

LA POLÍTICA DE DROGAS EN MÉXICO: CAUSA DE UNA TRAGEDIA NACIONAL

Una propuesta radical, e indispensable, para remediarla

Ernesto Zedillo Ponce de León, Director del Centro de Estudios de la Globalización y Profesor de Economía y Política Internacionales en la Universidad de Yale; Miembro de la Comisión Global de Política de Drogas; Miembro de The Elders; ex Presidente de México

Catalina Pérez Correa González, Investigadora Visitante del Centro Schell de la Escuela de Derecho de la Universidad de Yale; Profesora del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)

Alejandro Madrazo Lajous, Investigador Visitante del Centro Schell de la Escuela de Derecho de la Universidad de Yale; Profesor del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)

Fernanda Alonso Aranda, Estudiante del doctorado en la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Septiembre del 2018

El aliento y el respaldo para preparar esta propuesta que nos brindó Mme. Ruth Dreifuss, presidenta de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas, han sido determinantes. Agradecemos asimismo el apoyo financiero de la propia Comisión y del Centro de Estudios de la Globalización de la Universidad de Yale. El proyecto del Centro sobre la reforma de la política mundial de drogas está financiado por The Open Society Foundations. Un agradecimiento especial a Kasia Malinowska, de la OSF, por su apoyo y su orientación. También agradecemos a Haynie Wheeler su valiosa asistencia editorial y administrativa. Expresamos, asimismo, nuestra gratitud al Maestro Felipe Garrido por su rápida lectura y atinada corrección del texto.

Los autores dedican este trabajo a la memoria de Kofi Annan, miembro de la Comisión Global sobre Política de Drogas, mentor y amigo de uno de los autores e inspiración de todos ellos.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Parte 1. La prohibición..... | 4 |
| Historia de la prohibición en México..... | 4 |
| La prohibición en la era posterior a la Convención Única de 1961 | 6 |
| Profundizando la aplicación de la prohibición (2006-2018)..... | 9 |
| Marihuana medicinal..... | 12 |
| Parte 2. Prohibición, violencia y personas que usan drogas | 13 |
| La epidemia de violencia. La violencia como daño a la salud pública: homicidios, poblaciones desplazadas y desapariciones | 13 |
| Personas que usan drogas | 17 |
| Las personas que usan drogas y el sistema de justicia penal | 17 |
| Prevención, tratamiento y reducción de daños para las personas que usan drogas. | 20 |
| Otras poblaciones vulnerables..... | 24 |
| Parte 3. Principios rectores para la política de drogas en México..... | 24 |
| Parte 4. De la prohibición a la regulación..... | 29 |
| A. Cannabis..... | 33 |
| B. Opioides | 38 |
| C. Cocaína..... | 40 |
| D. Otros..... | 41 |
| Educación y prevención | 42 |
| Tratamiento | 43 |
| Información..... | 43 |
| Conclusión..... | 44 |

Introducción

Una de las principales conclusiones del *Informe de la Comisión Global sobre Política de Drogas* de 2011 fue que “[l]a guerra global contra las drogas ha fracasado, con consecuencias devastadoras para las personas y las sociedades alrededor del mundo”. Compartimos plenamente esta conclusión y respaldamos el señalamiento de la Comisión cuando apunta que el régimen internacional de control de drogas, al basarse en un paradigma punitivo de aplicación de la ley, ha tenido como resultado más violencia, más personas en prisión y la erosión de la gobernanza en el mundo entero. Los daños a la salud asociados con el uso de drogas, lejos de disminuir, han aumentado.

A nivel mundial, la prohibición ha demostrado ser una estrategia muy deficiente para la protección de la salud, la gestión de riesgos y la reducción de daños. Además, ha tenido efectos devastadores sobre la legitimidad y la capacidad institucional, el desarrollo económico, la paz social y la salud pública. Medida en términos de los indicadores más básicos,¹ tales como la reducción del uso de sustancias ilícitas, la disponibilidad de estas sustancias o la eficacia de los recursos institucionales destinados a contenerla,² la política de drogas vigente no sólo ha sido ineficaz, sino ha resultado contraproducente. Como se afirma en el *Informe de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas* del 2014: "Tras más de medio siglo de este enfoque punitivo, actualmente abunda evidencia que indica que no sólo ha fracasado en el cumplimiento de sus objetivos, sino que generó graves problemas sociales y sanitarios".³

Este fracaso, que ocurre en México y en todo el mundo, no debe sorprender a nadie, ya que esta política es totalmente incongruente con las evidencias que ofrecen ciencias como la medicina y la psiquiatría, las investigaciones de salud pública y el más elemental análisis económico. Las ciencias indican que, aun llevando a cabo las mejores estrategias de prevención posibles algo que lamentablemente nunca se ha realizado—, habría una demanda residual de drogas, con independencia de si están prohibidas o si tienen un precio elevado en cualquiera que sea el mercado en el que estén disponibles.

Por su parte, el análisis económico muestra que prohibir tanto la producción como el consumo de cualquier mercancía para la que existe una demanda, conduce invariablemente a que individuos dispuestos a violar la ley organicen un mercado negro.⁴ El análisis económico también enseña que despenalizar el uso y la producción de una sustancia prohibida y gravar su consumo implicaría una mayor reducción en su producción que su prohibición (incluso si la aplicación de la prohibición se encaminara a un nivel óptimo, lo que en la práctica es muy probablemente inalcanzable).⁵

¹ Para una discusión general sobre evaluación de políticas de drogas e indicadores, véase: Meza, Oliver y Guerra, Edgar, "Política de drogas en las Américas: redefiniendo el problema y el papel del Estado", *CIDE-PPD y OSF*, 2017.

² Núñez, Héctor y Garduño, Rafael, "Un análisis económico de la oferta de drogas ilícitas y de la política contra el narcotráfico en México, 2004-2009", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Política de Drogas no. 2*, CIDE-PPD, 2014.

³ Comisión Global sobre Política de Drogas (Global Commission on Drug Policy), "Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces", *GCDP*, septiembre, 2014.

⁴ Véase: Zedillo, Ernesto, "Drug Policy: A Shameful Failure of Modern Civilisation", en Branson, R. (Ed.), *Ending the War on Drugs*, 2016, pp. 25.

⁵ Para probar esta proposición, véase: Becker, Gary S., Murphy, Kevin y Grossman, M., "The Economic Theory of Illegal Goods: The Case of Drugs", *Documento de trabajo no. 10976*, Oficina Nacional de Investigación Económica (National Bureau of Economic Research), 2004. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w10976.pdf>

Las drogas han sido parte de la cultura humana a lo largo de la historia. La prohibición, como forma de contender con su uso, ha sido la excepción, no la regla. La prohibición es un experimento que ha fracasado brutalmente,⁶ y México es uno de los ejemplos más dramáticos de este fracaso y sus costosas consecuencias.

