



COUNT THE COSTS

50 YEARS OF THE WAR ON DRUGS

La Guerra contra las Drogas: Amenazando la salud pública, difundiendo enfermedades y muerte

La “guerra contra las drogas” se libra en todo el mundo desde hace 50 años, sin lograr evitar la tendencia de largo plazo al incremento del suministro y consumo de drogas. Además de este fracaso, la Oficina de las NN.UU. sobre las Drogas y el Delito (ONUDD) ha identificado muchas graves “consecuencias negativas no intencionales” de la guerra contra las drogas – incluyendo la amenaza que ésta representa para la salud pública.⁽¹⁾ Tales costos en términos de salud no son resultado del consumo de drogas en sí, sino de elegir un enfoque punitivo basado en la aplicación de una ley que, por su naturaleza, criminaliza a muchos usuarios de drogas, quienes a menudo son los elementos más vulnerables de la sociedad, y que coloca el control del tráfico de drogas en manos de criminales organizados.

Este informe resume dichos costos en términos de salud. Naturalmente, hay una yuxtaposición con otras áreas del proyecto Calcula los Costos, incluyendo: seguridad y desarrollo, discriminación y estigma, derechos humanos, delincuencia, medio ambiente, y economía. Para recibir informes y acceder a una colección más amplia de recursos sobre estos costos, consultar: www.countthecosts.org.

Contenido

Introducción	2
Costos de la guerra contra las drogas en términos de salud:	
1. Maximizando el perjuicio para los consumidores de drogas.	3
• Estimulando conductas riesgosas y entornos de consumo.	3
• Promoviendo productos más peligrosos	4
2. Creando obstáculos para una efectiva reducción de daños	5
• Difundiendo enfermedades infecciosas: VIH/SIDA, hepatitis y tuberculosis	6
• Llevando el consumo de drogas a las cárceles	8
• Incrementando los riesgos de sobredosis	9
3. Impactos de salud más amplios de la guerra contra las drogas.	10
• Socavando el desarrollo y la seguridad	10
• Impactos directos de la aplicación de la ley sobre la salud y los derechos humanos	10
• Limitando el acceso a medios para controlar el dolor	11
¿Existen beneficios?	12
¿Cómo calcular los costos?	13
Conclusiones	14



Las medidas para la aplicación punitiva de la ley recaen con más fuerza sobre los consumidores dependientes de drogas que son más pobres y marginalizados (Crédito fotográfico: Nicolas Holzheu)

Introducción

Durante el último medio siglo, la guerra contra las drogas ha sido promovida principalmente como una manera de proteger la salud pública. En realidad, sin embargo, se ha logrado lo opuesto. Esta guerra ha fracasado en su intento por controlar o eliminar el consumo de drogas, y ha incrementado los riesgos y daños potenciales asociados con el uso de estas sustancias. Al alimentar la difusión de la enfermedad – a menudo con consecuencias fatales – las políticas de la guerra contra las drogas han tenido un impacto negativo devastador sobre la salud de una creciente población de consumidores.

Ello no obstante, es importante destacar que el tratado que apuntala el marco global para el control de drogas, la Convención Única de las NN.UU. sobre Estupefacientes de 1961, cumple dos funciones paralelas. Al lado de controles punitivos a cargo del sistema judicial penal sobre el consumo de drogas no médicas, la Convención establece un estricto marco regulatorio para la producción y suministro de las mismas drogas para fines médicos y científicos. Ello ha llevado al surgimiento de dos mercados paralelos: En primer lugar, está el tráfico de drogas no médicas, controlado por empresarios criminales violentos,

paramilitares e insurgentes; y en segundo término, el comercio de drogas médicas, regulado por varias agencias gubernamentales. El contraste entre los daños sociales y a la salud asociados con estos dos mercados gemelos no podría ser más marcado o aleccionador (*ver recuadro, p. 7*).

La retórica de campaña de la guerra contra las drogas, tal como se perfila en el preámbulo de la Convención Única, describe las drogas como un “mal” que debemos “combatir”. Sin embargo, la aplicación de la ley se concentra en algunas de las poblaciones más vulnerables y marginalizadas – quienes provienen de las comunidades socialmente desfavorecidas, los jóvenes, personas con problemas de salud mental, personas dependientes de las drogas, y quienes se inyectan drogas. La guerra contra las drogas castiga a quienes experimentan las mayores necesidades – los pacientes y los clientes. Puede describirse más adecuadamente como una guerra contra los consumidores de drogas; una guerra contra las personas. Esta criminalización de las personas que consumen drogas conlleva una creciente estigmatización y marginalización, limitando la efectividad potencial de las intervenciones de salud, particularmente para los consumidores problemáticos.

De modo que, pese a la importancia de los daños a la salud asociados al consumo problemático y la adicción, hay una urgente necesidad de examinar y encontrar soluciones a los problemas de salud pública creados o exacerbados por la propia guerra contra las drogas, a saber:

- Maximizar los riesgos asociados al consumo, como productos, conductas y entornos de consumo inseguros⁽²⁾
- Los daños a la salud creados o alimentados directamente por la aplicación de la ley contra las drogas, o indirectamente a través de los impactos sociales más amplios del tráfico ilegal violento que aquella crea, incluyendo los desastrosos impactos sobre el desarrollo y la seguridad internacionales
- Los obstáculos políticos y prácticos para que los profesionales de la salud cumplan con su trabajo de abordar los problemas de salud relacionados a las drogas y la reducción de daños; y la manera en que aquellos se ven obligados a trabajar dentro de un marco legal y de políticas que a menudo entra en directo conflicto con la ética médica fundamental – siendo el más importante de todos el compromiso de “evitar ocasionar daño, por encima de cualquier otra consideración”



La criminalización incrementa el riesgo de emergencias relacionadas a las drogas, como las sobredosis (Crédito fotográfico: Chris Wong)

