratamiento médico acorde al género y con absoluto respeto a la integridad física, emocional y mental; así como a recibir atención inmediata y económicamente accesible.

4.-Derecho a la confidencialidad en los tratamientos por problemas por consumo de drogas.

5.-Derecho a tratamientos por dependencia o abuso de drogas apegados a las normas mexicanas e internacionales. El internamiento forzado de las personas es ilegal, incluso si lo realizan familiares. Las leyes contemplan el internamiento involuntario solo si la integridad física del sujeto o de terceros está en inminente peligro y notificando a la autoridad civil.

6.-Derecho a un proceso legal justo y apegado a la ley en caso de cometer algún ilícito. Se conserva el derecho a ser juzgado por lo que se hace, no por lo que se pueda llegar hacer.

Consumir drogas en México no es un acto ilegal

Al ser sorprendido en posesión de drogas ilícitas, la policía puede presentar al detenido ante el Ministerio Público. A partir de la tercera detención el tratamiento es obligatorio para los farmacodependientes de acuerdo a la Ley General de Salud en su artículo 477, si la cantidad en posesión es mayor a la señalada en la tabla de orientación de usuarios y si por las circunstancias del hecho no puede considerarse destinada a comercializarse aún gratuitamente. La pena es 10 a 36 meses de prisión y hasta 80 días de multa (Ley de General de Salud artículo 477). Si la cantidad a la señalada en la tabla es mayor, siempre y cuando la posesión



sea comercializada o suministrarla gratuitamente la pena es de 3 a 6 años en prisión y de 80 a 300 días de multa (LGS).

Si se comercia o suministra “aún gratuitamente” la pena es de 4 a 8 años de prisión y de 200 a 400 días de multa. Y de 7 a 15 años si se comete en escuelas o a menos de 300 metros de su colindancia (475 LGS).



CAPÍTULO IV

Impacto limitado sobre la reducción del consumo de drogas.

Algunos gobiernos arguyen que las medidas de represión punitivas disminuirán el consumo de drogas al reducir directamente la demanda. Esta afirmación se basa en la falsa premisa de que, si las personas que consumen drogas están encarceladas, no fomentarán el mercado ilícito de drogas, y que las penas duras disuadirán el consumo de sustancias. En la práctica, sin embargo, es difícil hallar una correspondencia entre ambas situaciones. La propia OMS llegó a la conclusión de que “los países con políticas más estrictas frente al consumo de drogas ilegales no presentaban niveles menores de dicho consumo de drogas que los países con políticas más liberales”.

Despenalización y descriminalización de la posesión de drogas para consumo personal.

Las personas intervenidas con posesión de drogas para consumo personal deberían ser reconocidas como una categoría especial y no ser enviadas a prisión simplemente por la tenencia o el uso de drogas controladas. Hasta la fecha, se han adoptado tres grandes estrategias para que el encarcelamiento deje de ser una respuesta al uso o posesión para consumo personal de drogas controladas que son en el caso de México: La prevención, reducción del consumo y del daño.

Mecanismos de derivación.

Internacionalmente se han establecido sistemas de derivación, que son diversos en muchos sentidos, pero que se pueden clasificar en función de la etapa en que se produce la derivación.

Derivación en el proceso judicial - de acuerdo a la Ley de Justicia Cívica en México, en este sistema de derivación, los fiscales son los actores clave que determinan si la persona arrestada debería comparecer ante un tribunal o ser enviada a tratamiento.

Derivación al pronunciarse sentencia - en el momento de pronunciarse la sentencia se basa en los jueces como principales responsables de la toma de decisiones. Hay dos tipos de sentencia: derivación a través de un tribunal ordinario o a través de un tribunal especializado en drogas.

Se necesita un cambio de enfoque para empezar a tratar el consumo de drogas como un problema de salud y no como un delito penal. El tratamiento constituye una respuesta normativa más eficaz para las personas que dependen de las drogas y no están implicadas en delitos graves ni violentos. El encarcelamiento se



debería reservar como una opción para responder ante los autores de delitos graves sustentado en la Ley del Código Penal Federal.