México es a la vez un país de tránsito y productor de sustancias ilícitas, destinadas principalmente a los Estados Unidos. El volumen de las actividades relacionadas con drogas ilícitas en México lo convierte en un terreno fértil para que las organizaciones delictivas obtengan ganancias considerables, que en parte pueden destinarse a corromper a las autoridades y a las instituciones. A pesar de una legislación estricta y su aplicación rigurosa, el uso de drogas ilícitas ha aumentado en México a lo largo de la última década; la legalidad y las protecciones constitucionales a los ciudadanos se han debilitado; se han malgastado los escasos recursos institucionales; y se ha fomentado la violencia. Pero a pesar del fracaso, la política de drogas en México -anclada en la prohibición y penalización- se ha mantenido prácticamente inalterada y, lo que es aún más sorprendente, su aplicación se ha intensificado cada vez más. Hoy, México persigue penalmente y encarcela a personas que usan drogas, a mujeres sin antecedentes penales que transportan drogas de un lugar a otro, y a micro-vendedores (que cuando son detenidos son fácilmente reemplazados por otros hombres o mujeres jóvenes). Además, México utiliza a sus fuerzas armadas para interceptar el tráfico de drogas y erradicar cultivos ilícitos, mediante pesticidas peligrosos que contaminan el agua y los suelos.⁷

Las conclusiones de política pública que se desprenden de estas observaciones -que la Comisión Global ha sostenido y que respaldamos plenamente- son muy concretas: sí la política de drogas pone en primer plano la salud pública, la seguridad de las comunidades, los derechos humanos y el desarrollo, los gobiernos deben evitar estrategias que fomenten la existencia de mercados negros donde las organizaciones criminales se reproducen y prosperan. Por ello, los Estados deben dejar de criminalizar a las personas por el uso o la posesión simple de sustancias ilícitas. Pero sería absurdo despenalizar la demanda dejando el suministro de las drogas en manos de las organizaciones delincuenciales. Todo lo demás constante, liberalizar la demanda manteniendo la ilicitud del suministro podría incluso aumentar los ingresos de los traficantes ilegales y, por lo tanto, su poder criminal. Por ello, la otra recomendación central de la Comisión es que los Estados deben tomar control del suministro de las sustancias hoy prohibidas mediante una regulación legal responsable.

Suscribimos esas recomendaciones conscientes de que, durante más de un siglo, la prohibición ha sido la política dominante para enfrentar el uso de drogas ilícitas, pero alentados por los cambios que han venido ocurriendo recientemente. En 2013, Uruguay se convirtió en el primer país en regular plenamente el cannabis. Este año, Canadá siguió sus pasos. Para marzo de 2017, 28 estados de la Unión Americana habían ya regulado el cannabis con fines médicos y seis de ellos incluso con fines recreativos. En enero de 2018, el estado de Vermont se sumó a la lista de estados que han aprobado reformas para regular el cannabis. Algunos países latinoamericanos también lo han regulado con fines médicos. Por supuesto, experiencias previas de política pública en que exitosamente se ha priorizado la salud pública por encima de las acciones punitivas –tales

⁶ Romani, Oriol, "Una antropología de las drogas", *La Jornada*, 2 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.jornada.com.mx/2015/07/02/ls-opinion.html>

⁷ Véase: Pérez Correa, Catalina y Ruiz, Andrés, "Un ras de tierra: marihuana y pesticidas", *Revista Nexos*, 1 de julio de 2018.

como las de Portugal, Suiza y Australia- también informan las propuestas que aquí sugerimos para México.

La primera parte de este documento explica brevemente los orígenes de la prohibición mexicana y describe las políticas y leyes vigentes en materia de sustancias ilícitas.

En la segunda parte, analizamos algunas de las consecuencias negativas de las políticas vigentes, tanto para los usuarios de drogas como para la población en general, en términos de salud pública y de seguridad pública. También se muestra que la prohibición ha dañado gravemente, entre otras cosas, la capacidad de las instituciones para prevenir y castigar delitos.

En la tercera sección, se esbozan los principios básicos que deben orientar la política de drogas en México y algunas recomendaciones para su reforma. Finalmente, con base en esos principios, se apuntan algunas propuestas concretas para la despenalización y regulación de los mercados de drogas en el país.

Como afirma la Comisión Global en su reporte publicado en septiembre de 2018 (*Regulación: El Control Responsable de las Drogas*), no existe un modelo único de regulación; cada país debe identificar las formas de regulación que se adecuen a sus circunstancias particulares, institucionales, sociales y culturales. Los enfoques aquí esbozados abrevan de algunas experiencias internacionales, pero están pensados para el contexto mexicano. En la medida de lo posible, en lugar de abogar por un modelo específico, presentamos un espectro de opciones regulatorias que pueden considerarse en el caso de México.

La actual crisis de seguridad en México es grave y compleja. La corrupción y la impunidad son frecuentes en muchas instituciones públicas, especialmente en aquéllas encargadas de la justicia y la seguridad. El *Índice de Percepción de la Corrupción* (2017) clasifica a México en el lugar 135 de 180 países con un puntaje de 29 (de un total de 100). La clasificación del país ha empeorado desde 2012.⁸ Además, un informe reciente que mide la calidad de las instituciones de justicia penal a nivel estatal mostró que la probabilidad de que se investigue un delito en México es de apenas 1.14%.⁹ Incluso los delitos violentos como el homicidio tienen niveles de impunidad extremadamente altos. En el estado de Guerrero, por ejemplo, durante 2016 la probabilidad de que un homicidio fuera castigado penalmente fue menor a 4%.¹⁰ Otro informe documenta las difíciles condiciones en que opera la policía en todo el país, con salarios bajos y sin estabilidad laboral, a pesar de los riesgos que conlleva su trabajo.¹¹

La reforma de la política de drogas es necesaria, mas no suficiente. Por sí sola, no resolverá los problemas de un Estado de derecho débil o la falta de seguridad que México ha padecido durante mucho tiempo. Estos problemas, en nuestra opinión, constituyen los principales obstáculos para lograr el pleno desarrollo económico, social y político del país. Para abordar de manera efectiva

⁸ El *Índice de Percepción de la Corrupción* realizado por Transparency International clasifica 180 países y territorios según sus niveles percibidos de corrupción en el sector público según expertos y empresarios, usa una escala de 0 a 100, donde 0 es altamente corrupto y 100 es muy limpio. El puntaje de 29 en México ha empeorado en los últimos 5 años. Tenía un puntaje de 34 en 2012, cayendo a 31 y 30 en 2015 y 2016, respectivamente. Las clasificaciones están disponibles en: https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017#table

⁹ Véase: Zepeda Lecuona, Guillermo, "Índice Estatal de Desempeño de las Procuradurías y Fiscalías", 2017. Disponible en: <https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/49/archivo/1526575583R54.pdf>

¹⁰ *Idem*. pp. 28

¹¹ Véase: Causa en Común, "Reporte de la encuesta: ¿Qué piensa la policía?", 2017. Disponible en: <http://causaencomun.org.mx/v2/wp-content/uploads/2017/11/Encuesta-qué-piensa-la-polic%C3%ADa-2017.pdf>

estos inmensos problemas, es indispensable una reforma integral, ambiciosa, bien pensada y financiada adecuadamente, de todas las instituciones de justicia y seguridad. Sin embargo, para ser exitosa, debe ir acompañada de un cambio radical en la política de drogas.

Según lo establecido por la Comisión Global sobre Política de Drogas: “Es necesario un marco internacional para el control de drogas nuevo y más adecuado, que proteja mejor la salud y la seguridad de las personas y las comunidades alrededor del mundo. Las medidas duras basadas en ideologías represoras se deben reemplazar por políticas más humanas y eficaces, diseñadas a partir de la evidencia científica, los principios de salud pública y los derechos humanos. Éste es el único medio para reducir simultáneamente las muertes, las enfermedades y el sufrimiento relacionados con las drogas, así como la violencia, la delincuencia, la corrupción y los mercados ilícitos asociados a las políticas prohibicionistas ineficaces.”¹²

Parte 1. La prohibición

Historia de la prohibición en México

La prohibición a menudo se justifica como un medio para proteger la salud pública. Sin embargo, basta una breve mirada a la historia de la prohibición en México para advertir que su justificación normativa jamás ha radicado en la protección de la salud pública, sino en los prejuicios y la discriminación.