Los costos de la guerra contra las drogas en términos de salud

1. Maximizando el perjuicio a los consumidores

Estimulando conductas y entornos de consumo riesgosos

- La criminalización de las personas que consumen drogas, particularmente de los jóvenes, aunque tiene impactos marginales sobre la demanda en el mejor de los casos, puede exacerbar amplios daños a la salud al estimular conductas de alto riesgo⁽³⁾ e impulsar el consumo de drogas en entornos “clandestinos” antihigiénicos y sin supervisión
- Las autoridades que persiguen educar a los jóvenes sobre los riesgos asociados a las drogas, están simultáneamente tratando de arrestarlos y castigarlos. La alienación y estigma resultantes socavan los intentos por llegar a quienes presentan mayores necesidades. Ello, en combinación con mensajes de prevención que con más frecuencia son impulsados por la política que por la ciencia, genera desconfianza incluso hacia los mejores esfuerzos en educación sobre drogas
- La aplicación de la ley contra la posesión de parafernalia de drogas inyectables puede estimular el intercambio de jeringas, incrementando el riesgo de transmisión de virus que se encuentran en la sangre.⁽⁴⁾ Igualmente, los mayores niveles de aplicación de la ley están asociados a inyecciones apresuradas y de mayor riesgo⁽⁵⁾
- La elección de inyecciones de alto riesgo, en desmedro de formas más seguras de administración de las sustancias (por ejemplo, aspirar o fumar), para maximizar el efecto en función del costo, puede ser causada por el incremento del precio relacionada a la aplicación de la ley⁽⁶⁾

- El desplazamiento del consumo de una droga a otra, también puede ser consecuencia de los esfuerzos de aplicación de la ley.⁽⁷⁾ No se pueden predecir los impactos de estas acciones pero, tal como lo demuestra la experiencia con estimulantes del tipo anfetamina, ellas pueden resultar en el consumo de nuevas drogas de “diseño” sobre las cuales poco se conoce (lo cual constituye en sí mismo un factor de riesgo), crear retos para la policía, y para los servicios forenses y de reducción de daños, así como de tratamiento y emergencias^{(8), (9)}
- En la región de Eurasia, presiones de tipo económico, combinadas con la aplicación de la ley contra drogas más establecidas, han alimentado el surgimiento de estimulantes tipo anfetamina de alto riesgo, que se fabrican localmente y que se inyectan, como el *boltushka* en Ucrania,⁽¹⁰⁾ y el *vint*⁽¹¹⁾ y opiáceos como el *krokodil*⁽¹²⁾ en Rusia
- El acceso inadecuado a la información puede estimular conductas de alto riesgo como el uso de drogas múltiples y el consumo intermitente desmedido, así como incrementar los riesgos en situaciones de crisis

Promoviendo productos más peligrosos

Los mercados criminales se ven impulsados por procesos económicos que estimulan la creación y consumo de drogas más potentes o concentradas que generan mayores ganancias. Este fenómeno es comparable al modo en que, bajo la prohibición de la venta de alcohol en la década de 1920 en los EE.UU., el consumo de cerveza y vino fue desplazado por la venta de licores más concentrados, rentables y peligrosos – un proceso que se revirtió cuando la prohibición fue abolida.

Bajo la prohibición actual, el opio fumable ha sido reemplazado por la heroína inyectable, y los mercados de cocaína han evolucionado hacia el crack de cocaína fumable o inyectable.⁽¹³⁾ Más recientemente, el mercado de cannabis se ha saturado con variedades cada vez más potentes.

“*Políticas ineficaces y punitivas sobre drogas, particularmente la criminalización de la posesión de drogas, deben ser reformadas para garantizar la vigencia de los derechos humanos, y en apoyo de la implementación de intervenciones basadas en evidencias para personas que se inyectan drogas.*”

Declaración Oficial de la Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños de 2011

Los productos de drogas fabricados y comercializados ilegalmente carecen de cualquier información sobre salud y seguridad, y presentan una potencia y pureza desconocidas (y tremendamente variables), creando una serie de riesgos que no están asociados a sus contrapartes en el mercado lícito.⁽¹⁴⁾

- Se incrementan los riesgos de sobredosis, particularmente para drogas que se inyectan, cuando éstas son inesperadamente potentes
- Existen riesgos de envenenamiento con las sustancias adulterantes y los agentes que añaden volumen al producto, empleados por los proveedores criminales para maximizar sus ganancias.⁽¹⁵⁾ Ejemplos recientes de este fenómeno incluyen el Levamisole, un producto farmacéutico potencialmente tóxico⁽¹⁶⁾ para desparasitar y para tratamiento del cáncer, y que también se emplea comúnmente como adulterante de la cocaína (la DEA reportó la presencia de este componente en el 69% de la cocaína confiscada en los EE.UU. durante el 2009). Incluso, para incrementar

el volumen el cannabis ilícito, se utilizan otras sustancias como el plomo, lo cual dio como resultado 29 hospitalizaciones debido a envenenamiento por plomo en 2007⁽¹⁷⁾

- Entre quienes se inyectan drogas, existe un riesgo especial de infección por contaminantes biológicos. En el Reino Unido, por ejemplo, se ha visto grupos de infecciones asociadas a heroína contaminada, incluyendo 35 muertes en 2000 debidas a contaminación con la bacteria *Clostridium novyi*, y más de 30 infecciones con *Bacillus anthracis* (ántrax), que resultaron en diez muertes en 2009-10

“El mercado negro criminal en expansión obviamente demandó un respuesta proporcional del aparato de aplicación de la ley, así como mayores recursos. La consecuencia de ello fue que la salud pública resultó desplazada a un segundo plano, donde era objeto de declaraciones retóricas insustanciales, pero en la práctica recibía menor atención.”

Antonio Maria Costa
Director Ejecutivo, Oficina de las Naciones Unidas
para las Drogas y el Delito
2008

2. Creando obstáculos para una efectiva reducción de daños

En la década de 1980 surgió un nuevo modelo de políticas, enfocadas pragmáticamente en reducir de manera general los daños relacionados a las drogas, antes que en el enfoque estrecho de la guerra contra las drogas, consistente en tratar de eliminar el consumo. Tal enfoque es resumido por *Harm Reduction International* (HRI) de la manera siguiente:

“políticas, programas y prácticas que se proponen primordialmente reducir las consecuencias adversas de salud, sociales y económicas derivadas del uso de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin necesariamente reducir el consumo de drogas. La reducción de daños beneficia a las personas que consumen drogas, a sus familias y a la comunidad.”⁽¹⁸⁾

En gran medida, sin embargo, puede considerarse que el enfoque de reducción de daños surgió como una respuesta ante los daños creados o exacerbados por la guerra contra las drogas. Existe actualmente un conflicto interno insostenible de políticas – con profesionales de salud atrapados en medio de él. En todo el mundo, los enfoques para reducción de daños basados en evidencias están evolucionando y ganando terreno, pero éstos operan dentro del encuadre políticamente impulsado de una guerra contra las drogas que maximiza los daños.

