

La reducción de riesgos y daños vs. El régimen internacional de control de drogas (1990-2017)

The reduction of risks and damages vs. The international drug control regime (1990-2017)

Enrique Andrés Peña Barona*

Recibido: 22 de octubre de 2018–Aceptado: 3 de abril de 2019–Publicado: 17 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Peña Barona, E. A. (julio-diciembre, 2019). La reducción de riesgos y daños vs. El régimen internacional de control de drogas (1990-2017). *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 356-374.
DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2962>

Resumen

A pesar de la evidente efectividad de ciertos programas de Reducción de Riesgos y Daños de Drogas (RRDD), el Régimen Internacional de Control de Drogas (RICD) históricamente ha desincentivado su implementación, los defensores de la cara más rígida del RICD se han referido a la RRDD como el caballo de Troya de las facciones que defienden la legalización. No obstante, una gran cantidad de Estados han hecho uso del margen de flexibilidad interpretativo de las convenciones internacionales de drogas para implementar en sus políticas nacionales estrategias de RRDD, algunas promovidas inclusive por órganos propio de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y UNAIDS. A partir de una revisión de literatura, este documento evalúa las principales tensiones que han ocurrido dentro del RICD a causa de la perspectiva de RRDD entre 1990 y 2017.

Palabras clave:

Reducción de daños; Régimen internacional de control de drogas; Fiscalización de drogas; Políticas de drogas.

* Especialización en Política de Drogas, Regulación y Control (*En curso*), Universidad de la Republica – Uruguay; Contacto: enriquep36@hotmail.com; Bogotá, Colombia Orcid 0000-0001-6646-2580.

Abstract

Despite the obvious effectiveness of certain Drug Risk and Damage Reduction (DRR) programs, the International Drug Control Regime (IDCR) has historically discouraged its implementation; defenders of the more rigid face of the IDCR have referred to the DRR as the Trojan horse of the factions that defend legalization. However, a large number of States have made use of the interpretative flexibility margin of international drug conventions to implement in their national policies RRD strategies, some promoted even by United Nations bodies such as the World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and UNAIDS. Based on a review of the literature, this document assesses the main tensions that have occurred within the RICD because of the DRR perspective between 1990 and 2017.

Keywords:

Damage reduction; International drug control regime; Drug control; Drug policies.

El régimen internacional de control de drogas contemporáneo

Esta sección presenta las raíces del Régimen Internacional de Control de Drogas contemporáneo. Después, se caracterizará el funcionamiento de los órganos de control de drogas en las Naciones Unidas. Finalmente, se expondrá información del espíritu de las convenciones sobre drogas.

Las raíces del régimen internacional de control de drogas contemporáneo

La Comisión de Shanghái de 1909 fue el primer esfuerzo por generar una normatividad internacional con el fin de controlar narcóticos. Estados Unidos en cabeza de Hamilton Wright, pretendió prohibir el consumo no médico del opio (Sinha, 2001). Si bien no tuvo ningún efecto vinculante, gestó la fuerza política que desembocaría en la Convención Internacional del Opio en 1912. Ahí se estableció la prohibición de exportación de opio a los países en que estuviera prohibido. Igualmente, se introdujeron en la discusión internacional la limitación de ciertos usos de drogas, así como el control de la oferta (Thoumi, 2015, p. 224).

Thoumi (2015) señala que el fin de la Primera Guerra Mundial dio paso a que la Sociedad de Naciones empezara a ejercer sus responsabilidades en materia de drogas, se creó el Comité Consultivo del Opio, precursor de la actual Comisión de Estupefacientes (pp. 228-229). Tras años de constante presión por parte de los Estados Unidos, se consolidó una nueva Convención Internacional del Opio en 1925, donde entraría por primera vez el castigo a la posesión ilegal y el concepto de uso médico y científico (Escohotado, 1998, pp. 524-525).

Para ese momento, Estados Unidos era el principal “sufragador” de la Sociedad de Naciones, una posición privilegiada a la hora de discutir las convenciones (Escohotado, 1998, p. 527). En 1931 fue celebrada La Convención para Limitar la Manufactura y regular la Distribución de Drogas Narcóticas, enfocada en la cantidad de producción necesaria para usos médicos y científicos. Posteriormente, fue firmada la Convención para la Represión del Tráfico Ilícito de Drogas de 1936, donde inició un enfoque severamente punitivo frente a los delitos relacionados con estupefacientes (Thoumi, 2015, pp. 235-240).

En 1946, después de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó el Protocolo de Lake Success, que reconfiguró el sistema de control de estupefacientes. La Comisión de Estupefacientes (CND) reemplazó al Comité Consultivo del Opio y el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas controló los estupefacientes. En 1953 se firmó el Protocolo del Opio de Nueva York que pretendía limitar el uso del opio exclusivamente a necesidades médicas y científicas (Sinha, 2001).