A fines del siglo XIX y principios del XX, el uso de drogas como la marihuana, la cocaína y el opio no era extraño en México. Los productos derivados de estas sustancias estaban disponibles en farmacias y mercados públicos. Los primeros intentos de regularlas, a fines del siglo XIX, simplemente buscaron proteger a los consumidores mediante el control de su calidad.¹³

En la década de 1920, el discurso en torno a las drogas cambió drásticamente. El gobierno buscó regular tanto el uso de ciertas sustancias como su tráfico, supuestamente para abordar cuestiones relacionadas con la salud pública y contener las nacientes redes de tráfico de drogas. Así en 1923, el tráfico de drogas fue prohibido por primera vez. El gobierno posrevolucionario de México quería adquirir credibilidad internacional, particularmente frente a los Estados Unidos, país que ya abogaba por la prohibición más allá de sus fronteras. No hay evidencia de problemas de salud graves relacionados con el consumo de drogas en ese momento en el país. Sin embargo, la protección de la salud pública se presentó como la principal justificación para adoptar la prohibición. Absurdamente, otro argumento subrayado entonces para apoyar la adopción de la prohibición fue la supuesta asociación de drogas con la "degeneración de la raza".¹⁴

¹² Comisión Global sobre Política de Drogas (Global Commission on Drug Policy), "Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces", *GCDP*, septiembre de 2014.

¹³ Astorga, Luis, "El narcotráfico en México: Primer reconocimiento general (Drug Trafficking in Mexico: A First General Assessment)", en *Gestión de las transformaciones sociales*, Documento de debate No. 36, UNESCO, 1999.

¹⁴ La "degeneración de la raza" nunca se define explícitamente en ningún proceso del Congreso. El concepto, sin embargo, se analiza en Campos (2010), donde se entiende que la idea es central para justificar la prohibición en México. Según él, la "degeneración" desde finales del siglo XIX era un concepto científico en el mundo occidental para describir "un hecho biológico, médico o físicamente demostrable empíricamente" y no sólo un problema filosófico. Se utilizaba para establecer en México la separación entre el pasado anterior a la Independencia y los tiempos modernos cuando México ya se establecía como nación. Hablar de que las drogas ocasionarían la "degeneración de la raza" significaba que los usuarios regresarían a tiempos precoloniales (es decir formas de vida indígenas) alejándose del prestigio europeo y las nuevas formas de vivir en la ciudad.

El Código Penal Federal de 1931 introdujo por primera vez una prohibición general para ciertas sustancias en un capítulo titulado "Delitos contra la salud". El comercio, la producción, la posesión, la compra, la venta, el suministro, el tráfico y el cultivo de sustancias y plantas específicas se definieron como delitos.¹⁵ Lo que existía antes de esta prohibición general era una serie de prohibiciones específicas sobre adulteración y comercio. De nuevo, la prohibición se justificó bajo el grotesco argumento de que el consumo de drogas era "un vicio de los que envenenan al individuo y degeneran la raza".¹⁶ No se proporcionaron pruebas científicas o empíricas para respaldar ese reclamo ni de que existiera entonces un problema de salud relevante relacionado con las drogas en México.

Durante el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), el Departamento de Salud Pública adoptó una política que se alejó brevemente de la prohibición. Sosteniendo que las personas que usan drogas no debían ser criminalizadas sino tratadas como pacientes, la Administración de Cárdenas publicó un "Reglamento Federal de Toxicomanías", e inició un programa de distribución de sustancias y asistencia médica controlado por el Estado. Según el Decreto, los usuarios podían ser recetados sustancias prohibidas por el Código Sanitario, incluida la heroína, la morfina, la cocaína y el cannabis. Tanto los médicos registrados como los dispensarios controlados por el gobierno podían recetar sustancias de forma controlada y a un precio más bajo que el del mercado negro.¹⁷ El Reglamento también dispuso fondos para sostener hospitales y dispensarios que carecían de recursos suficientes para atender a los usuarios que necesitaban tratamiento o atención.

Esta política, aunque de corta duración, alcanzó a dar muestras de ser exitosa. Por ejemplo, en ese tiempo se sustrajo a un número importante de usuarios, especialmente en Ciudad de México, del mercado negro y se les incorporó al sistema de distribución, más seguro, patrocinado por el Estado.¹⁸ En 1939, México defendió esta política en la XXII Sesión de la Comisión Asesora sobre Tráfico de Opio y Otras Drogas Peligrosas, en Ginebra. Los representantes del gobierno mexicano argumentaron que la nueva regulación estaba respaldada por estudios científicos que habían sido llevados a cabo por expertos, tanto desde el punto de vista médico como jurídico. La delegación de los Estados Unidos, sin embargo, criticó la propuesta de extender el programa argumentando que resultaría en un aumento incontrolable del tráfico ilícito y del contrabando de drogas hacia ese país. El gobierno de Estados Unidos presionó aún más a la administración cardenista al suspender el comercio de productos farmacéuticos entre los dos países. Debido a la presión del gobierno de los E.U.A. como de las compañías farmacéuticas de ese país, México retomó la política prohibicionista, abandonando el innovador programa tan sólo cuatro meses después de su lanzamiento.¹⁹

En 1947, la prohibición se hizo aún más estricta, al adoptarse penas más altas, argumentando que México tenía que actuar "para el debido cumplimiento de sus obligaciones internacionales" y para demostrar su compromiso "con la acción conjunta de todos los gobiernos de los países

¹⁵ Esto y los siguientes párrafos que analizan los debates legislativos y las reformas se basan en: Alonso, Fernanda, "La historia de la política mexicana de drogas en el siglo XX" in Rodríguez, T. and Labate, B (Eds), *Drogas, Política y Sociedad en América Latina y el Caribe*, CIDE, México, 2015. Se puede encontrar un análisis más profundo de cada una de estas reformas en este texto.

¹⁶ México, "Código Penal Federal para el Distrito Federal y Territorios Federales en Materia de fuero común y para toda la República en el material de fuero federal", *Diario Oficial de la Federación*, 28 de enero de 1931.

¹⁷ *Diario Oficial de la Federación*, México DF, México, 17 de febrero de 1940.

¹⁸ Enciso, Froylán "Nuestra historia narcótica: Pasajes para (re) legalizar las drogas en México". Debate, 2015.

¹⁹ Cfr. Encinas, Alejandro, "El fracaso de la política prohibicionista". Fundación para el Fortalecimiento de los Gobiernos Locales A.C., 2016 y Enciso, *supra* nota 18.

civilizados" era necesario reprimir el uso de drogas²⁰ haciendo referencia a los Convenios de La Haya y Ginebra (1912, 1925, 1933). Los legisladores mexicanos, sin embargo, reconocieron que en México "la adicción no había sido un problema grave en relación con cuestiones policiales, sociales o médicas".²¹ Fuera del cumplimiento de los acuerdos internacionales, los argumentos a favor de penas más estrictas, una vez más, carecían de evidencia para respaldarlos, y profundizaron los matices discriminatorios que inspiraron la prohibición original. Al igual que en la década de 1920, el endurecimiento de las leyes se justificó con argumentos que hoy se considerarían ridículos e inaceptables, como el presunto impacto de las drogas sobre la preferencia sexual:

Desde el punto de vista sexual, la tendencia de las especies es la reproducción de los individuos, y es en este aspecto donde se observan, fundamentalmente, mayores degradaciones en los toxicómanos. Parece que la morfinomanía produce un retroceso en la madurez sexual, a etapas iniciales de su desarrollo, como son el "narcisismo" y la homosexualidad. Muy frecuentemente o casi siempre, los toxicómanos son de tipo "narcisista", es decir, adoradores de sí mismos; encuentran en sí la propia satisfacción sexual; se pierde, por lo tanto, la finalidad, la meta que debe tener el acto sexual, que es la conjunción de los sexos para desarrollar y procrear la especie. Los individuos toxicómanos retroceden en esta escala de la evolución sexual, volviendo a una de las etapas primitivas, la de autoerotismo que se observa en el niño. Y no sólo eso, sino que frecuentemente la toxicomanía descubre en el envidiado tendencias de carácter homosexual que impiden, naturalmente, el desarrollo de la especie.²²

Los argumentos utilizados para establecer y reforzar la prohibición no resistirían actualmente el escrutinio constitucional y ciertamente se considerarían una violación del derecho a la igualdad y del principio de no discriminación.²³ Afortunadamente, los argumentos racistas y homofóbicos que se desplegaron como el principal apoyo para la prohibición durante la primera mitad del siglo XX son hoy inadmisibles. No obstante, el capítulo "delitos contra la salud" del Código Penal Federal sigue vigente, sin nuevos argumentos que lo respalden.

Prohibición en la era posterior a la Convención Única de 1961

Desde 1947, el impulso a criminalizar las conductas en torno a las drogas ilícitas se ha mantenido prácticamente intacto. Sin embargo, dos tendencias dominaron las reformas al régimen legal durante la segunda mitad del siglo XX: un aumento de las sanciones por conductas relacionadas

²⁰ México, Cámara de Diputados, "Exposición de motivos del proyecto de Decreto para que reforma y adiciona los artículos 193, 194 y 197 del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal", 30 de septiembre de 1947.

²¹ El texto en español usa un lenguaje más despectivo para referir a personas que usan drogas: "en nuestro país, no había surgido como un mal grave ni policiaco, ni social, ni medico el problema de los toxicómanos"

²² México, Cámara de Diputados, "Dictamen del proyecto de Decreto que reforma y adiciona los artículos 193, 194 y 197 del Código Penal para el Distrito Federal y los Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal", 7 de octubre de 1947.

²³ La cláusula de no discriminación se incluyó en la Constitución Mexicana en la reforma del 14 de agosto de 2001, cuando se agregó un párrafo al Artículo 1, donde se señaló: "Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas."

con sustancias ilícitas y la adición de sustancias -como el MDMA y el LSD- a la lista de sustancias prohibidas.²⁴ En 1967, las penas aumentaron en deferencia con el reciente consenso internacional sobre la prohibición: "la agravación de la penalidad en estos delitos es racional y socialmente procedente, por su proyección internacional, repercusión interna, extrema gravedad y naturaleza atentatoria de la integridad física y moral del hombre."²⁵ En 1974, la posesión para uso personal fue despenalizada para personas que tuvieran "un hábito o la necesidad de consumirlos" siempre y cuando que la cantidad de posesión fuese "estrictamente la necesaria" para el uso personal.²⁶ Para el "no adicto" (un término utilizado en la ley), las sanciones se redujeron a un mínimo de seis meses y un máximo de tres años de prisión. Sin embargo, para todos los demás delitos relacionados con las drogas, las sanciones se incrementaron, argumentando que "el trágico aumento que ha tenido el consumo ilícito de estupefacientes y psicotrópicos fundamentalmente en la última década"²⁷ requería de una respuesta más dura por parte del Estado. Una vez más, no se presentaron pruebas para respaldar esta afirmación.

En 1983, la Constitución mexicana se modificó para incluir el derecho a la salud. Para fundamentar este paso histórico, una supermayoría en el Congreso expresó que la salud es un tema amplio, que abarca desde la provisión de servicios de atención médica hasta la prevención, rehabilitación, tecnología y regulación de productos para el consumo humano, incluidas las drogas ("alimentos, bebidas y medicinas, narcóticos y psicotrópicos").²⁸ La reforma constitucional de 1983 debió haber sido de gran importancia para la política de drogas, ya que puso a salud y a la regulación orientada hacia la protección salud al frente de las prioridades estatales. Sin embargo, cuando los delitos de drogas -catalogados como "delitos contra la salud" en el Código Penal Federal- fueron revisados dos años después, lejos de reconsiderar la prohibición, se adoptaron castigos más severos. En 1985, se volvieron a aumentar las sanciones argumentando que el tráfico de drogas debía ser "considerado delito de lesa humanidad, que trasciende las fronteras y satisfaciendo intereses mezquinos y egoístas, pone en peligro la salud física y moral de todos los habitantes del planeta; razón por la cual, en lo que a México se refiere, debemos fomentar los programas tendientes a erradicar estos males, en todos sus aspectos."²⁹

²⁴ La 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA), comúnmente conocida como "éxtasis", es una droga psicoactiva que se usa principalmente como droga recreativa, cuyos efectos incluyen sensaciones alteradas y un aumento de energía, empatía y placer. La dietilamida del ácido lisérgico (LSD), también conocida como ácido, es una droga alucinógena, cuyos efectos generalmente incluyen pensamientos, sentimientos y conciencia del entorno alterados. Información sobre ambas sustancias está disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/finder/t/160/DrugFacts>.

²⁵ México, Cámara de Diputados, "Exposición de motivos del proyecto de Decreto que reforma disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal", 28 de noviembre de 1967.

²⁶ Artículo 198. Código Penal Federal de 1974.

²⁷ México, Cámara de Diputados, "Exposición de motivos del proyecto de reforma que incluye disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales en Materia de Fuero Común y para toda la República en material de Fuero Federal, Código Penal Federal de Procedimientos Penales y el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, en Relación con Estupefacientes y Psicotrópicos", 6 de diciembre de 1974.

²⁸ Madrazo, Alejandro y Alonso, Fernanda, "El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano", *Documento de Trabajo DTEJ 62*, División de Estudios Jurídicos, CIDE, 2013. Durante los debates parlamentarios que llevaron a la enmienda constitucional, se discutió el concepto de salud. Al hacer un recuento de la "rica y vasta" legislación sanitaria que se había producido hasta ese momento, la Iniciativa constitucional se refiere a asuntos como "la prevención de invalidez y rehabilitación de los inválidos, disposición de órganos, tejidos y cadáveres, alimentos; control de alimentos, bebidas y medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos; protección de la salud de la niñez y de los ancianos; mejoramiento y cuidado del medio ambiente." Más adelante, la iniciativa también menciona "sistemas de control de calidad de fármacos" y "medicina preventiva y educación para la salud", precisando el vínculo de éstas con la "comunicación masiva".

²⁹ México, Cámara de Diputados, "Dictado del proyecto de Decreto que reforma disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales en Materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal", 9 de diciembre de 1985.

La historia de la prohibición a lo largo del siglo XX revela que a pesar de que la legislación sobre drogas ha tenido como supuesta justificación la protección de la salud, en realidad se ha basado en prejuicios y en la discriminación, no en la evidencia científica. Además, la prohibición no reflejó la inclusión constitucional de la salud como un derecho fundamental. Los pocos cambios que daban cuenta de un enfoque centrado en la salud fueron eliminados por medidas cada vez más punitivas. Al igual que otros derechos fundamentales, como el derecho a un medio ambiente sano (claramente dañado por químicos nocivos usados en la erradicación de cultivos), el derecho a la salud se ha dejado de lado, una y otra vez, por los responsables de perseguir el consumo de drogas, para dar paso a políticas violentas y represivas.