Intervenciones clave, como los programas de agujas y jeringas (NSP) y la terapia de sustitución de opioides (OST), se expandieron principalmente en respuesta al riesgo de transmisión del VIH debido al consumo de drogas inyectables, aunque el enfoque se ha desarrollado para incluir un rango mucho más amplio de drogas, conductas de consumo y daños relacionados. Tanto el NSP como la OST son actualmente reconocidos por los monitores de derechos humanos de las NN.UU. como un requisito del derecho a la salud para personas que se inyectan drogas,⁽¹⁹⁾ mientras que la metadona y la buprenorfina empleados por la OST figuran ahora en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.⁽²⁰⁾

Pese a encontrarse mejor establecida, en 2010 la reducción de daños “sigue estando muy limitada, particularmente en países de ingresos bajos y medios”⁽²¹⁾:

- En Rusia, aunque el 37% de las 1.8 millones de personas que se inyectan drogas están infectadas con el VIH, el NSP se encuentra severamente limitado y la OST es ilegal. En comparación, las tasas de infección por VIH entre quienes se inyectan drogas en países como el Reino Unido, Australia y Alemania, donde los programas para reducción de daños están bien establecidos, se encuentran por debajo del 5%
- De los países/territorios donde se reporta el uso de drogas que se inyectan, 76 de ellos no cuentan con NSP, y 88 no tienen OST
- En Asia Central, América Latina y el África Subsahariana, la cobertura de la OST equivale a una de cada 100 personas que se inyectan drogas

Los obstáculos para mejorar la provisión de programas constituyen más una falla de las políticas que una carencia de recursos, por cuanto la reducción de daños es altamente efectiva en términos de costos.⁽²²⁾ En tal sentido, el mero uso del término “reducción de daños” sigue siendo un tema político controversial en foros internacionales de alto nivel.⁽²³⁾

Tal conflicto ha resultado en una ampliación de la reflexión sobre reducción de daños para incluir temas de de más largo aliento referidos a reformas sistémicas de políticas y de legislación, tal como ha quedado demostrado en iniciativas tales como la Declaración de Viena⁽²⁴⁾ y la Declaración Oficial de la Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños de 2011,⁽²⁵⁾ así como en el alto perfil de los partidarios de dichas iniciativas.

Difundiendo enfermedades infecciosas: VIH/SIDA, hepatitis y tuberculosis

Desde el inicio de la epidemia del VIH, la transmisión del virus entre personas que se inyectan drogas a través del intercambio de agujas ha sido un problema grave y creciente:

- El consumo de drogas inyectables tiene lugar en al menos 158 países/territorios. Se estima que unas 15.9 millones de personas en todo el mundo se inyectan drogas, y unos tres millones de ellos son VIH+ en 120 países⁽²⁶⁾
- En ocho países – Argentina, Brasil, Estonia, Indonesia, Kenia, Birmania, Nepal y Tailandia – se estima que la prevalencia del VIH entre personas que se inyectan drogas es superior al 40%
- El consumo de drogas inyectables causa una de cada diez nuevas infecciones por VIH en todo el mundo, y hasta el 90% de las infecciones en regiones como Europa Oriental y Asia Central⁽²⁷⁾
- La provisión de terapia antirretroviral, ya limitada en muchos países de ingresos bajos y medios, está efectivamente fuera del alcance para la vasta mayoría de personas VIH+ que se inyectan drogas

La Hepatitis B (HBV) y C (HCV) son las infecciones más comunes de transmisión sanguínea que afectan a personas que comparten implementos para inyectarse.⁽²⁸⁾ El HCV es un virus mucho más robusto que el VIH y, por eso, se transmite con mayor facilidad. Tanto el HBV como el HCV pueden causar cirrosis y cáncer al hígado, y constituyen significativas causales de muerte.

Aunque la urgencia por prevenir y tratar la infección por VIH ha ensombrecido lo que algunos llaman la epidemia “silenciosa” de la hepatitis viral, ésta es cada vez más reconocida como un problema fundamental de salud pública, particularmente donde las personas que viven con VIH están también infectadas con HBV y/o HCV.

- Brasil, China, Indonesia, Italia, Kenia, la Federación Rusa, Tailandia, los EE.UU., Ucrania y Vietnam representan la mitad de la población mundial de consumidores de drogas inyectables (8.1 millones), y dos tercios de quienes se inyectan drogas y viven con el VIH (2.1 millones).⁽²⁹⁾ La prevalencia promedio del VIH entre personas que se inyectan drogas en estos países es aproximadamente del 25%, y la prevalencia del HCV es de hasta 60%

- China, la Federación Rusa y Vietnam ostentan tasas de infección combinada de VIH/HCV superiores al 90% entre la población que se inyecta drogas

Resulta crucial reconocer que tanto el HBV como el HCV pueden ser efectivamente prevenidos, tratados y potencialmente curados. Sin embargo, es evidente que la captación para el tratamiento sigue siendo extremadamente baja entre personas que se inyectan drogas, aún cuando esté disponible.⁽³⁰⁾

Ejemplo paralelo de dos consumidores de heroína

Quizá la ilustración más clara del impacto de la guerra contra las drogas proviene de la comparación entre dos consumidores de heroína inyectable – uno de ellos ubicado en un entorno de guerra contra las drogas/suministro criminal, y el otro en un entorno de consumo médico legal/recetado/supervisado.⁽³¹⁾ A nivel mundial, e incluso dentro del mismo país, estos dos regímenes de políticas existen paralelamente, de modo que es posible hacer una comparación real de los niveles de daño.



El consumidor de heroína ilegal:

- Comete gran cantidad de delitos contra la propiedad y/o trabajo sexual callejero para financiar su hábito, y ostenta voluminosos – y crecientes – antecedentes criminales
- Consume heroína “*de la calle*” de potencia y pureza desconocidas, con jeringas sucias y a menudo compartidas, en espacios marginales e inseguros
- Adquiere el producto a través de una infraestructura criminal de tráfico que puede remontarse hasta la producción ilícita de la sustancia en Afganistán
- A menudo está infectado con el VIH y hepatitis C

El consumidor de heroína recetada:

- Consume heroína de origen farmacéutico producida y recetada legalmente, de potencia y pureza conocidas
- Emplea parafernalia de inyección limpia, en un espacio supervisado cuasi-clínico donde está en permanente contacto con profesionales de salud
- No se encuentra implicado en actividad criminal, lucrativa o violenta alguna, ni participa en nivel alguno de la producción o suministro de drogas, y tampoco comete delitos para financiar su consumo
- No incurre en riesgo de contraer una infección de transmisión sanguínea, y tiene un riesgo casi nulo de muerte por sobredosis

Pese a que en el corto plazo el tratamiento para combatir el HCV y el HBV sigue siendo (o es percibido como) prohibitivamente caro,⁽³²⁾ en muchos países de ingresos medios o bajos las medidas de prevención son relativamente de bajo costo y tienen una efectividad demostrada en términos de costos. Ello no obstante, su desarrollo sigue estancado – pese a recibir fuerte apoyo de la OMS, ONUSIDA y ONUDD.⁽³³⁾

La tuberculosis afecta únicamente a grupos empobrecidos y marginalizados, estando las personas ya infectadas con VIH o HCV en un riesgo particularmente grave. El 30% de los consumidores de drogas inyectables en Europa Oriental, el 25% en Europa Central, y más del 50% en Europa Oriental, presentan tuberculosis.