Debido a la necesidad de ordenar el marco normativo previamente desarrollado (nueve acuerdos y protocolos) y de estandarizar la interpretación que los distintos Estados les daban, nace la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. Entre otras cosas, sustituye todos los tratados anteriores, crea la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), así como un sistema de listas de drogas con distintos niveles de control. Fue enmendada por el Protocolo del Opio de 1972 que determina la cuota de producción que cada país puede producir (Thoumi, 2015, pp. 246-260). Sánchez Avilés (2014) destaca que la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 constituye la piedra angular del RICD contemporáneo, pues supone la adopción de un instrumento más restrictivo; aunque el centro del RICD fuese el control de la oferta, por primera vez, en el ámbito internacional, se alienta a los Estados a ejercer control sobre las personas consumidoras de drogas y proporcionarles tratamiento (p. 155).

La Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 surge de la necesidad de regular sustancias sintéticas no contempladas anteriormente: estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, sedantes, ansiolíticos, analgésicos y antidepresivos (Sánchez Avilés, 2014, p. 161). Según Thoumi (2015), esta convención recoge la influencia que la industria farmacéutica ejercía sobre el RICD, regula el procedimiento de entrega de licencias de producción, las regulaciones para las prescripciones médicas y el comercio internacional. Igualmente, establece directrices para la cooperación internacional y para la acción contra el tráfico ilícito (pp. 260-262).

Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 crea los instrumentos más detallados y de mayor alcance que hayan sido adoptados en materia de derecho penal internacional. Dada una creciente preocupación internacional por el tráfico ilícito de drogas a mediados de los ochenta, la convención buscó generar, entre otras cosas, un derecho vinculante que obligara a los Estados a tipificar penalmente los delitos relacionados al tráfico ilícito (Sánchez Avilés, 2014, p. 168).

Los órganos de control de drogas en las Naciones Unidas y su funcionamiento

El funcionamiento del RICD y la aplicación de los tratados está a cargo de tres organismos de control dentro de las Naciones Unidas: a) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE); b) Comisión de Estupefacientes (CNE); y c) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)

Se estableció en 1968 mediante la Convención Única de Estupefacientes de 1961 y es la encargada de velar por la aplicación de los tratados. Se define a sí misma como un cuerpo independiente y cuasi-judicial (JIFE, 2018). Está conformada por 13 miembros escogidos por el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de Naciones Unidas, de los cuales, tres son propuestos por la Organización Mundial de la Salud y los diez restantes deben ser nominados por los Estados (ONU, 1961, art.6). A pesar de propender por la independencia e imparcialidad, la falta de transparencia dentro del organismo, la relativa unanimidad con la que se deben tomar las decisiones y las posiciones “no oficiales” de algunos miembros, ponen en entredicho esta intención (Thoumi, 2015, pp. 398-400).

Comisión de Estupefacientes (CNE)

Nace en 1946 como una comisión subsidiaria del ECOSOC y es el organismo político central del RICD. Se reúnen una vez al año en Viena y está compuesto por 53 representaciones gubernamentales. La CNE cuenta con dos subcomisiones: la Subcomisión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, y la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Medio Oriente. Tiene dos funciones principales: asistir al ECOSOC en la aplicación de las convenciones de drogas y “autoridad para estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos” de la Convención Única de Estupefacientes de 1961 (Sánchez Avilés, 2014, p. 160; ONU, 1961, art. 8).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

La UNODC nace en 1997, fruto de la unión del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) junto con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen (UNODC, 2018). En 2004 nace jurídicamente como el órgano ejecutivo del RICD, opera en más de 150 Estados y define sus actividades a partir de tres pilares (Secretaría General de las Naciones Unidas, 2004). El primero refiere a los proyectos de cooperación técnica que mejorarían la capacidad de los Estados frente a las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo. El segundo busca generar investigación y análisis destinados a la comprensión del fenómeno de las drogas y la delincuencia, y a la mejor toma de decisiones políticas y operativas. El tercero está encargado de asistir a los Estados en la ratificación e implementación de los tratados, así como en el desarrollo de su legislación nacional.

Sobre el espíritu de las convenciones sobre drogas

En la hermenéutica jurídica de las convenciones, se ha generado una disputa frente a cuál es el verdadero espíritu de las convenciones, es decir, su intención más profunda. Esto cobra especial importancia, pues se reportan distintas tensiones internas y externas de las convenciones, distintas discusiones sugieren que las convenciones no son lo suficientemente claras y que implícitamente hay un principio clave que se debe interpretar (Thoumi, 2015, pp. 395-400).