Los cambios adoptados para endurecer la aplicación de la prohibición a fines del siglo XX también son clave para entender la política actual de drogas en el país. México adquirió una gran importancia como ruta de tráfico de cocaína andina hacia los Estados Unidos a medida que el Mar Caribe se patrulló cada vez más en los años ochenta y noventa. Con el tiempo, las organizaciones de traficantes desarrollaron la capacidad para reclutar y entrenar grupos armados privados para proteger sus intereses.³⁰ Con el tiempo, el crimen organizado también comenzó a reclutar a funcionarios gubernamentales, particularmente a personal de la Procuraduría General de la República e incluso a algunos elementos del ejército altamente entrenados. Las organizaciones criminales que crearon tales milicias las usaron para proteger sus rutas, y también para expandir sus operaciones en detrimento de sus competidores. Así, a comienzos del siglo XXI, aparecieron espacios regionales de violencia en territorios disputados por las bandas de narcotraficantes.³¹

A medida que aumentaban los ingresos de las actividades ilícitas, la violencia y otras formas de criminalidad también se incrementaron y se generó un sentido de urgencia para que el gobierno tomase medidas adicionales para contener lo que se percibía como una creciente ola de inseguridad. Pero en lugar de revisar la estrategia punitiva a la luz de sus pobres resultados y el contexto cambiante, el gobierno federal decidió llevar la prohibición a niveles sin precedentes. La decisión, que tuvo lugar a fines de 2006, llevó la prohibición al extremo de usar fuerzas militares para sustituir a la policía en amplias partes del territorio. En retrospectiva, está claro que la profundización de la guerra contra las drogas que se dio hace casi doce años está asociada a la enorme escalada de violencia que sufre el país. En sí misma, esta escalada se ha convertido en un importante problema de salud pública en México y ha socavado las capacidades institucionales de los gobiernos federal y locales.³²

³⁰ Véase: Trejo, Guillermo y Ley, Sandra, "Why Did Drug Cartels Go to War in Mexico? Subnational Party Alternation, the Breakdown of Criminal Protection, and the Onset of Large-Scale Violence", *Comparative Political Studies*, 51(7), 900-937, 2017; y Snyder, Richard y Duran-Martínez, Angelica, "Does illegality breed violence? Drug trafficking and state-sponsored protection rackets", *Crime Law Social Change*, 52(3), 253-273, 2009.

³¹ *Ibidem*.

³² Meza, Oliver, "La retracción del Estado: cómo la violencia afecta la capacidad de los municipios en México", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Política de Drogas no. 17*, CIDE-PPD, 2016.

La aplicación de la prohibición se intensifica (2006-2018)

A partir de finales de 2006, la política de drogas de México se ha movido activamente hacia una mayor militarización y una mayor centralización, con resultados bastante pobres e incluso perversos, que incluyen graves violaciones a la Constitución.³³

El despliegue de militares en el país, aumentó considerablemente a fines de 2006, cuando el gabinete de seguridad del gobierno federal anunció una primera "operación conjunta" con un gobierno estatal para combatir el crimen organizado.³⁴ El Secretario de Gobernación entonces declaró en una conferencia de prensa:

...informamos a los mexicanos el Inicio de la Operación Conjunta Michoacán, con un despliegue de cinco mil efectivos para esta operación en la cual se desarrollarán actividades de erradicación de plantíos ilícitos, establecimiento de puestos de control para acotar el tráfico de enervantes en carreteras y caminos secundarios, ejecución de cateos y de órdenes de aprensión, así como ubicación y desmantelamiento de puntos de venta de drogas.”³⁵

El 4 de enero de 2007 el gobierno federal envió otros 3,500 soldados a Tijuana, una ciudad a menos de una hora de San Diego, California. El 21 de enero de 2007, se anunciaron otras operaciones en Guerrero, Chihuahua, Durango y Sinaloa.³⁶ La operación en Guerrero incluyó inicialmente la participación de 6,388 soldados y la Operación Conjunta de Sierra Madre (Chihuahua, Durango y Sinaloa) 9,054 soldados. Entre 2006 y 2011, el número de soldados desplegados en todo el país aumentó en 70%, alcanzando los 52,690.³⁷ Según la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), en 2016 había un promedio de 52,000 soldados desplegados diariamente en todo el país,³⁸ un número que no incluye otras fuerzas federales como la Marina o la Policía Federal.

Como han demostrado diferentes estudios, la decisión de 2006 de militarizar -aún más- la guerra contra las drogas resultó ser costosa en términos de vidas humanas, estado de derecho, control del delito y capacidad institucional. La violencia estatal, especialmente en contextos de baja capacidad institucional y corrupción, conduce a una mayor violencia por parte de las organizaciones criminales que enfrentan al poder del Estado incrementando su capacidad de respuesta violenta.³⁹ El número de enfrentamientos entre autoridades y supuestos grupos de

³³ Desde el 2008, el artículo 21 de la Constitución establece que "las instituciones de seguridad pública serán de carácter civil, disciplinado y profesional".

³⁴ Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/2006/12/anuncio-sobre-la-operacion-conjunta-michoacan/>

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ México, Presidencia de la República, "Mensaje de Gabinete de Seguridad del Gobierno Federal", 21 de enero de 2007. Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/2007/1/mensaje-del-gabinete-de-seguridad-del-gobiernofederal/>

³⁷ Silva Forné, Carlos, et al, "Índice de letalidad 2008-2014: menos enfrentamientos, misma letalidad, más opacidad", *Perfiles Latinoamericanos*, 25(50), 331-359, 2017.

³⁸ Centro Prodh, "Perpetuar el fallido modelo de seguridad: la Ley de Seguridad Interior y el legado de una década de políticas de seguridad en México contrarias a los derechos humanos.", Centro Prodh, 2017.

³⁹ Lessing, Benjamin, "Hacer las paces en las guerras contra las drogas, las represalias y los cárteles en América Latina (Making peace in drug wars: crackdowns and cartels in Latin America)", Universidad de Cambridge Press, 2017.

Véase también, Atuesta, Laura, "Militarización de la lucha contra el narcotráfico: los operativos militares como estrategia para el combate al crimen organizado", en Atuesta, L. y Madrazo Lajous, A. (Eds.), *Las violencias: en busca de la política pública detrás de la guerra contra las drogas*, CIDE, México, 2018 (de próxima publicación), y : Zedillo, Ernesto, "Drug Policy: A Shameful Failure of Modern Civilisation", en Branson, R. (Ed.), *Ending the War on Drugs*, 2016.

delincuencia organizada apunta a este hecho. En 2007, el ejército mexicano reportó 48 enfrentamientos; en 2011, reportó 1,009.⁴⁰ Para 2015, el número se redujo sustancialmente a 171, pero se mantuvo mucho más alto que al comienzo de la guerra contra las drogas.⁴¹ La Policía Federal también reportó un aumento significativo en el número de enfrentamientos. En 2007 esta institución reportó un total de 3 enfrentamientos; para 2012 había aumentado a 143 y disminuyó a 96, todavía muy alto, en 2015.

La aplicación de las leyes sobre drogas mediante la intervención del ejército ha tenido un efecto negativo en la capacidad de la policía local. Con capacidad insuficiente para responder a la violencia de los carteles de drogas, las autoridades locales han dejado muchas responsabilidades de seguridad a las fuerzas federales, principalmente al ejército. El uso cada vez mayor de los militares se refleja en el aumento de las "bases de operaciones mixtas", una infraestructura permanente desde la cual las fuerzas federales llevan a cabo tareas de seguridad pública. En 2012, la SEDENA informó de 75 instalaciones de este tipo; para 2016, había 142 bases en 24 de las 32 entidades federativas.⁴² Así, lo que en un principio se presentó como una medida temporal -el uso de las fuerzas militares para controlar a los cárteles de la droga- se ha convertido en parte de la cotidianeidad en muchos sitios del territorio mexicano.