Llevando el consumo de drogas a las cárceles

La guerra contra las drogas ha alimentado directamente la expansión de la población carcelaria en décadas recientes (consultar los informes de *Calcula los Costos sobre Delincuencia y Derechos Humanos* en www.countthecosts.org). En consecuencia, esta creciente población tiene un número desproporcionado de personas que actualmente consumen drogas, o lo han hecho en el pasado. Entre la población carcelaria en los EE.UU., la prevalencia de consumo de drogas en algún momento de sus vidas oscila entre el 15% y el 50%.⁽³⁴⁾



El encarcelamiento de consumidores de drogas es, al mismo tiempo, caro y contraproducente (Crédito fotográfico: Departamento Correccional y de Rehabilitación de California)

“Las prisiones son espacios de riesgo extremadamente alto para la transmisión del VIH debido al hacinamiento, mala nutrición, limitado acceso a la atención de la salud, consumo continuo de drogas ilícitas y prácticas inseguras de inyección, actividad sexual no protegida y la práctica del tatuaje. Muchas personas que se encuentran en las prisiones provienen de poblaciones marginalizadas, como los consumidores de drogas inyectables, que se encuentran ya en un elevado riesgo de infección por VIH. En la mayoría de los casos, las altas tasas de infección por VIH en las prisiones están vinculadas al intercambio de implementos para inyectarse drogas y a los encuentros sexuales no protegidos que se producen en prisión. Las tasas de intercambio de jeringas son invariablemente más altas en las prisiones que entre consumidores de drogas fuera de las cárceles”

World Health Organization
2005

“Quienes ostentan velados intereses en mantener el estatus quo a menudo niegan la evidencia del fracaso de la prohibición de las drogas en alcanzar sus metas declaradas, así como de las severas consecuencias negativas de tales políticas. Ello ha creado confusión entre el público, y ha generado la pérdida de incontables vidas. Los gobiernos y organizaciones internacionales tienen obligaciones éticas y legales de responder a esta crisis, y deben buscar implementar estrategias alternativas basadas en evidencias que puedan efectivamente reducir los daños que resultan del consumo de drogas, sin generar daños por sí mismas.”

Declaración de Viena
2010

Algunas personas tratan de retratar a las cárceles como un entorno beneficioso para la recuperación de problemas de drogas, pero la realidad es, con mayor frecuencia, totalmente lo opuesto. En las prisiones estas personas continúan con altos niveles de consumo (lo cual no sorprende a nadie, dada la confluencia de consumidores dependientes, comercializadores y traficantes en las cárceles), lo cual constituye un ambiente que genera una serie de riesgos adicionales, incluyendo la iniciación en conductas de consumo de alto riesgo.

Es un principio general de la legislación internacional^{(35), (36)} que las personas encarceladas retienen todos sus derechos, excepto aquellos que se encuentran necesariamente limitados en virtud de su encarcelamiento. La pérdida de la libertad es en sí misma el castigo, no la privación de los derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud. Tal como lo señala *Harm Reduction International*:

“El incumplimiento en brindar acceso a medidas basadas en evidencias para la prevención del VIH y HCV (en particular NSP y OST) a personas que se encuentran encarceladas, es una violación del derecho de todas las personas a disfrutar el máximo estándar posible de salud física y mental bajo la ley internacional, y resulta inconsistente con numerosos instrumentos internacionales que lidian con la salud de los prisioneros y el VIH/SIDA.”⁽³⁷⁾

No obstante claras directivas sobre tal disposición por parte de la OMS, ONUDD y ONUSIDA,⁽³⁸⁾ los servicios de NSP en las prisiones sólo se encuentran disponibles en diez países, y la OST sólo está disponible (en al menos una prisión por país) en menos de 40 países.⁽³⁹⁾

Incrementando los riesgos de sobredosis

En décadas recientes, las muertes por sobredosis, principalmente en relación a opioides, se han convertido en un problema creciente.

- Las sobredosis constituyen por lo general la causa principal de muerte entre personas que consumen drogas⁽⁴⁰⁾
- Aproximadamente dos tercios de las personas que se inyectan drogas experimentarán una sobredosis en algún momento de sus vidas, y cerca del 4% de los casos de sobredosis tendrán un resultado fatal⁽⁴¹⁾
- En algunos países, la sobredosis es la causa principal de muerte entre todos los jóvenes, y la causa principal de muerte accidental entre todos los adultos en ciertas regiones⁽⁴²⁾

Durante los últimos 15-20 años se ha producido el establecimiento de una serie de intervenciones que han

demostrado ser efectivas para reducir la incidencia de sobredosis, de la tasa de mortalidad por sobredosis, o de ambas. Tales intervenciones incluyen inversión en educación y generación de conciencia, y una mayor provisión de naloxone (un antagonista de los opiáceos), tanto en una formulación para administración ambulatoria como para su uso por parte de personal médico. Asimismo, la provisión de la OST ha demostrado capacidad para reducir las sobredosis. Por ejemplo, se ha producido una reducción del 79% en sobredosis por opioides durante los cuatro años que siguieron a la introducción en Francia de la terapia de mantenimiento con buprenorfina en 1995.⁽⁴³⁾ Del mismo modo, los centros para inyección vigilada (SIF) en ocho países han supervisado millones de inyecciones en las cuales no se han producido muertes por sobredosis.⁽⁴⁴⁾ Tales servicios sólo están disponibles en un número muy reducido de lugares; mientras que en Alemania hay 25 SIF, no hay ninguno en el Reino Unido y sólo dos en toda Norte América.