A pesar de que para la JIFE el espíritu de las convenciones es claro en “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos” (ONU, 1961, art.4), existen casos como el de Uruguay, que asegura que la regulación del mercado de cannabis para uso no médico se “encuentra perfectamente enmarcado en el espíritu de las convenciones” (Calzada, 2014).

Por otro lado, la Convención Única de Estupefacientes de 1961 establece que se atenderá especialmente “la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas” (ONU, 1961, art.38). Principios rectores de las convenciones, como tratamiento, educación o readaptación social son lo suficientemente flexibles en su interpretación para que la reducción de riesgos y daños (RRDD) pueda actuar en los Estados.

La reducción de riesgos y daños

Esta sección presenta brevemente la perspectiva de reducción de riesgos y daños (RRDD) o Harm Reduction. Primero, se expone brevemente la reducción de riesgos y daños desde arriba y desde abajo. Después, se da un breve vistazo a las evidencias sobre las acciones de esta.

La reducción de riesgos y daños desde arriba y desde abajo

La historia de prácticas de RRDD top-down, o desde arriba, es difusa y descentralizada. Se reportan sus primeras apariciones en la década de 1920 en el sistema británico, en el que se prescribía morfina y heroína para tratar a las personas dependientes de opioides. En la década de 1960 se instauró en la legislación holandesa el Modelo Holandés, una experiencia de descriminalización al consumo que generó un marco de clasificación de drogas duras y blandas.

En la década de 1980 se consolidó el Modelo de Reducción de Daños de Mersey, en este se distribuían servicios de intercambio de jeringa en los usuarios de drogas por vía intravenosa, quienes se estaban viendo fuertemente afectados por enfermedades como el VIH y la Hepatitis C (Collins, Clifasefi, Logan, Samples, Somers & Marlatt, 2012, pp. 10-15).

Por otro lado, las prácticas bottom-up o desde abajo de RRDD han sido autogestionadas por movimientos de base, en contextos que podríamos llamar underground. Este tipo de iniciativas partían de la ausencia de apoyo estatal, ya fuese por problemas económicos, legales o sesgos morales. Por ejemplo, Estados Unidos en la década de 1980 tenía un fuerte compromiso institucional con la “cero tolerancia”, que no concebía los programas de intercambio de jeringas como opción para la epidemia de VIH que enfrentaba, esto llevó a los movimientos de base, especialmente la comunidad gay, a tomar medidas de autogestión sobre comportamientos de riesgo asociados al VIH, entre ellos, programas de intercambio de jeringas (Collins et al., 2012, p. 16).

La RRDD no ha sido definida formalmente por la CNE por presiones políticas (TNI, IDPC y GDPO, 2017, p. 4). Es un concepto que se ha nutrido tanto de las prácticas top-down como de las bottom-up, haciendo que su definición sea conflictiva en tanto tiene actores que trabajan desde intenciones distintas y a veces contrarias: institucionales, sociales, médicas, activistas, promoción de derechos de los usuarios, políticas, económicas, etc. (Strang, 1993, pp. 18-19). No obstante, existen ciertos principios que delinear lo que se entiende por campo de RRDD, que acepta en mayor o menor medida que:

- Los comportamientos de alto riesgo son socialmente contruados.
- Los comportamientos de alto riesgo están aquí para quedarse.
- Los comportamientos de alto riesgo son adaptados e inadaptados.
- No busca “patologizar” los comportamientos de alto riesgo.
- El daño y su reducción se encuentran en un espectro.
- El comportamiento individual se circunscribe dentro de un contexto social mayor.
- Es fundamentalmente pragmático, no deviene de una teoría.
- Es una práctica ética. (Collins et al., 2012, pp. 18-22).

Breve vistazo de evidencia sobre acciones en reducción de riesgos y daños

Al ser un campo que se desarrolla bajo el pragmatismo en un RICD rígido, la RRDD ha tenido que ser muy rigurosa en la generación de conocimiento para devenir en estrategias que puedan adoptar otras poblaciones (del Cerro Esteban, 2002, p. 11). Este campo ha sido muy estudiado, la necesidad de generar datos robustos obliga a las estrategias a pasar un elevado filtro de efectividad, promoviendo que los Estados pretendan políticas de drogas basadas en la evidencia (Sumnall, Bates & Jones, 2017).