Las leyes y las normativas que prescriben penas por delitos de drogas se deberían revisar con el objetivo de establecer una distinción clara entre la gravedad del delito, los distintos actores y su impacto en el mercado ilícito de las drogas.

Se deben desarrollar mecanismos de derivación en el momento del arresto y de pronunciarse sentencia para contribuir a garantizar que los casos de autores de delitos menores de drogas no sobrecarguen y entorpezcan los sistemas de justicia penal, y que las personas que dependientes de drogas puedan acceder a los servicios adecuados, como tratamientos comprobados empíricamente contra la dependencia de drogas.

Todos los procedimientos penales que incrementen la presión sobre las capacidades de los centros penitenciarios, tales como las condenas mínimas obligatorias y los mecanismos de detención preventiva, se deberían reservar para los autores de delitos penales más graves.

Identificación a través del sistema jurídico penal

Debido a la naturaleza ilícita de su consumo de drogas, y a la necesidad de financiarlo, los consumidores dependientes de drogas pueden entrar en contacto con el sistema judicial penal. Existe una serie de modelos exitosos de intervenciones que emplean este contacto con el sistema judicial penal para identificar y motivar a los usuarios dependientes para aceptar tratamiento.

Cada sistema definirá distintas prioridades en estos canales de identificación. Sin embargo, un sistema eficaz debería asegurarse de que todas las fuentes potenciales de derivación pudieran evaluar de manera rápida las circunstancias de la persona y orientarla hacia el tipo de tratamiento adecuado. Esto exige cierta distribución geográfica, que incorpore entornos urbanos y rurales; además, los servicios deben ser relevantes y accesibles, tener en cuenta cuestiones de género y origen étnico, etcétera. Nuestro sistema hace distinción sobre el uso de sustancias de consumo ritual por parte de las etnias de algunas partes del País.

Así mismo se pueden usar distintos sistemas para identificar a las personas dependientes de drogas y ofrecerles tratamientos basados en la evidencia.

CAPÍTULO V

Derecho a la salud de los detenidos

Los responsables de la formulación de políticas y las autoridades penitenciarias deben contar con un plan claro para lograr que las prisiones protejan con mayor eficacia la salud y los derechos humanos de los internos; es decir que, mediante la prestación de tratamientos comprobados empíricamente contra la dependencia de drogas y servicios de reducción de daños para aquellas personas que los necesitan, adoptando medidas jurídicas para minimizar el número de autores de delitos de drogas no violentos que se envía a centros penitenciarios u otro tipo de entornos privativos de la libertad.

De forma sistemática, las medidas para impedir que las drogas controladas entren en las prisiones han fracasado, pues éstas siguen circulando entre los internos, con todos los riesgos asociados que eso conlleva.

Las autoridades penitenciarias deben observar sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y seguir estrategias que minimicen los problemas sanitarios y sociales asociados con los mercados y el consumo de drogas en las prisiones²¹.

Personas consumidoras detenidas en otros entornos

La mejor estimación de la actual población penitenciaria en todo el mundo es de 10,1 millones de personas, una cifra que llegaría hasta los 10,75 millones si en ella se incluye a las 650 mil personas reclusas en los centros de detención de China.²²

Debido a las dificultades para obtener datos y a los problemas de comparación cuando se dispone de ellos, no es posible ofrecer una cifra global precisa de qué porcentaje de esos reclusos consume drogas. Sin embargo, se puede dar alguna idea: en la Unión Europea, en torno al 50 por ciento de los reclusos tiene un historial de consumo de drogas; en el caso de Estados Unidos, esta cifra supera el 80 por ciento. La inmensa mayoría son personas que se inyectan drogas. Éstas representan a la mitad de los internos, mientras que constituyen solo un 1-3 por ciento de la comunidad original.²³

El número de personas en prisión, así como los que consumen drogas entre ellas, ha aumentado rápidamente en las últimas décadas. Las drogas se han consolidado dentro de las prisiones y, a menudo, son el principal medio y moneda en las subculturas penitenciarias ²⁴.