Al igual que ocurre en términos más amplios con la reducción de daños, el tema de la sobredosis muestra cómo la guerra contra las drogas alimenta el surgimiento de un riesgo para la salud, y luego genera obstáculos para que los profesionales de salud desarrollen e implementen intervenciones que reduzcan dicho riesgo.

3. Impactos de salud más amplios de la guerra contra las drogas

Socavando el desarrollo y la seguridad

La guerra contra las drogas está socavando activamente el desarrollo, los derechos humanos y la seguridad en muchas de las regiones y estados más frágiles del mundo – desde Afganistán y la Región Andina, hasta el Caribe y África Occidental, con impactos catastróficos en términos de salud pública en las regiones afectadas (consultar el informe de *Calcula los Costos sobre Desarrollo y Seguridad* en www.countthecosts.org).

Los empresarios criminales que controlan la producción y el tráfico de drogas, naturalmente buscan regiones con escasa infraestructura económica y gobernabilidad deficiente,

y luego recurren a la corrupción y la violencia para consolidar y expandir sus intereses. Desde el lanzamiento de la enérgica ofensiva militar contra los cárteles de la droga (la cual ha tenido impactos insignificantes en eliminar la producción y el tráfico) por parte del gobierno mexicano en 2006, más de 50,000 personas han muerto en actos de violencia relacionados al mercado de drogas, incluyendo más de 4,000 mujeres y 1,000 niños.

La rentabilidad de las drogas ilegales estimula a los traficantes a bloquear áreas de producción o tránsito de drogas para mantenerlas en un subdesarrollo de múltiples dimensiones, impidiendo las inversiones y restringiendo las actividades de ONG y otras instancias internacionales de salud y desarrollo. Este fenómeno también desvía gran cantidad de valiosos recursos de asistencia y de otro tipo, que podrían servir a propósitos de salud o desarrollo, hacia las fuerzas policiales y militares.

Impactos directos de la aplicación de la ley sobre la salud y los derechos humanos

La propia aplicación de la ley sobre drogas está asociada con una serie de abusos a los derechos humanos que involucran directamente perjuicios a la salud, incluyendo: impactos a la salud debidos a operaciones de erradicación con agentes químicos, detención arbitraria, tortura, castigo corporal y, en casos extremos, uso de la pena de muerte (para obtener mayores detalles, consultar el informe de *Calcula los Costos sobre Derechos Humanos* en www.countthecosts.org).

- En algunos países en Asia Occidental y Central, los consumidores de drogas son, por lo general, enviados a centros de detención de drogas sin mediar un juicio o debido proceso. Aunque en ocasiones se les califica como instituciones de “tratamiento” o “rehabilitación”, a menudo son indistinguibles de las cárceles, operadas por las fuerzas de seguridad y personal sin formación médica, y rara vez brindan tratamiento basado en evidencias. En lugar de ello, con frecuencia las principales actividades son ejercicios militares y trabajos forzados, y se niega a los detenidos acceso a medicinas esenciales y tratamientos efectivos. En

China existían aproximadamente 700 centros de desintoxicación obligatoria de drogas y 165 centros de “reeducación mediante el trabajo”, albergando a una población total superior a las 350,000 personas⁽⁴⁵⁾

- Al menos 12 países mantienen el castigo corporal (como azotainas o varazos) como sentencia para delitos relacionados a drogas o alcohol, incluyendo el consumo de estas sustancias. El castigo corporal por mandato judicial se encuentra totalmente prohibido en la legislación internacional por constituir tortura o trato cruel, inhumano y degradante⁽⁴⁶⁾

“El consumo de drogas puede tener consecuencias dañinas para la salud, pero al Relator Especial le preocupa que el enfoque actual para el control de drogas genere más daños que los que busca prevenir. La criminalización del consumo de drogas, diseñada para disuadir a las personas de consumir, portar y traficar drogas, ha fracasado. En lugar de ello, ha perpetuado formas riesgosas de consumo de drogas, al mismo tiempo que castiga de manera desproporcionada a quienes las consumen.”

Anand Grover

Informe del Relator Especial de las NN.UU. sobre el derecho de todas las personas a disfrutar el máximo estándar posible de salud física y mental
2010

- En violación a la ley internacional, 32 jurisdicciones mantienen actualmente la pena de muerte como sentencia para delitos relacionados a drogas, ocurriendo la mayoría de las ejecuciones en China, Irán, Arabia Saudita y Vietnam. Se estima actualmente que el número de tales ejecuciones sobrepasa los 1,000 casos por año.⁽⁴⁷⁾ Los métodos de ejecución incluyen la horca, pelotón de fusilamiento, decapitación y uso de inyecciones letales

Limitando el acceso a medios para controlar el dolor

Las acciones para el control global de drogas dirigidas hacia el consumo no médico de opiáceos, han tenido un efecto intimidatorio sobre los usos médicos para controlar el dolor y para la atención paliativa. Regulaciones y políticas indebidamente restrictivas – como aquellas que limitan las dosis y la prescripción de estas sustancias, o que prohíben preparaciones particulares – han sido impuestas con el fin de controlar una desviación ilícita de las drogas.⁽⁴⁸⁾

En lugar de ello, según la Organización Mundial de la Salud, estas medidas simplemente dan como resultado que 5,500 millones de personas – incluyendo 5.5 millones de ellas con cáncer terminal – cuenten con escaso o inexistente acceso a medicinas opiáceas.⁽⁴⁹⁾ Las preparaciones opiáceas más poderosas, como la morfina, son imposibles de obtener en más de 150 países.



El acceso a medicinas esenciales para controlar el dolor se encuentra bloqueado por las políticas de la guerra contra las drogas (Crédito fotográfico: “ckeech”)

“Las personas que consumen drogas no renuncian a los derechos humanos. Éstos incluyen el derecho a disfrutar el máximo estándar posible de salud física y mental (incluyendo el acceso a tratamiento, servicios y cuidados), el derecho a no ser torturado ni detenido arbitrariamente, y el derecho a no ser privado de la vida arbitrariamente. Con demasiada frecuencia, los consumidores de drogas sufren discriminación, son forzados a aceptar tratamientos, son marginalizados y a menudo resultan heridos por enfoques que sobre-enfatizan la criminalización y el castigo, al mismo tiempo que subestiman las opciones para reducción de daños y el respeto por los derechos humanos.”

Navanethem Pillay

Alta Comisionada de las NN.UU. para los Derechos Humanos
2009

¿Existen beneficios?