La mayor militarización de la lucha contra las drogas también tuvo repercusiones en el funcionamiento de las instituciones involucradas. Algunos estudios sugieren un aumento sostenido en el uso de la fuerza letal así como de prácticas ilegales como la tortura, violaciones al debido proceso e incluso ejecuciones extrajudiciales.⁴³ Otro estudio sugiere que la tortura y el maltrato crecieron significativamente después de 2006.⁴⁴ Utilizando información de la única encuesta de población carcelaria federal existente, el estudio apunta a que el maltrato y la violencia perpetrada contra detenidos aumentó significativamente después de diciembre de 2006. Al analizar tipos específicos de violaciones de derechos y de participación institucional, desglosados por tipo de delito, los datos muestran un aumento general de presuntas torturas y otras violaciones de derechos humanos durante la detención, especialmente contra personas arrestadas por delitos relacionados con las drogas.⁴⁵ Otro estudio, de la Comisión Lancet, publicado en 2016, calculó que la posibilidad de que un sospechoso fuera sometido a tortura o abuso durante la detención por un delito relacionado con drogas era 1.57 veces mayor que anteriormente.⁴⁶

Mediante la prohibición, el Estado mexicano creó involuntariamente un mercado negro donde las organizaciones criminales han prosperado enormemente. El Estado ha respondido a la existencia de ese mercado negro creado por el propio Estado y a sus violentos participantes,

⁴⁰ Silva Forné, Carlos, et al, "Índice de letalidad 2008-2014: menos enfrentamientos, misma letalidad, más opacidad", *Perfiles Latinoamericanos*, 25(50), 331-359, 2017.

⁴¹ La información proporcionada por la Secretaría de la Defensa Nacional fue incompleta para 2015, comprendiendo de enero a noviembre de 2015.

⁴² *Idem*.

⁴³ Pérez Correa, C, y otros, *Deadly forces: The Lethality Index of Mexican Security Forces 2007-2011*, en Frey, B. y Anaya, A. (Eds.), *Human Rights in Mexico. Crisis and Opportunity*, University of Pennsylvania Press (de próxima publicación). En promedio, entre 2007 y 2014, la Policía Federal mató a 4.8 civiles por cada civil que hirieron en un tiroteo. El ejército mató, durante ese mismo período, un promedio de 7.9 civiles por cada civil herido en tiroteos. La evolución del uso de la fuerza letal también es preocupante. Por ejemplo, en 2007, el Ejército promedió 1.6 civiles muertos por cada civil herido en un tiroteo. Para 2012, ese número había aumentado a 14.7.

⁴⁴ Magaloni, Beatriz, Magaloni, Ana Laura y Razú, Zaira, "La tortura como método de investigación criminal: El impacto de la guerra contra las drogas en México", *Política y Gobierno*, 25(2), 2018.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ Csete, Joanne, et al, "Public health and international drug policy", *The Lancet*, 387 (10026), 1427-1480, 2016.

mediante un despliegue de su fuerza cada vez más intenso, lo que ha contribuido a una escalada de violencia sin precedentes. Hoy en día, la violencia se ha convertido en sí misma en un importante problema de salud pública en México y un factor que socava las capacidades (y la credibilidad) de los gobiernos federal y locales.⁴⁷

En 2009, la llamada ley de narcomenudeo transfirió la responsabilidad de perseguir el tráfico de drogas en pequeña escala y el tratamiento de las personas que consumen droga, a las 32 entidades federativas de la República. Uno de los principales objetivos de esa ley era liberar recursos federales para poder centrarse en los delitos de drogas más importantes (como el tráfico a gran escala, las operaciones de financiación, etc.). Los datos muestran que, después de alcanzar su punto máximo en 2007, el gobierno federal redujo constantemente la cantidad de detenciones y enjuiciamientos por delitos relacionados con las drogas. De acuerdo con la Procuraduría General (PGR), mientras que en 2007 hubo más de 80,000 arrestos federales por delitos de drogas, en 2014 hubo menos de 14,000.⁴⁸ Sin embargo, la reforma no logró que las instituciones federales se centraran en los casos de drogas más importantes. Aunque la persecución de la posesión y el uso de drogas fue transferida a las jurisdicciones estatales a partir de 2009, en 2014 estos casos constituyeron 56% de las detenciones federales, y siguieron siendo la principal causa de arrestos federales. Al mismo tiempo, las autoridades estatales aumentaron significativamente el número de arrestos por delitos relacionados con las drogas. En 2011, los datos oficiales informaron de 16,680 delitos contra la salud sancionados en prisiones estatales.⁴⁹ En 2015, ese número había aumentado a 30,614, un aumento de 83% en 4 años.

Aun cuando la Ley de Narcomenudeo debía ser descentralizadora, irónicamente, ha implicado una importante invasión de los poderes de los estados por parte del gobierno federal. Las autoridades estatales son responsables de perseguir y sancionar los delitos menores relacionados con las drogas, pero quien los establece es el gobierno federal. Esto significa que los legisladores federales de hecho toman decisiones claves de la política penal y de drogas de los estados. Desde mediados del siglo XIX y hasta 2009, la política penal estatal era estrictamente del dominio de las legislaturas estatales. Al exigir que los estados persigan los delitos federales relacionados con las drogas, el Congreso obliga a las autoridades estatales locales a destinar una parte sustancial de sus recursos humanos e institucionales a la persecución de delitos de drogas, independientemente de las necesidades y contextos locales. Esto representa una centralización de las decisiones de política contra el crimen y un debilitamiento de la autonomía local sin precedentes desde el siglo XIX, cuando el federalismo fue adoptado en México como un principio rector de gobierno. Esta forma de usurpación de facultades de los estados se ha expandido a otras áreas como el secuestro, los delitos relacionados con la salud reproductiva y una lista cada vez más amplia de cuestiones. Hoy en día, las leyes federales impiden a las jurisdicciones locales reformar las leyes sobre drogas. Por tanto, están muy limitadas al intentar adoptar una política de drogas que responda a las necesidades locales.⁵⁰ Cabe subrayar que algunos intentos de gobiernos estatales para adaptar sus políticas contra conductas delictivas a las necesidades

⁴⁷ Meza, Oliver, "La retracción del Estado: cómo la violencia afecta la capacidad de los municipios en México", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Política de Drogas no. 17*, CIDE-PPD, 2016.

⁴⁸ Procuraduría General de la República, information request number 0001700072215.

⁴⁹ El Instituto reporta delitos sancionados no personas privadas de la libertad en Centros de Readaptación Social. Ver INEGI. Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal 2015.

⁵⁰ Por ejemplo, este verano el congreso estatal de Guerrero votó para permitir el cultivo legal y la producción de opioides para uso médico. El voto, sin embargo, no se convierte en ley, sino que inicia un procedimiento ante el Congreso federal. Véase: https://elpais.com/internacional/2018/08/18/mexico/1534623073_429355.html

locales han sido impugnadas judicialmente con éxito por el gobierno federal, gracias a la reforma de narcomenudeo.⁵¹

Marihuana medicinal

México es a veces percibido como un país con una posición progresista sobre la marihuana, particularmente después de ser uno de los tres países que promovieron la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU de 2016 (UNGASS 2016), supuestamente para revisar los acuerdos internacionales derivados de la Convención de 1961. Pero esa percepción es errónea, ya que, aunque se han dado algunos pasos hacia la reforma de la política de drogas, nada significativo se ha hecho para modificar la prohibición. La apertura mexicana ha sido más discursiva y simbólica que coherente y efectiva.