Las acciones en RRDD se han desarrollado mayoritariamente en el campo de usuarios de drogas inyectadas. Algunos estudios sugieren la efectividad de programas de provisión de material de inyección, tratamientos de sustitución de opioides, salas de consumo y distribución de naloxona por pares (Kimber, Palmateer, Hutchinson, Hickman, Goldberg, & Rhodes, 2010, pp. 115-163). Por otro lado, se sugiere efectividad en las intervenciones breves, especialmente en usuarios de alcohol (Newbury-Birch, Coulton, Bland, Cassidy, Dale, Deluca, ... Drummond, 2014, pp. 540-548). Asimismo, los servicios de análisis de sustancias han reportado efectividad y necesidad de mayor investigación (Kerr & Tupper, 2017). Prácticas como la vaporización sugieren una reducción en la dependencia a la nicotina (Royal College of Physicians, 2016, pp. 188-189), así como reducción de daños asociados a la combustión de cannabis (Loflin & Earleywine, 2015).

La reducción de riesgos y daños en el régimen internacional de control de drogas (1990-2017)

La RRDD controvierte las interpretaciones de consumo más prohibicionistas y punitivas del RICD. Existe un fuerte debate dentro del RICD para reconocer explícitamente la perspectiva RRDD. De manera deliberada, se ha negado un debate profundo que claramente erosionaría el paradigma hegemónico dentro del RICD. Algunas facciones han negado políticamente la evidencia de prácticas, e incluso llegado a llamar la RRDD como el “caballo de Troya de las facciones que defienden la legalización” (Jelsma, 2003). Aun así, la RRDD ha encontrado espacios de inclusión dentro del complejo Sistema de Naciones Unidas. A continuación, se presenta un breve recorrido histórico de las principales incursiones que la RRDD ha tenido dentro del RICD desde 1990 hasta 2017.

En 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución A/RES/S-17/2¹, convino que:

Se alentará a la Organización Mundial de la Salud a que siga analizando conjuntamente con los gobiernos la formulación de programas educacionales sobre salud y la elaboración de políticas de reducción de los riesgos y daños del uso indebido de drogas como medio de evitar la transmisión por los drogadictos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de garantizar el tratamiento y la orientación psicológica apropiados a los drogadictos portadores del VIH o que hayan desarrollado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y a que informe al respecto (U.N. Resolución A/RES/S-17/2).

En su Informe Anual de 1993, la JIFE reconoció:

la importancia de determinados aspectos de la “reducción del daño” como estrategia de prevención terciaria para la reducción de la demanda. La Junta estima no obstante que es su deber señalar a la atención de los gobiernos el hecho de que los programas de “reducción del daño” no pueden sustituir a los programas de reducción de la demanda (JIFE, 1993, p. 7).

En su Informe anual de 1994, la JIFE reafirmó su posición en lo dispuesto en su Informe Anual anterior y adicionó que “los programas de reducción del daño no deberían entrañar un daño mayor que el que intentan prevenir” (JIFE, 1994, p. 51). Adicionalmente, en un reporte especial, anota la necesidad de que la “OMS emprenda un análisis científico del valor y los riesgos del mate de coca (...) a fin de resolver el conflicto que existe entre las disposiciones de los tratados y la forma en que los gobiernos y las sociedades interesadas consideran y regulan en su legislación el consumo de mate de coca” (JIFE, 1994a, p. 24).

Por otro lado, la Comisión de Estupefacientes aprobó una resolución en donde se pidió a Giorgio Giacomelli, Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), que seleccionara un grupo asesor especial intergubernamental que fuera representativo regionalmente, con enfoque equilibrado, amplio, multidisciplinario y sin excluir ningún aspecto que pudiera tratarse (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1994, párr.10), para que examinara y recomendara, entre otras cosas, los progresos y puntos débiles de los instrumentos internacionales (ECOSOC, 1994, pp. 58-59).

Sin embargo, Giacomelli no consideró ningún miembro con opinión liberal (Jelsma, 2003), lo cual sesgó la argumentación del grupo. Algunos miembros se refirieron a la RRDD como “el caballo de Troya de las facciones que defendían la causa de la legalización” (Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas–PNUFID, 1994) y que, eventualmente, en lo relacionado con el alcohol, esteroides anabólicos, inhalantes y tabaco, “el pragmatismo llevaría a concluir que seguir con estrategias disparatadas para minimizar su impacto es, en última instancia, una medida artificial, irracional y poco rentable” (Thoumi, 2015, p. 275).

¹ Puede revisarse el documento completo en <https://undocs.org/es/A/RES/S-17/2>

Un año más tarde Giacomelli rindió su informe frente al CND. A raíz de las preocupaciones del grupo asesor, se realizó un estudio más detallado sobre las implicaciones de la despenalización y de las campañas para la reducción del daño, el cual podría ofrecer nuevas perspectivas que condujeran a soluciones insospechadas. Asimismo, recalcó la necesidad de desarrollar “argumentos claros y convincentes que se contrapropusieran a la legalización” (CNE, 1995, párrs. 47,52).