La teoría detrás de la “guerra contra las drogas” no es compleja: Por el lado de la demanda, la aplicación punitiva de la ley contra los consumidores se propone actuar como un disuasivo del consumo, y como apoyo para iniciativas de salud y prevención (al “enviar un mensaje” sobre los riesgos/inadmisibilidad del consumo de drogas). Al mismo tiempo, la aplicación de ley por el lado de la oferta se propone reducir o eliminar la disponibilidad de las drogas, así como incrementar los precios de modo que las drogas se vuelvan menos atractivas. En tal sentido, la reducción del consumo y, para muchos Estados, específicamente la creación de un “mundo libre de drogas”,⁽⁵⁰⁾ constituyen la principal manera para medir los beneficios de la guerra contra las drogas.

Esta teoría puede ser contrastada actualmente con 50 años de experiencia de la guerra contra las drogas, y resulta evidente que la teoría no se encuentra respaldada por la evidencia. Pese a las fluctuaciones entre tipos de drogas, regiones y poblaciones, la disponibilidad de las drogas y su consumo a nivel mundial se han incrementado en el curso del último medio siglo, aunque durante la década pasada éstos se han estabilizado en gran parte del mundo desarrollado.⁽⁵¹⁾

Dada la centralidad del efecto disuasivo en el raciocinio de la guerra contra las drogas, resulta asombrosa la ausencia de evidencias en favor de éste, y un análisis comparativo entre países o jurisdicciones con distintos niveles o intensidades de mecanismos punitivos para la aplicación de la ley a nivel del consumidor, no muestra una vinculación clara al respecto.⁽⁵²⁾ Las escasas investigaciones disponibles indican que cualquier efecto disuasivo resulta marginal, mientras que otras variables sociales, culturales y económicas, juegan un papel mucho más significativo al determinar la demanda.

Mientras que la aplicación de la ley claramente produce un incremento de los precios y restringe la disponibilidad de la droga hasta cierto punto, también resulta evidente que aunque deban sortearse algunos obstáculos y se tenga que incurrir en gastos, la mayor parte del tiempo

“Una de las prioridades consiste en dejar de desperdiciar recursos en la fracasada ‘Guerra contra las Drogas’ que se ha convertido en una guerra contra las personas y las comunidades. Esta guerra debe terminar. En lugar de ello, debe dedicarse recursos a proporcionar –para cualquier persona que los necesite– intervenciones basadas en evidencias que prevengan el consumo problemático de drogas, traten la dependencia a las drogas y garanticen servicios de reducción de daños para personas que consumen drogas.”

Michel Kazatchkine

Director Ejecutivo del Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
2010

las drogas estarán disponibles para la mayoría de quienes las quieran consumir. La oferta por lo general ha seguido el paso de la creciente demanda, y la interacción entre las dos fuerzas ha mantenido los precios lo suficientemente bajos para no constituir un elemento disuasivo significativo para el consumo. Cuando la oferta cae por debajo de la demanda (ya sea debido a la aplicación de la ley o a otros factores, tal como la ha señalado la ONUDD), el resultado tiende a ser una disminución de la pureza de la droga o el desplazamiento del consumo hacia otras drogas (ambas respuestas con consecuencias de salud impredecibles), o nuevos ingresos al mercado hasta alcanzar un nuevo equilibrio.

Sin importar los impactos reales de la guerra contra las drogas, el consenso y el propósito común que representan las convenciones internacionales sobre drogas – la necesidad de abordar los problemas asociados con el uso indebido de las drogas – cuando menos ostentan el potencial de desarrollar respuestas internacionales más efectivas, guiadas por los principios de las Naciones Unidas: mejorar la situación de los derechos humanos, el desarrollo humano y la seguridad humana. Ello puede rendir enormes beneficios en términos de salud a nivel nacional e internacional.

¿Cómo calcular los costos?

Aunque una considerable cantidad de dinero es vertida en investigaciones sobre drogas y salud, especialmente en los EE.UU., estos esfuerzos han sido sesgados hacia el estudio de la toxicidad de las drogas y la adicción. Este trabajo puede ayudar a justificar y apoyar la guerra contra las drogas, pero tiende a evitar un escrutinio y evaluación significativos de los impactos negativos de salud que resultan de su aplicación.

De modo que, aunque sigue siendo importante explorar y entender cabalmente los daños a la salud relacionados a las drogas, ello debe complementarse por una cuidadosa evaluación de todas las políticas que se proponen mitigar tales daños. En efecto, los resultados de políticas y las alternativas a éstas deben ser cuidadosamente evaluados y explorados.

Históricamente, la responsabilidad por realizar esta tarea ha recaído en gran medida sobre las ONG, las cuales emplean una serie de instrumentos de evaluación para desarrollar la clara, aunque ciertamente ecléctica, comprensión que ahora poseemos sobre el tema. La participación y el apoyo más sistemáticos de los gobiernos y las agencias de las NN.UU. en esta área de investigación – por ejemplo, mediante el uso de evaluaciones de impacto en salud⁽⁵³⁾ – servirían para

apoyar el desarrollo de nuevas políticas y para modificar las existentes. Ello aseguraría la mitigación más eficiente de daños relacionados a políticas a niveles local, nacional e internacional, tanto en el corto como en el largo plazo.

Conclusiones

Resulta tremendamente irónico que la guerra contra las drogas, aunque fuera lanzada con la intención de proteger la salud pública, haya logrado exactamente lo opuesto. Los impactos de la aplicación de la ley a nivel de la oferta y del consumidor no sólo resultan cuando mucho marginales en términos de reducir la disponibilidad de las drogas y disuadir de su consumo, sino que estas medidas han creado nuevos daños e impedido respuestas de salud pública de demostrada eficacia. La aplicación de la ley, fallida y contraproducente, resulta también considerablemente cara (más de US\$ 100 mil millones al año a nivel mundial⁽⁵⁴⁾ y continúa absorbiendo la mayor parte de los presupuestos relacionados a drogas, a expensas directamente de intervenciones establecidas de salud pública que siguen estando ominosamente sub-financiadas.⁽⁵⁵⁾

Resulta evidente ahora que responder a un desafío grave y creciente de salud pública dentro de un marco de justicia penal punitiva ha sido una catástrofe de salud pública, cuyos costos apenas han empezado a ser reconocidos por los gestores de políticas.

Para los profesionales médicos y de salud pública, el enfoque de la guerra contra las drogas presenta un agudo dilema en la medida en que a ellos se les exige operar dentro de un ambiente legal y de políticas que crea y exacerba daños a la salud, y que está asociado a considerables abusos a los derechos humanos – directamente en contraposición con los principios de la salud pública y la ética médica fundamental.