Unos meses antes de la UNGASS 2016 y después de un importante fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) que declaraba inconstitucional la prohibición del cannabis para uso recreativo⁵², el Ejecutivo Federal y el Congreso llamaron a dos diálogos nacionales sobre el cannabis. A partir de ese proceso, se aprobó -en 2017- una reforma legal a diversas leyes de salud y penales que permite la producción y comercialización del cannabis con fines médicos.⁵³ La reforma no cumplió las expectativas, ya que no abordaba el fallo de la Corte sobre el uso recreativo del cannabis. Además, después de la aprobación de la ley hace más de un año, el gobierno no ha publicado las leyes reglamentarias para que se otorguen licencias. La propuesta original de reglamento de la administración federal limitaba la legalización a la venta de productos de cannabis medicinal importados. El Congreso, por el contrario, aprobó la producción nacional y estableció un límite de tiempo para que el Ejecutivo publicará los reglamentos para regular el proceso de licencia para el cannabis medicinal. Tanto la producción como la importación están actualmente paralizadas, ya que el Ejecutivo se niega a publicar los reglamentos requeridos, a pesar de que el plazo establecido por el Congreso para ello ya se cumplió. En consecuencia, en la práctica, incluso el cannabis medicinal sigue siendo ilegal en México.

Los pasos más importantes para cambiar la política de drogas provienen de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). En 2015, en una primera sentencia histórica, la Corte sostuvo que la prohibición administrativa sobre el uso de marihuana con fines recreativos era inconstitucional, porque restringía desproporcionadamente el derecho fundamental a desarrollar libremente la personalidad propia.⁵⁴ Tres sentencias más⁵⁵ que sostienen que una prohibición absoluta del cannabis es inconstitucional se han emitido desde entonces. Sin embargo, la revisión judicial en México a través del recurso de amparo⁵⁶ es sumamente compleja: para anular una ley requiere

⁵¹ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acciones de Inconstitucionalidad 33/2010, 20/2010 y 21/2010.

⁵² México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 237/2014.

⁵³ Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y Código Penal Federal, *Diario Oficial de la Federación*, 19 de junio de 2017.

⁵⁴ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo Indirecto 237/2014. El fallo, comúnmente conocido como SMART, se puede encontrar aquí: <http://www.smartclub.mx/uploads/8/7/2/7/8727772/doc.pdf>

⁵⁵ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo Indirecto 1115/2017, Amparo Indirecto 623/2017 y Amparo Indirecto 1163/2017.

⁵⁶ El amparo es una protección judicial de los derechos constitucionales, en ciertas jurisdicciones de América Latina, incluido México. Un amparo en México, otorgado por un juez federal, tiene un doble propósito de protección: protege a los ciudadanos y sus derechos básicos y protege la constitución al asegurar que sus principios no sean violados por el estado, sus leyes, acciones o

cinco fallos consecutivos y un voto mayoritario adicional por parte del Pleno de la Corte (de lo contrario, los fallos protegen sólo a los demandantes individuales y la ley permanece vigente). Después de un segundo fallo, la Corte debe notificar formalmente al Congreso de la inconstitucionalidad de la prohibición del cannabis. Esta notificación ya tuvo lugar, pero el Congreso permanece impasible.

Legalizar la posesión y el uso, así como regular el suministro del cannabis, es hoy en día un imperativo de política pública en México, y es también un imperativo constitucional, pero el complejo sistema de justicia constitucional mexicano hasta ahora no ha logrado hacerlo realidad.

Parte 2. Prohibición, violencia y personas que usan drogas

La prohibición y su aplicación han tenido efectos devastadores en México. Como política, ha fracasado para proteger la salud pública o individual y en cambio ha socavado las instituciones del Estado. La decisión del gobierno mexicano de hacer más intensa la prohibición y perseguir a las organizaciones delictivas con los medios más violentos a su alcance -en lugar de minar su acceso a los enormes recursos económicos que hay en los mercados ilegales- ha llevado la violencia a niveles nunca antes registrados en la historia moderna del país y ha afectado dramáticamente la vida de muchas personas y de sus comunidades.

Esta sección revisa algunas de las consecuencias más negativas de las actuales políticas contra las drogas. En ella se muestra cómo la violencia homicida creció desde el comienzo de la guerra contra las drogas, a fines del 2006, al punto de convertirse en un serio problema de salud pública, además de causar el desplazamiento y la desaparición de miles de personas. También se explica cómo, aunque las leyes y las políticas actuales supuestamente buscan proteger la salud tanto de usuarios potenciales como de personas que usan drogas, en realidad afectan negativamente los derechos y la salud de ambos grupos.

La epidemia de violencia La violencia como daño a la salud pública: homicidios, poblaciones desplazadas y desapariciones

En México, la prohibición ha llevado a una tragedia humana sin precedentes: multitud de muertes prevenibles, desplazamiento poblacional forzado y desapariciones. Lamentablemente, la política de drogas equivocada del gobierno, el presente y muchos anteriores, parece estar en la raíz de la actual crisis de seguridad y justicia en México.

Entre 2006 y 2017, se registraron 251,633 homicidios en el país.⁵⁷ En 2006, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) reportó 10,452 homicidios. Para 2011, esta cifra alcanzó un

decisiones judiciales. El procedimiento de amparo puede ser utilizado con varios fines: 1) como defensa de las garantías individuales previstas en la Constitución; 2) contra leyes inconstitucionales; 3) para revisar la legalidad de las decisiones judiciales; 4) contra decisiones administrativas finales, laudos y resoluciones que afectan a partes privadas; o 5) para proteger los derechos comunales de naturaleza agraria.

⁵⁷ México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Mortalidad, Conjunto de datos: Defunciones por homicidios, Información de 1990 a 2016*, 2017. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.asp?s=est>

pico de 27,213 y, aunque disminuyó ligeramente durante los años siguientes, para 2016 alcanzó 24,559 homicidios. El año 2017 concluyó con más de 31,000 homicidios, sin indicios de que la tendencia al alza vaya a ceder.⁵⁸ Durante más de dos décadas, México había presentado una caída sostenida y prolongada en la tasa de homicidios, alcanzando un mínimo histórico de 8 homicidios por cada 100.000 habitantes en 2007. Cuando las fuerzas federales fueron desplegadas, la tendencia a la baja se terminó abruptamente y las tasas de homicidios comenzaron a aumentar rápidamente: 50% en 2008 y el mismo porcentaje en 2009, cuando esa tasa llegó a 20 homicidios por cada 100.000 habitantes (una estimación diferente situó las tasas de homicidios en 24 por 100.000 en 2009).⁵⁹

En varios estudios, los operativos conjuntos -la principal estrategia de México contra el crimen organizado involucrado en el tráfico de drogas- se han relacionado causalmente con el aumento de los homicidios.⁶⁰ Los mecanismos a través de los cuales esto sucede no son claros. Sin embargo, los datos existentes destacan dos hallazgos principales. En primer lugar, se produce un aumento en las tasas de homicidio en las localidades donde se han desplegado los operativos conjuntos en contra el crimen organizado. En segundo lugar, ese aumento es más pronunciado cuando se trata de fuerzas militares (a diferencia de cuando son fuerzas civiles federales, es decir, la Policía Federal).⁶¹

El aumento de los homicidios en México ha sido tan pronunciado que ha tenido un impacto negativo en la esperanza de vida. Por primera vez en más de seis décadas, la expectativa de vida cayó en México. Aunque la caída nacional fue de solo 0.6% entre 2005 y 2010, las regiones más afectadas por la guerra contra las drogas, mostraron una mayor disminución en ese indicador.⁶² En Chihuahua, Sinaloa y Durango la esperanza de vida disminuyó en tres años durante el mismo período. Esta disminución ocurrió en un momento en que hubo cambios positivos sustanciales en otros indicadores de salud y causas de muerte. Esto significa que los posibles efectos positivos de las políticas de salud fueron anulados por el impacto negativo de la violencia causada por cumplir con una fallida política de drogas.