En junio de 1998 se llevó acabo la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas. En este encuentro internacional, distintos Estados se tomaron el espacio para defender la efectividad que sus programas de RRDD estaban teniendo en la salud de la población (Transnational Institute et al., 2017, p. 5). Entre ellas, la delegación de Nueva Zelanda declaró que “Sólo ahora empezamos a comprender cuán importante ha sido este programa [de reducción de daños] relativamente sencillo y barato, para ayudar a proteger la salud” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998b). Estas posiciones comenzaban a contrastar con la rígida posición oficial de la Asamblea General (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998a).

En su informe anual de 2000, la JIFE reafirmó su posición sobre la RRDD de años anteriores (1993 y 1994). Esta vez, reportó que Europa brindaba cada vez más importancia a las medidas de RRDD, desbalanceadas respecto a una estrategia amplia de reducción de la demanda. Así pues, lamentó que las deliberaciones sobre prácticas de RRDD “hayan desviado la atención (y, en algunos casos, los fondos) de los gobiernos, de importantes actividades de reducción de la demanda, como la prevención primaria o el tratamiento orientado hacia la abstinencia” (JIFE, 2000, p. 57).

Posteriormente, la JIFE le solicitó al PNUFID una consideración legal sobre los programas de RRDD en el marco de los tratados. La Sección de Asuntos Legales del PNUFID realizó una serie de consideraciones entre las que se justificaban algunos programas de RRDD a la luz del RICD, entre ellos: programas de intercambio de jeringas, tratamiento de sustitución de opiáceos y salas de consumo. Resaltó que algunos verbos rectores de las convenciones cuentan con un marco de interpretación amplio por parte de los Estados, que haría viable la implementación de programas de RRDD.

El documento destaca la necesidad de encontrar salidas alternativas a aquellas problemáticas que aborda con mayor pragmatismo la perspectiva de RRDD, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual vía intravenosa o muertes jóvenes a causa de éxtasis impuro. A pesar de reconocer los beneficios de la RRDD, señala que para los Estados “cumplir con sus obligaciones bajo los tratados, debería ser más que simplemente aliviar el daño asociado con el abuso de drogas” Concluye que es mandato de la JIFE revisar que las políticas de RRDD y su implementación sean compatibles con las convenciones (JIFE, 2002, pp. 4-6).

En abril de 2003, la CNE adoptó una resolución que buscaba fortalecer estrategias preventivas contra el VIH en el contexto de abuso de drogas. En ella realiza un llamado explícito para fortalecer esfuerzos mediante el suministro de programas de prevención encaminados a la RRDD (CNE, 2003).

En su informe anual de 2003, la JIFE reafirma su posición de años anteriores, acoge la resolución del CNE en lo referente a programas de prevención de VIH y reconoce el grado de flexibilidad que los Estados tienen respecto a los tratamientos de mantenimiento y sustitución de opiáceos. Por otro lado, denunció la incompatibilidad de los servicios de análisis de sustancias con las convenciones (JIFE, 2003, pp. 39-41).

La UNODC venía estrechando relaciones con ONUSIDA en programas de prevención de VIH. La posición de UNODC se iba consensuando con los paquetes básicos de RRDD para el tratamiento de la epidemia (WHO, UNODC, & UNAIDS, 2004). Un informe en conjunto de política breve sobre VIH y prisiones, firmado por UNODC, ONUSIDA y OMS (2004), reportaba evidencia en programas de intercambio de jeringas, provisión de cloro para limpiar material de punción intravenosa, mantenimiento de metadona y provisión de condones.

La posición que comenzaba a tomar UNODC inquietaba EE. UU., principal donante de la ONUDC en el momento, quien amenazó con recortar fondos a menos que se garantizara abstención en el apoyo a cualquier expresión a favor de la reducción del daño (Transnational Institute, 2005). Poco tiempo después, en una carta dirigida al subsecretario de Estado para narcóticos de EE. UU., el director de la UNODC moderó su opinión frente a los programas de VIH y escribió que había gente “actuando bajo el lema de ‘reducción del daño’ de manera soterrada para alterar la oposición mundial a las drogas. Esta gente abusa de nuestras bien intencionadas declaraciones a favor de algo que no debemos permitir” (UNODC, 2004, p. 7).

En la sesión 48 del CND, la mayoría de los países se pronunciaron a favor de la RRDD como efectiva para contener la propagación del VIH/SIDA. EE. UU. y Japón, junto con el apoyo paulatino de Rusia y Malasia, fueron la cara más estricta de las convenciones al promover una aproximación desde la tolerancia cero. A pesar de la clara mayoría, los mecanismos de consenso del CNE permiten que incluso una pequeña minoría pueda bloquear cualquier avance en las resoluciones (Jelsma, 2005).