La salud pública y los derechos humanos siempre salen perjudicados en zonas de guerra, y la guerra contra las drogas contribuye a una cultura en la cual ambos son marginalizados. El tema de las drogas se ha convertido en un fútbol político, secuestrado por una serie de

agendas políticas ajenas que incluyen temas raciales e inmigración, populismo del sistema legal, y la guerra contra el terrorismo. La reflexión científica y pragmática sobre salud pública ha sido desplazada por las poses políticas y los discursos grandilocuentes. En el pasado, el debate público resultante ha empujado hacia los márgenes una evaluación significativa y una discusión racional del enfoque vigente.

Pero también resulta evidente que la guerra contra las drogas es una opción de políticas. Una reorientación hacia un enfoque de salud pública requiere mucho más que mera retórica; otras opciones, incluyendo la descriminalización y modelos de regulación legal, deberían por lo menos ser debatidos y explorados, empleado la mejor evidencia y análisis que se pueda reunir. Los profesionales de salud se encuentran perfectamente posicionados para llevar adelante este proceso, y ello, sumado a la presencia de importantes personajes de todo el mundo demandando un cambio, indica que ha llegado el momento para que se produzca un genuino debate del tema.

Todos compartimos las mismas metas – lograr un mundo más seguro, más saludable y más justo. Es hora que todos los sectores afectados por nuestro enfoque hacia las drogas, y particularmente aquellos preocupados por la salud pública, demanden a los gobiernos y a las NN.UU. llevar a cabo un adecuado *Cálculo de los Costos de la Guerra contra las Drogas, y explorar las alternativas.*

Referencias

Citas:

Declaración Oficial de la Conferencia Internacional para la Reducción de Daños, 2011

http://www.ihra.net/files/2011/03/26/IHRA_Declaration.pdf

Antonio Maria Costa

'Making drug control "fit for purpose": Building on the UNGASS decade', UNODC, 2008.

<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/CND-UNGASS-CRPs/ECN72008CRP17.pdf>

Organización Mundial de la Salud

'Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction', May 2005.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf

La Declaración de Viena

<http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/>

Anand Grover

'Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', UN, 2010.

<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/91/PDF/N1047791.pdf?OpenElement>

Navanethem Pillay

'UN High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy', 2009.

<http://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/DisplayNews.aspx?NewsID=8554&LangID=E>

⁽¹⁾ Costa, A., 'Making drug control "fit for purpose": Building on the UNGASS decade', UNODC, 2008.

⁽²⁾ Rhodes, T., 'The "risk environment": a framework for understanding and reducing drug-related harm', *International Journal of Drug Policy*, Volume 13, Issue 2, June 2002, pp. 85-94.

⁽³⁾ For a comprehensive overview, see the July 2010 special edition of *The Lancet* on HIV among people who use drugs: <http://www.thelancet.com/series/hiv-in-people-who-use-drugs>

⁽⁴⁾ Rhodes, T., 'The social structural production of HIV risk among injecting drug users', *Social Science and Medicine*, Volume 61, Issue 5, September 2005, pp. 1026-1044.

⁽⁵⁾ Ibid.

⁽⁶⁾ Lakhdar, C.B. and Bastianic, T., 'Economic constraint and modes of consumption of addictive goods', *International Journal of Drug Policy*, Volume 22, Issue 5, September 2011, pp. 360-365.

⁽⁷⁾ Boyce, N., 'Healthwarnings for people who use heroin', *The Lancet*, Volume 377, Issue 9761, January 2011, pp. 193-194.

⁽⁸⁾ Advisory Council on the Misuse of Drugs, 'Consideration of the Novel Psychoactive Substances ("Legal Highs")', UK Home Office, 2011. <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/agencies-public-bodies/acmd1/acmdnps2011?view=Binary>

⁽⁹⁾ Measham, F. et al., 'Tweaking, bombing, dabbing and stockpiling: the emergence of mephedrone and the perversity of prohibition', *Drugs and Alcohol Today*, Volume 10, Issue 1, March 2010.

⁽¹⁰⁾ Chintalova-Dallas, R. et al., 'Boltushka: A homemade amphetamine-type stimulant and HIV risk in Odessa, Ukraine', *International Journal of Drug Policy*, Volume 20, Issue 4, July 2009, pp. 347-351.

⁽¹¹⁾ Platt, L. et al., 'Methods to Recruit Hard-to-Reach Groups: Comparing Two Chain Referral Sampling Methods of Recruiting Injecting Drug Users Across Nine Studies in Russia and Estonia', *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*,

Volume 83, No. 7, 2006.

⁽¹²⁾ Shuster, S., 'The Curse of the Crocodile: Russia's Deadly Designer', *TIME*, 20 June, 2011.

⁽¹³⁾ For more discussion, see Rolles, S., 'After the War on Drugs: Blueprint for Regulation', 2009, p. 124.

⁽¹⁴⁾ Jones, L. et al., 'A summary of the health harms of drugs', National Treatment Agency, 2011, p. 11. <http://www.nta.nhs.uk/uploads/healthharmsfinal-v1.pdf>

⁽¹⁵⁾ Cole, C. et al., 'Cut: A Guide to the Adulterants, Bulking agents and other Contaminants found in Illegal Drugs'. <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=632>

⁽¹⁶⁾ 'Agranulocytosis associated with cocaine use - four States, March 2008-November 2009', Centers for Disease Control and Prevention, December 2009.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5849a3.htm>

⁽¹⁷⁾ Busse, F., 'Lead Poisoning Due to Adulterated Marijuana', *New England Journal of Medicine*, 2008; 358:1641-1642. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc0707784>

⁽¹⁸⁾ See <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction> for a more detailed discussion of definitions and principles.

⁽¹⁹⁾ See for example: 'Building consensus: A reference guide to human rights and drug policy', International Harm Reduction Association and Human Rights Watch, 2009, and 'Russia, human rights and the building understanding of harm reduction and the right to health', Harm Reduction International Blog, 24 May 2011. <http://www.ihra.net/contents/1010>

⁽²⁰⁾ The list can be found here:

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>

⁽²¹⁾ Cook, C. (ed), 'The Global State of Harm Reduction 2010 – Key Issues for broadening the response', International Harm Reduction Association, 2010.

http://www.ihra.net/files/2010/06/29/GlobalState2010_Web.pdf

⁽²²⁾ Stimson, G. et al., 'Three cents is Not enough', International Harm Reduction Association, 2010. www.ihra.net/files/2010/06/01/IHRA_3CentsReport_Web.pdf

⁽²³⁾ Key countries – including the US and Russia – remain dogmatically opposed to the term. At the UN Commission on Narcotic Drugs, for example, objections led to the term being struck from the final version of the Political Declaration on Drugs in 2009.