La prevalencia de enfermedades

La prevalencia de enfermedades representa una grave amenaza sanitaria para los más de 10 millones de personas de todo el mundo que se encuentran reclusas. A nivel internacional el contagio de VIH son mucho mayores que en el resto de la sociedad. Sin embargo, la prevalencia de contagio varía notablemente según los centros penitenciarios y los países. En algunos casos, su prevalencia dentro de las prisiones es hasta 100 veces mayor que en el resto de la comunidad²⁵. En cuanto al contagio de VIH asociado al consumo de drogas inyectadas –la principal fuente de preocupación en muchos países–, las pruebas demuestran que los índices de inyección son menores entre reclusos que entre la comunidad usuaria de drogas fuera de las prisiones. No obstante, los índices de uso compartido de agujas, así como sus riesgos, han alcanzado niveles alarmantes: la mayoría de los países notifica índices de uso compartido de entre el 60 y el 90 por ciento en prisiones.²⁶

Los niveles del virus de la hepatitis c también son altos entre la población reclusa. Según cálculos de la OMS, en torno al 3 por ciento de la población mundial se ha contagiado, mientras que la prevalencia en las cárceles oscila, según se informa, entre el 4,8 por ciento en una prisión india y el 92 por ciento en una del norte de España²⁷.

La predominación de tuberculosis es mucho más alta en las cárceles que entre la población en general²⁸. Otro estudio demostró que la prevalencia de tuberculosis en una cárcel de Victoria Australia había alcanzado el 10 por ciento²⁹ mientras que en otra investigación efectuada en una cárcel de Bahía Brasil representaba una tuberculosis latente del 61,5 por ciento, con una prevalencia de Tb activa de 2,5 por ciento.³⁰

Presos en vulnerabilidad

Algunos presos consumidores comparten agujas por primera vez mientras están en prisión. Este comportamiento de riesgo es, al menos en parte, producto del propio contexto penitenciario. Los factores asociados con el entorno penitenciario se combinan con la historia vital y las prácticas sub culturales de las personas que se inyectan drogas para generar un entorno altamente propicio al riesgo de salud.³¹

De acuerdo a un estudio realizado en 1997 en una cárcel francesa, los índices de muerte por sobredosis fueron 124 veces superiores entre los ex reclusos de 15 a 24 años y 274 veces superiores entre los ex reclusos de 35 a 54 años que entre la población general que consume drogas.³² Otro estudio sobre las prisiones estatales de Washington reveló que la probabilidad de que los ex reclusos murieran por sobredosis de drogas durante las dos primeras semanas tras la



salida de prisión era de 129 veces más alta que entre sus iguales en la población general.³³

Responsabilidad sobre la salud de los presos

El concepto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental mencionado procede de la constitución de la OMS. En los últimos años, ésta se ha situado a la vanguardia de varias iniciativas para establecer como una realidad práctica el derecho a la salud de las personas presas, que representan un grupo de población especialmente marginado.³⁴

La primera referencia explícita a la población penitenciaria en un acuerdo internacional se encuentra en las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de 1977, en las que se estipulan, entre otras cosas, la salud. La resolución, aprobada por la Asamblea General de la ONU, establece un principio de equivalencia general, al señalar que la aplicación de estas reglas mínimas no debe hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo u otra situación cualquiera.³⁵

La ONU, en los principios básicos para el tratamiento de los encarcelados en el párrafo 9 explica: “Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica”.³⁶

La UE adoptó otro conjunto de normas en 2006, conocido como Reglas Penitenciarias Europeas, que reiteran el principio de equivalencia y añaden: “los detenidos tendrán derecho a acceder a los servicios médicos, quirúrgicos y psiquiátricos que puedan necesitar, incluidos los disponibles en el medio libre”.³⁷ En diciembre de 2010, la Asamblea General de la ONU adoptó las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas, conocidas como Reglas de Bangkok.³⁸ Estas reglas hacían hincapié en que las anteriores no ejercían suficiente fuerza en las necesidades reales de los reclusos ya que fueron concebidas para varones y el adendum proporcionan salvaguardias adicionales para las mujeres detenidas.