En los informes preparados para el 2008, la JIFE estipula que algunas medidas de RRDD no estaban en conformidad con las convenciones internacionales, aludió explícitamente a los llamados “coffee shops” y a las salas de consumo (JIFE, 2008b). Por otro lado, sutilmente en un pie de página, la JIFE “considera que el objetivo de todo programa de prevención del abuso de drogas debe ser la abstinencia” (JIFE, 2008a).

El período de sesiones 52° de la CNE, correspondiente a 2009, fue especialmente álgido, pues se acumularon tensiones de años anteriores y se evaluó el cumplimiento de los objetivos trazados por la UNGASS en 1998; el período de sesiones culminó en una nueva Declaración Política. A pesar de una cuestionada moderación

de la sesión, la RRDD sería un tema central para este período donde un gran número de países pretendía su debate explícito (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), 2009, pp. 9-12). Tras una fuerte discusión, fue referenciada como “servicios de apoyo conexos” (CNE, 2009, pp. 46,53,56). Dada la ambigüedad del término, un grupo de 26 países, representado por el embajador alemán Rüdiger Lüdeking, declaró que la expresión sería interpretada por ellos como “medidas de reducción del daño” (CNE, 2009, párr.155).

En junio de 2011 la Asamblea General aprobó una Declaración Política para intensificar esfuerzos en la eliminación del VIH y el SIDA. En ella estipula “considerar, según proceda, la posibilidad de ejecutar y ampliar programas de reducción de riesgos y daños”, remitiéndose a una Guía Técnica publicada por la OMS, UNODC y ONUSIDA (2009).

En el Segmento de Alto Nivel, del período 57° de sesiones de CNE, mutó el concepto de “servicios de apoyo conexos” hacia “medidas encaminadas a reducir al mínimo las consecuencias sociales y para la salud pública del uso indebido de drogas” (CNE, 2014, pp. 13-14). A pesar del fuerte apoyo que recibió por parte de la Unión Europea, Suiza, Noruega y otros, la expresión RRDD fue omitida (IDPC, 2014, p. 15). No obstante, la CNE reconoció y alentó (CNE, 2014, par. 2,12) los resultados de los Estados que han implementado la Guía Técnica sobre VIH de la OMS, UNODC y ONUSIDA, donde claramente se establecen programas de RRDD (WHO, 2009).

En la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (2016b) fue omitida nuevamente la expresión de RRDD, retomó la definición del CNE de 2014 y la desarrolló. En la Resolución del evento, la Asamblea General remite a la Guía Técnica sobre VIH e invita a las autoridades nacionales a que consideren en sus programas “medidas eficaces destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública”. Por otro lado, la Asamblea General aprobó una Declaración Política en la que reconoce el progreso que algunos países y regiones han tenido al ampliar los programas de RRDD y sugiere mayor cobertura (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016a).

Mientras los lazos entre la UNODC, la OMS y ONUSIDA se estrechaban para dar tratamiento integral a la problemática del VIH, la posición estadounidense frente a los programas de RRDD se moderaba. Distintos órganos de la ONU, junto con organizaciones gubernamentales de del gobierno Obama, publicaron una guía sobre Programas de VIH y Hepatitis C en personas que se inyectan drogas, con amplia promoción a programas de RRDD (UNODC, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/ AIDs, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, Organización Mundial para la Salud–WHO, & United States Agency for International Development, 2017).

En su Informe correspondiente para 2017, la JIFE reconoció la evaluación científica que han tenido algunos programas de RRDD, su efectividad y amplia aceptación internacional. Asimismo, señala que

El resultado del tratamiento de la drogodependencia no debe definirse solamente en términos binarios de consumo continuado de drogas frente a abstinencia total. Se ha demostrado que, incluso sin lograr la abstinencia total, algunas personas consiguen reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas y llevar una vida relativamente estable y productiva (JIFE, 2017).

Conclusiones

Un elemento común que se encuentra en muchos estudios relacionados a la RRDD es la latente necesidad de generar más información en el campo, complementar interdisciplinariamente las prácticas, estrategias y políticas, financiar objetivamente las investigaciones en el campo y tomar decisiones en políticas públicas basadas en la evidencia. El paradigma de la abstinencia se ha presentado como un obstáculo en el desarrollo del campo de RRDD, la producción de información dentro del ámbito gubernamental está fuertemente influenciada por la pretensión de armonizar con el actual RICD. Los ensayos clínicos, que ayudarían a comprender mejor las sustancias, son costosos, y en la medida en que estas son comúnmente usadas con fines no médicos, son poco atractivas para la industria farmacéutica y la financiación estatal.