⁽²⁴⁾ For the full text and list of signatories, see:

<http://www.viennadeclaration.com/the-declaration>

⁽²⁵⁾ For full text and list of signatories, see:

<http://www.ihra.net/declaration>

⁽²⁶⁾ Mathers, B. M. et al., 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic Review', *The Lancet*, Volume 372, Issue 9651, November 2008, pp. 1733-1745. <http://www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHIV.pdf>

⁽²⁷⁾ WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 'World Health Organization Europe Status Paper of Prison, Drugs and Harm Reduction', Doc No EUR/05/5049062, 2005, p. 3.

⁽²⁸⁾ Hagan H et al., 'Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C', *American Journal of Public Health*, Volume 91, Issue 1, pp. 42-46.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446500/pdf/11189822.pdf>

⁽²⁹⁾ Mathers, B. M. et al., op. cit.

⁽³⁰⁾ Walsh, N. et al., 'The silent epidemic: Responding to viral hepatitis among people who inject drugs' in Cook, C. (ed), 'The Global State of Harm Reduction 2010 – Key Issues for broadening the response', International Harm Reduction Association, 2010.

⁽³¹⁾ For a useful illustration, see Csete, J., 'From the Mountaintops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland', Open Society Foundations, 2010.

- ⁽³²⁾ The HCV treatment pegylated interferon is inaccessibly expensive for many, in significant part due to patents held by two pharmaceutical companies and the absence of generic alternative drugs (as is the case with ARTs for HIV).
- ⁽³³⁾ 'Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users', WHO, UNODC, UNAIDS, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>
- ⁽³⁴⁾ 'Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway', European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.
- ⁽³⁵⁾ 'Basic Principles for the Treatment of Prisoners', UN General Assembly Res. 45/111, annex, 45 UN GAOR Supp. (No. 49A) at 200, UN Doc. A/45/49 (1990): Principle 5.
- ⁽³⁶⁾ Lines, R., 'The right to health of prisoners in international human rights law', *International Journal of Prisoner Health*, March 2008, (1): 3-53. http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file3102.pdf
- ⁽³⁷⁾ 'Global State of Harm Reduction', International Harm Reduction Association, 2010. <http://www.ihra.net/contents/535>
- ⁽³⁸⁾ 'HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response', UNODC, WHO, UNAIDS, 2006.
- ⁽³⁹⁾ 'Global State of Harm Reduction', International Harm Reduction Association, 2010, p. 105.
- ⁽⁴⁰⁾ Coffin P., 'Overdose: A Major Cause of Preventable Death in Central and Eastern Europe and in Central Asia: Recommendations and Overview of the Situation in Latvia, Kyrgyzstan, Romania, Russia and Tajikistan', Eurasian Harm Reduction Network, 2008.
- ⁽⁴¹⁾ Darke, S. et al., 'The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose', *Addiction*, 98: 1169-71.
- ⁽⁴²⁾ Warner, M. et al., 'Increase in Fatal Poisonings Involving Opioid Analgesics in the United States 1999-2006', 2009.
- ⁽⁴³⁾ Auriacombe M. et al., 'French field experience with buprenorphine', *American Journal on Addictions*, Volume 13, Issue S1, pp. S17-S28, May-June 2004.
- ⁽⁴⁴⁾ Milloy, M.J. et al., 'Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility', *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34:499-509, 2008, and Kerr T. et al., 'Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users', *The Lancet*, Volume 366, Issue 9482, July 2005, pp. 316-18.
- ⁽⁴⁵⁾ 'China Registers 740,000 Drug Addicts', Xinhua News Agency, June 21, 2004. <http://www.china.org.cn/english/China/98945.htm>. See also: 'Where Darkness Knows No Limits: Incarceration, Ill-Treatment and Forced Labor as Drug Rehabilitation in China', Human Rights Watch, 2010.
- ⁽⁴⁶⁾ Iakobishvili, E., 'Inflicting Harm: Judicial corporal punishment for drugs and alcohol offences in selected countries', Harm Reduction International, 2011. http://www.ihra.net/files/2011/11/08/IHRA_CorporalPunishmentReport_Web.pdf
- ⁽⁴⁷⁾ Gallahue, P., 'The Death Penalty for drug offences Global Overview 2011', Harm Reduction International, 2011.
- ⁽⁴⁸⁾ 'Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes', 2010. http://www.incb.org/pdf/annual-report/2010/en/supp/AR10_Supp_E.pdf
- ⁽⁴⁹⁾ 'A First Comparison Between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional, and Global Levels', World Health Organization, 2011. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17976en/s17976en.pdf>

La Guerra contra las Drogas: Calcula los Costos es un proyecto de colaboración global apoyado por organizaciones y expertos de todos los sectores impactados por nuestro enfoque hacia las drogas, incluyendo: desarrollo internacional y seguridad, derechos humanos, salud, discriminación y estigma, delincuencia, medio ambiente y economía.

Para recibir mayor información, incluyendo cómo involucrarse, visite: www.countthecosts.org o envíe un correo electrónico a: info@countthecosts.org

- ⁽⁵⁰⁾ 'A drug free world: We can do it' was the slogan for the 1998 UN General Assembly Special Session on drugs.
- ⁽⁵¹⁾ Reuter, P. and Trautman, F. (eds), 'Report on Global Illicit Drug Markets 1998-2007', European Commission, 2009. http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-short_en.pdf
- ⁽⁵²⁾ Degenhard et al., 'Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys', World Health Organization, 2008. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- ⁽⁵³⁾ 'Time for an Impact Assessment of Drug Policy', International Drug Policy Consortium, 2010. http://www.tdpf.org.uk/IDPC%20Briefing_Impact%20Assessment_June%202010.pdf
- ⁽⁵⁴⁾ See the Count the Costs economics briefing at www.countthecosts.org.
- ⁽⁵⁵⁾ Stimson, G. et al., op. cit.

Reconocimientos y agradecimientos para:

Steve Rolles, Danny Kushlick, Martin Powell y George Murkin (Fundación Transform Drug Policy); Simona Merkinaite (Eurasian Harm Reduction Network), Rick Lines (Harm Reduction International), Chris Ford (International Doctors for Healthy Drug Policies) y Martin Drewry (Health Poverty Action).