Estas directrices establecen el principio de que las personas reclusas tienen derecho a servicios de atención de salud que serán equivalentes a los disponibles afuera de prisión esta disposición es aplicable al impulsar la agenda para la prestación de servicios sanitarios efectivos a las personas reclusas que consumen drogas. Al asesorar a los encargados de la formulación de políticas sobre el suministro de medicamentos analgésicos esenciales, la OMS sostiene de forma inequívoca que “las prisiones deberían contar con programas de tratamiento activos para la dependencia de los opioides” .³⁹



La JIFE, quien respaldó las directrices de la OMS, también señaló en su informe anual de 2007 que “los gobiernos tienen la obligación de prestar servicios adecuados a los autores de delitos de drogas (ya sea en los servicios de tratamiento o en la cárcel”⁴⁰. Varios estudios revelan también que los programas de detección de drogas no resultan en absoluto rentables desde el punto de vista de la relación entre coste y eficacia.⁴¹ La propia ONU contra la Droga y el Delito (ONUDD) ha manifestado que estos programas se deberían evitar en las prisiones.⁴²

Las autoridades penitenciarias tienen a su alcance varias opiniones, cuyo uso combinado es promovido como práctica óptima por la OMS, la ONUDD y el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA):

a) Educación e información. b) Programas de vacunación. c) Acceso a medidas para un sexo seguro. d) Programas de agujas y jeringuillas.⁴³ Y referente al programa piloto en Alemania.⁴⁴ del cual parten modelos de referencia.

Prestación de tratamiento para los dependientes

El Tratamiento de Sustitución de Opioides (TSO) con metadona concretamente en una opción viable en todo un abanico de entornos penitenciarios para las personas que dependen de los opioides. Los programas de TSO en prisiones suelen ser eficaces para reducir la frecuencia del consumo de drogas inyectadas, siempre que se ofrezcan las dosis y el tratamiento suficientes durante un periodo de tiempo prolongado. Tanto para presos que lo siguen, así como para el sistema penitenciario el TSO proporciona beneficios. Las pruebas demuestran que las probabilidades de volver a la cárcel son menores entre los reclusos que reciben un TSO adecuado.⁴⁶

Por otro lado, el TSO tiene un efecto positivo sobre el comportamiento institucional, al reducir las conductas en pos de drogas, mejoran la seguridad carcelaria. Los retos que enfrentan las administraciones penitenciarias para tratar con algunos reclusos dependientes de drogas (p.ej. seguridad o comportamientos violentos) también han mejorado con los programas de TSO.⁴⁷

Varios estudios reconocen también que otras formas de tratamiento, como la terapia psicosocial, son eficaces para limitar la dependencia de las drogas en las cárceles.⁴⁸

El tratamiento efectivo para la dependencia de drogas en las prisiones debería por tanto, incorporar toda una serie de opciones para los reclusos con dicha dependencia. Un tratamiento eficaz maximiza las oportunidades de rehabilitación y evita la reincidencia y la delincuencia tras la salida de prisión.⁴⁹ Los principios en

que se sustentan los tratamientos en entornos carcelarios son parecidos a los del tratamiento para la dependencia de drogas en la comunidad: Varios modelos de tratamiento en las cárceles son eficaces para mejorar indicadores de salud y delincuencia en muchos países.⁵⁰ Estos programas deberían organizarse de modo que los reclusos usen distintos servicios durante su encarcelamiento según sus propias necesidades y cuando elijan hacerlo.