Por otro lado, resalta la discusión que el campo de RRDD tiene internamente en sus conceptos semánticos. El concepto *reducción* del daño sugiere la intención intrínseca de buscar que el usuario baje y/o disminuya el daño, sentido que conflictúa con propuestas semánticas como la *mitigación* o la *gestión*, que podrían tener un significado mayor a la hora de empoderar a los usuarios de sus propios consumos. Existen propuestas para diversificar el espectro del daño, concebido también el placer del consumo como variable; se ubica la gestión del consumo dentro de un espectro que también atienda el sentido positivo del consumo. Inclusive, en el campo de los psicodélicos, existe la propuesta de placer de espectro completo, en la que el placer no es necesariamente fugaz y, en cambio, puede ser parte de una experiencia mayor y trascendental.

La RRDD ha sido despectivamente acusada de propender por una caótica legalización de las drogas ilegales, pero, a pesar de ello, ha demostrado promover la interdisciplina, generar evidencia científica y buenas prácticas. Hablar de políticas de drogas que propendan por la salud pública es insuficiente si no se concibe la perspectiva de RRDD, de ahí que distintos organismos del sistema internacional de Naciones Unidas vayan moderando su posición frente a la RRDD.

El gobierno de Estados Unidos es y ha sido un actor principal en la configuración del RICD contemporáneo, pues históricamente ha promocionado la cara más rígida de las convenciones, promovió los primeros debates internacionales para el control de drogas y, asimismo, llegó a amenazar con desfinanciar la UNODC por el tema de RRDD. El gobierno de Obama y la actual crisis de opiáceos han llevado a moderar su postura frente a algunos programas de RRDD.

Finalmente, el debate en torno a la epidemia mundial del VIH ha sido el espacio propicio para que los programas de RRDD demuestren pragmatismo. A pesar de que la OMS y ONUSIDA no hacen parte del núcleo de las convenciones sobre drogas, han sido protagonistas en la promoción de la RRDD dentro del sistema internacional. La necesidad de generar datos robustos ha obligado a que las estrategias de RRDD pasen un elevado filtro de efectividad, promoviendo que los Estados pretendan políticas de drogas basadas en la evidencia. La Guía Técnica publicada por la OMS, UNODC y ONUSIDA en 2009 sobre Prevención de VIH, Tratamiento y Cuidado de Usuarios que se Inyectan Drogas, ha sido el documento técnico interno de la ONU más importante en la promoción de programas de RRDD dentro del RICD.

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1990). S-17/2, Declaración Política y el Programa Mundial de Acción sobre la cooperación internacional contra la producción, la oferta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1994). A/RES/48/L. 12, Medidas para fortalecer la cooperación internacional contra la producción, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y actividades conexas.

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1998a). A/S-20/2. Declaración Política.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1998b). A/S-20/PV.8. Vigésimo período extraordinario de sesiones, 8a sesión plenaria, miércoles 10 de junio de 1998.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016a). A/RES/70/266 Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016b). S-30/1 Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Nueva York. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
- Calzada, J. (06 de marzo de 2014). *Uruguay está perfectamente enmarcado en el espíritu de las convenciones*. Recuperado de <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/clazada-jife>
- Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Logan, D. E., Samples, L. S., Somers, J. M., & Marlatt, G. A. (2012). Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. In A. Marlatt, M. E. Larimer & K. Witkiewitz (Eds.). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (pp. 3-35). New York: Guilford Publications.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (1995). E/CN.7/1995/14 Follow-up to the results of high-level plenary meetings at the forty-eighth session of the general assembly to examine the status of international cooperation against the illicit production, sale, demand, traffic and distribution of narcoti.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (2003). RES. 46/2, Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (2009). E/2009/28 Informe sobre el 52o período de sesiones (14 de marzo de 2008 y 11 a 20 de marzo de 2009).
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas. (2014). E/2014/28 Informe sobre el 57° período de sesiones (13 de diciembre de 2013 y 13 a 21 de marzo de 2014).
- Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. (1994). E/1994/30, Informe sobre el 37° período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes, Suplemento 10.
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC). (2009). La comisión de estupeficientes 2009 y el segmento de alto nivel – informe de la sesión.

- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC). (2014). *The 2014 Commission on Narcotic Drugs and its HighLevel Segment: Report of proceedings*. Recuperado de <https://idpc.net/publications/2014/06/the-2014-commission-on-narcotic-drugs-and-its-high-level-segment-report-of-proceedings>
- Del Cerro Esteban, J. A. (2002). Programas para la reducción de riesgos y daños derivados de las drogodependencias. Aspectos jurídicos. *EGUZKILORE*, (16), 7-21. Recuperado de [https://www.ehu.es/documents/1736829/2174324/Eguzkilore+16\(4\)%20CERRO.pdf](https://www.ehu.es/documents/1736829/2174324/Eguzkilore+16(4)%20CERRO.pdf)
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Jelsma, M. (2003). Drugs in the UN system: The unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs. *International Journal of Drug Policy*, 14(2). doi: 10.1016/S0955-3959(03)00006-9
- Jelsma, M. (2005). The UN and harm reduction – Revisited. An unauthorised report on the outcomes of the 48th CND session, Drug policy briefing Nr. 13.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1993). E/INCB/1993/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1993.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1994a). E/INCB/1994/1/Supp.1 Eficacia de los tratados de fiscalización Internacional de Drogas: Suplemento del Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1994b). E/INCB/1994/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2000). E/INCB/2000/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2000.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2002). E/INCB/2002/W.13/SS.5 Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches (documento restringido).
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2003). E/INCB/2003/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2008a). E/INCB/2008/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2008b). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre el seguimiento del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General.

- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2017). E/INCB/2017/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2018). About. Retrieved September 28, 2018. Recuperado de <https://www.incb.org/incb/en/about.html>
- Kerr, T., & Tupper, K. (2017). *Drug Checking: As A Harm Reduction Intervention, Evidence Review Report*. British Columbia Centre on Substance Use. Recuperado de <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/12/Drug-Checking-Evidence-Review-Report.pdf>
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., Hickman, M., Goldberg, D., & Rhodes, T. (2010). Harm reduction among injecting drug users- evidence of effectiveness. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 115-163). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. doi: 10.2810/29497
- Loflin, M., & Earleywine, M. (2015). No smoke, no fire: What the initial literature suggests regarding vapourized cannabis and respiratory risk. *Cancer Journal of Respiratory Therapy*, 51(1), 7-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456813/>
- Newbury-Birch, D., Coulton, S., Bland, M., Cassidy, P., Dale, V., Deluca, P., ... Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief interventions for offenders in the probation setting (SIPS trial): A pragmatic multicentre cluster randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 49(5), 540-548. doi: 10.1093/alcalc/agu046
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2004). Carta del director de UNODC al subsecretario de Estado para narcóticos de EE. UU.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2018). Introducción. Recuperado de <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/romex/introduccion.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, Organización Mundial para la Salud–WHO, & United States Agency for International Development. (2017). *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Recuperado de https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

- Organización Mundial para la Salud–WHO, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS. (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42848/9241591153_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial para la Salud–WHO, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS. (2009). *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf
- Organización Mundial para la Salud–WHO, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2004). WHO/HIV/2004.05 *Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons*.
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. (1994). Informe del encuentro sostenido por el grupo consultivo intergubernamental ad hoc para la resolución 3 de la Comisión de Estupefacientes (XXXVII).
- Royal College of Physicians. (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction–A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. Londres: RCP. Recuperado de <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/media/Documents/Nicotine%20without%20smoke.pdf>
- Sánchez Avilés, C. (2014). *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales: El caso de la política de drogas en España* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/08/doctrina41783.pdf>
- Secretaría General de las Naciones Unidas. (2004). ST/SGB/2004/6 Boletín del Secretario General.
- Sinha, J. (2001). The History and Development of the Leading International, Drug Control Conventions Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Parliamentary Research Branch. Recuperado de <https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-e.htm>
- Strang, J. (1993). Drug use and harm reduction: responding to the challenge. En N. Heather, A. Wodark, E. Nadelmann, & P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive Drugs and harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.

Sumnall, H. R., Bates, G., & Jones, L. (2017). *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction*. United Kingdom: Public Health Institute, Liverpool John Moores University. Recuperado de https://idhdp.com/media/531888/europeanresponsesguide2017_backgroundpaper-evidence-review-drug-interventions.pdf

Thoumi, F. E. (2015). *Debates y paradigmas de las políticas de drogas en el mundo y los desafíos para Colombia*. Bogotá: Academia Colombiana de Ciencias Económicas. Recuperado de <http://franciscothoumi.com/wp-content/uploads/2016/07/DILEMAS-y-paradigmas-de-las-politicas-de-drogas-en-el-mundo-y-los-desafios-para-colombia.pdf>

Transnational Institute. (noviembre 23 de 2005). *Las Naciones Unidas y la Reducción del Daño*. Recuperado de <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/las-naciones-unidas-y-la-reduccion-del-dano>

Transnational Institute, International Drug Policy Consortium, & Global Drug Policy Observatory. (2017). *Un avance lento pero gradual: los cambios en el lenguaje de la ONU con respecto a las drogas desde 1990*.