CONCLUSIONES

Con el desarrollo acelerado de la modernidad y la globalización en la economía de las últimas décadas, se han dado cambios y transformaciones en los ámbitos demográficos, económicos, tecnológicos, culturales y educativos, los cuales han llevado a modificar estilos de vida, necesidades y formas de relación social, familiar e individual. Si bien estos cambios tienen ciertos beneficios, no se puede negar que han generado una serie de situaciones estresantes que el individuo debe enfrentar y aunque no siempre son resueltos de manera adecuada; las dificultades a las que el individuo se enfrenta provocan diversas situaciones psicosociales como el incremento en la delincuencia, así como a la desintegración familiar; mayor violencia, el uso de drogas lícitas e ilícitas, que da por resultado la sobrecarga del sistema de Justicia Penal con autores de delitos menores de drogas y que debilita la capacidad del Estado Mexicano o de cualquier otro país, para administrar justicia con eficiencia.

Este problema de salud pública es uno de los más complejos que enfrenta nuestra sociedad y que involucra la población infantil y juvenil; todo esto ya mencionado es el resultado de un conflicto que lleva a delinquir al individuo y ser presentado ante una autoridad.

Por tal motivo, el individuo que está en conflicto con la autoridad no tiene el conocimiento de sus derechos y obligaciones ante la autoridad.

PROPUESTA

Es importante que el infractor al momento de ser presentado ante el Ministerio Público tenga el conocimiento del delito que cometió; cuál es su infracción o falta relacionada con el consumo de drogas. Por ello propongo que se debe trabajar con las autoridades correspondientes para una difusión masiva y exhaustiva del conocimiento de las adicciones. Por lo que se propone la siguiente cartilla de información sobre los derechos de los consumidores:

Si consumes no lo hagas en espacios públicos, ni portes más de la dosis establecida.

Nunca consumas cerca de escuelas, pues se considera un agravante a la posesión.

Si portas drogas, o aún si no portas, y eres detenido por policías:

a) Hazles saber que tienes derechos y que no deben revisarte si no tienen orden en tu contra.



- b) Si te revisan y no portas droga no pueden detenerte.
- c) En la medida de lo posible, evita ser llevado al Ministerio Público.
- d) En caso de ser presentado ante alguna autoridad asume tu responsabilidad como consumidor.
- e) Si portas droga mayor a la establecida en la tabla pide la asistencia de un abogado.

Nunca vender ni suministrar droga: La nueva ley permite policías vestidos de civil por lo que dar droga a alguien para “hacer un paro” te puede llevar a la cárcel.

Tabla de orientación de dosis máximas en México de consumo personal e inmediato.

Narcóticos	Dosis máxima de consumo personal e inmediato
Opio	2 Gr.
Heroína	50 Mg.
Cannabis	5 Gr.
Cocaína	500 Mg.
LSD	0.015 Mg.
MDA	Polvo granulado o cristal tabletas o caps.
Extasis	40 Mg. Una unidad con peso no mayor a 200 Mg.
MDMA	40 Mg. Una unidad con peso no mayor a 200 Mg.
Cristal	40 Mg. Una unidad con peso no mayor a 200 Mg.

(Art. 479 LGS)

En caso de ser sujeto en detención arbitraria, extorsión y/o siembra, por parte de alguna autoridad, acude o llama a la comisión de Derechos Humanos más cercana.

REFERENCIAS

- 1 Cohen, P.D., & Kaañ, H:L. (2004), 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco' American Journal of Public Health 94:836-842.
- 2 European Comission, Trimbos Institute, Rand Europe (2009). A report on global illicit drug markets 1998/2007? (Luxembourg European Communities). Roberts, M. Trace & Klein, A. (2004). Beckley Report 3 – Law Enforcement and supply reduction (Oxford DrugScope & Beckley Foundation).
- 3 Costa, A.M. (marzo de 2008), Perfeccionamiento de la fiscalización de drogas para adecuarla a la finalidad para la que fue creada: Aprovechando la experiencia de diez años de acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, E/CN.7/2008/CRP.17 (Viena: Comisión de Estupefacientes), <http://idpc.net/sites/default/files/library/ONUPerfeccionamiento%20de%20la%20fiscalizaci%C3%B3n%20de%20drogas.pdf>
- 4 Open Society Institute (2009), The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia and Ukraine (International Harm Reduction Development Program), (New York: Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugred_20091001/drugred_20091001.pdf
- 5 World Health Organization, Access to Controlled Medications Programme (2008), Improving access to medications controlled under international drug conventions (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Access_to_controlled_medications_bnote_english.pdf y World Health Organization (2011). Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled substances (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocpsanend/en/index.html
- 6 European Comission, Trimbos Institute, Rand Europe (2009), A report on global illicit drug markets 1998-2007 (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M, & Klein, A. (2004) Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction (Oxford: DrugScope &



- Bekley Foundation),
http://bekleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 7 Hallam, C.(April 2010), IDPC Briefing Paper – Jar wars: the question of schools-based drug testing (London: international Drug Policy Consortium),
http://idpc.net/sites/default/files/library/Schools%20Briefing%20paper%202010%20FINAL_0.pdf
- 8 Harm Reduction International. (2010). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association (London: HRI),
http://www.ihra.net/net/files/2010/08/10Briefing_What_is_HR_English.pdf
- 9 Moore, G., Gerdt, M. & Manias, E. (2007), “Homelessness, health status and emergency departamento use: And integrated review of the literature”, Australasian Emerergency Nursing Journal, 10(4): 178-185
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626707001097>;
Breslau,N. (2002), “Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders”. The Canadian Journal of Psychiatry, 47(10):923-929
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>
- 10 Melis,M. & Nougier, M. (octubre de 2010), Informe del IDPC – El impacto de las políticas de drogas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas)
- 11 Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes.
- 12 Según el artículo 103 de la Carta de la ONU, las obligaciones contraídas en virtud de la Carta prevalecerán sobre cualquier otro convenio internacional, incluidas las tres convenciones sobre drogas.
- 13 Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.
- 14 Conferencia Mundial de Derecho Humanos (1993), Declaración y programa de acción de Viena (A/CONF.157/23), 12
- 15 United Nations Press Release (10 de marzo de 2009), “High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy”
- 16 Web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU: El derecho Internacional de los derechos humanos,
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
- 17 Grover,A. (agosto de 2010) Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental (Asamblea General de las Naciones



- UnidasA/65/255),<http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Anand-Grover-Report-SPA.pdf>
- 18 The Beckley Foundation Drug Policy Programme, International Harm Reduction Association, Human Right Watch & The Canadian HIV / AIDS Legal Network (2008), Report 13 – Recalibrating the regime: the need for a human rights-based approach to international drug policy (Oxford: The Beckley Foundation),
<http://idpc.net/sites/default/files/library/Recalibrating%20the%20regime.pdf>
- 19 Guía Legal de Usuarios de Drogas. CUIHD Colectivo por una política integral hacia las drogas. www.cuihd.org
- 20 Preámbulos de las convenciones de 1961
(<http://unodc.org/unodc/en/treaties/singles-convention.html>), 1971
(http://www.incb.org/pdf/s/convention_1971_es.pdf) y 1988
(http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf).
- 21 Jurgens, R bail, A & Verster, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons". The Lancet Infectious Diseases, 9(1): 57-66.[http://www.thelancet.com/journal/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journal/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)
- 22 Wlamsley,R.(2011), World prison population list (ninth edition) (London: International Centre for Prison Studies),<http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>
- 23 Dolan,K, Khoei,EM., Brentari.C & Stevens, A. (2007), Beckley Report 12-Prisons and Drugs: a global review of incarceration, drug use and services (Oxford: The Beckley Foundation)
http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_DN.pff
- 24 Stover H. & Wellandt, C. (2007) "Drug use and drug services in Prisons", en Healthy in prisons:A Who guide to the essentials of prison health (Copenhagen: World Health organization),
<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>
- 25 Para mas informacion véase: Unit Nations Office on Drug and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), HIV and AIDS in Places of Detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prisons settings (New York: United Nations),
<http://www.unodc.org/document/hiv-aids-HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 26 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), Evidence for Action Technical Papers-Interventions to address HIV in Prison:needle and syringe programmes and decontamination strategies (Geneva:



- World Health Organization) , <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>
- 27 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), HIV and AIDS in places of detention-a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings (New York: United Nations),<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 28 Sretrirutchi, S., Silapojakul, K., Palittapongarnpim, P., Phongdara, A. & Vuddhakul, V. (2002), Tuberculosis in thai prisons: magnitude, transmission and drug susceptibility' The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 6(3):208-214.
- 29 Macintyre, CR., carnie, J. & Randall, M. (1999), 'Risk of Transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison'. Epidemiology and Infection
- 30 Moreira Lemos, A.C., Dias, Matos E. & Nunes Bittencourt, C. (2009), Prevalence of active and latent TB among inmates in prison hospital in Bahia, Brazil'. Journal Brasileiro de Pneumologia. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219332
- 31 World Health Organization (2007), Effectiveness of Interventions to address HIV in prison (Geneva: Who), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html
- 32 Verger, P., Rotily, M. & Prudhomme, J. (2003), High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prisons'. of Forensic Sciences, 48 (3):614-616, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12762532>
- 33 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), 'Review: the health of prisoners', The Lancet, 377(9769):956-965
- 34 World Health Organization Regional Office for Europe website, Prison and health, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>
- 35 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (1955), Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/reclusos.htm>
- 36 Asamblea General (14 de diciembre de 1990), Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, A/RES/45/111, http://www2.ohchr.org/spanish/law/tratamiento_reclusos.htm
- 37 Reglas Penitenciarias Europeas, párrafos 40.4 y 40.5, <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/EPR%20Spanish.pdf>
- 38 http://apt.ch/region/visits/bangkok%20Rules_esp.pdf
- 39 World Health Organization (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/wide_nocp_sanend/en/index.html



- 40 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007), Informe anual 2007 (Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes), <http://www.incb.org/pdf/annual-repot/2007/es/annual-report-2007.pdf>
- 41 Dean, J. (2005), 'The future of mandatory drug testing in Scottish prisons:a review of policy'. International Journal of Prisoner Health, 1(2-4): 163-170, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17449200600553134>
- 42 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), HIV and AIDS in places of detention-a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit/Dec08.pdf>
- 43 World Health organization, United Nations Office on Drugs and Crime Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies (Geneva: World Health Organization), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NCP.pdf>; Harm Reduction Coalition (enero de 2007), Syringe Exchange in prisons: the international experience, <https://harm.rdsecure.org/article.php?id-418>
- 44 Stark. K. Hermann., U., Ehrhardt. S., & Bienzle, U. (2006) 'Á syringe Exchange programme in prison as prevention strategy againsts HIV infection and hepatitis B and C in Berlin'. Germany Epidemiology and Infection, 134(4): 814-819, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870452/>
- 45 OMS (2010) La Recomendación de Madrid: la protección de la salud en las prisiones como parte esencial de la salud pública, http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Declaracixn_de_Madrid_-_OMS_espaxol_x2x.pdf
- 46 United Nations Office Drugs and Crime, Drug dependence treatments:interventiions for drug users in prison (Vienna: United National Drugs and Crime), http://www.unodc.org/docts/treatment/111_PRISON.pdf
- 47 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- 48 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2003), Informe anual 2003: el problema de la drogodependencia en la Unión



- Europea y Noruega (Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanias),
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37258_ES_ar2003eu_es.pdf, morenojimenez, M.P. (2000), 'Psichosocial interventions with drug addicts in prison. description and results of a programme'. Psychology in Spain, 4 (1):64-74,
- 49 Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A:D: (2005), 'Four – year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection' Addiction, 100(6): 820-828, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918812>
- 50 Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010), Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison Cochrane Database of Systematic Review, (1): CD008221, <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>