⁵⁸ Si bien la mayoría de estas muertes fueron de hombres, las tasas de homicidio de mujeres han aumentado en forma similar, con 1.289 muertes en 2006 y un máximo de 3,324 en 2017.

⁵⁹ Escalante, Fernando, "Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso", *Revista Nexos*, 1 de enero de 2011.

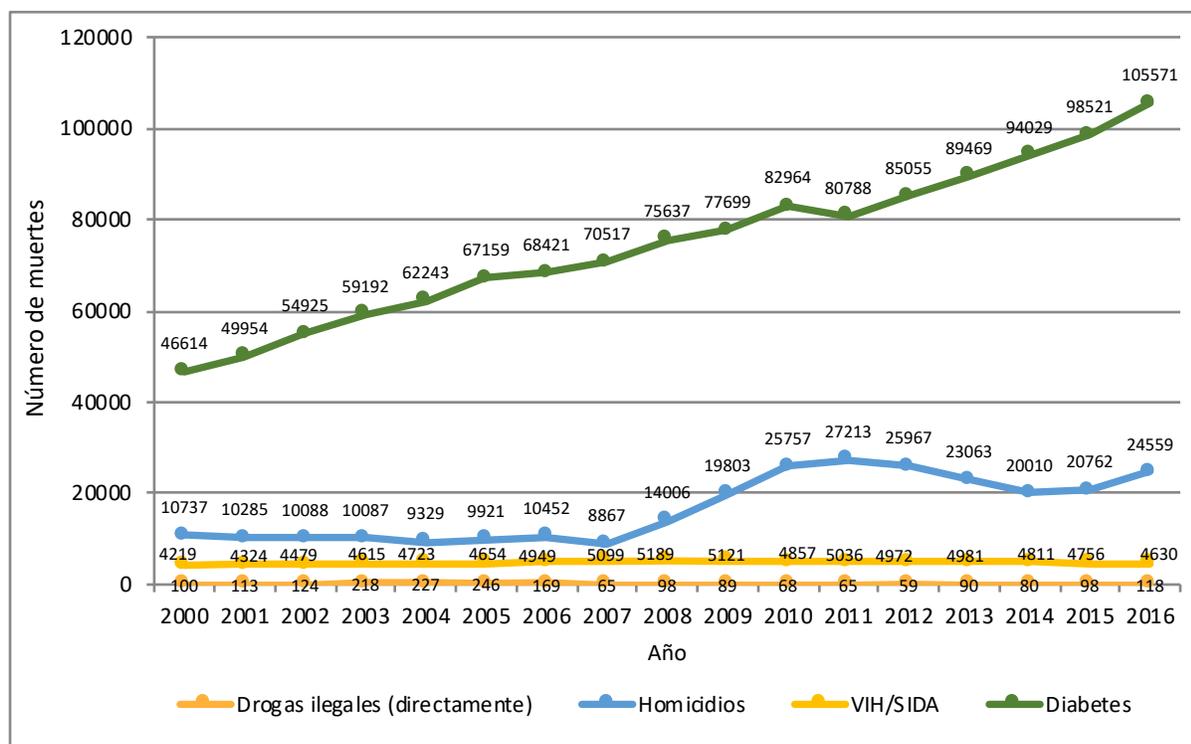
⁶⁰ Varios estudios han establecido algún tipo de causalidad entre la estrategia de seguridad implementada por la administración 2006-2012 y el aumento de la violencia observada en el país desde 2008. Ver Atuesta, Laura, "Militarización de la lucha contra el narcotráfico: los operativos militares como estrategia para el combate al crimen organizado", en Atuesta, L. y Madrazo Lajous, A. (Eds.), *Las violencias: en busca de la política pública detrás de la guerra contra las drogas*, CIDE, México, 2018 (en prensa); Atuesta, Laura y Ponce, Aldo, "Meet the Narco: increased competition among criminal organizations and the explosión of violence in Mexico", *Global Crime*, 18 (4): 375-402, 2017; Calderón, Gabriela, et al, "The Beheading of Criminal Organizations and the Dynamics of Violence in Mexico", *Journal of Conflict Resolution*, 59(8), 1455-1485, 2015; Espinosa, Valeria y Rubin, Donald, B., "Did the military interventions in the Mexican drug war increase violence?", *The American Statistician*, 69(1), 17-27, 2015; Osorio, Javier, "The Contagion of Drug Violence: Spatiotemporal Dynamics of the Mexican War on Drugs", *Journal of Conflict Resolution*, 59(8), 1403-1432, 2015; y Phillips, Brian.J., "How Does Decapitation Affect Violence? The Case of Drug Trafficking Organizations in Mexico", *The Journal of Politics*, 77(2), 324-336, 2015; Merino, José, "Los operativos conjuntos y la tasa de homicidios: una medición", *Revista Nexos*, 1 de junio de 2011.

⁶¹ En promedio, durante los primeros cinco años de la guerra contra las drogas, cada enfrentamiento entre las autoridades y presuntos delincuentes produjo un aumento del 6% en la tasa de homicidios en ese municipio, en tres meses (el aumento compuesto es asombroso en municipios con decenas de tales intercambios). Cuando participan las fuerzas armadas, el aumento promedio es de un 8%, pero cuando participa específicamente el Ejército, el aumento es del 9%. Atuesta, Laura, "Militarización de la lucha contra el narcotráfico: los operativos militares como estrategia para el combate al crimen organizado", en Atuesta, L. y Madrazo Lajous, A. (Eds.), *Las violencias: en busca de la política pública detrás de la guerra contra las drogas*, CIDE, México, 2018 (en prensa).

⁶² Aburto, José Manuel, et al., "Los homicidios en México revirtieron las mejoras en la expectativa de vida para los hombres y las desalentaron para las mujeres, 2000-10 (Homicides in Mexico Reversed Life Expectancy Gains for Men and Slowed them for Women, 2000-10.", *Health Affairs*, 35(1), 88-95, 2016.

Además, la violencia permea en la población, creando numerosos problemas de salud somáticos, psicológicos y conductuales. Un estudio de 2015 analizó no solo las tasas de mortalidad en México, sino también el estado psicológico de las personas afectadas por la violencia.⁶³ Los investigadores midieron el miedo y la vulnerabilidad percibida (no sentirse seguros)⁶⁴ en la población, encontrando que entre 2005 y 2014 la percepción de vulnerabilidad a la violencia aumentó considerablemente.⁶⁵

Gráfico 1. Muertes anuales por drogas ilegales, homicidios y otros problemas de salud pública



Fuente: Defunciones por homicidios del INEGI, Información de 1990 a 2016 y bases de datos de mortalidad 2006-2016 del Sistema Nacional de Información en Salud

Los enfrentamientos entre los cárteles, y entre éstos y las fuerzas gubernamentales colocan a personas inocentes en el centro de la violencia. Cada año más personas abandonan sus hogares en busca de refugio. El desplazamiento forzado es una táctica utilizada por los delincuentes para vaciar de gente rancherías y poblados, con el fin de apoderarse de sus parcelas y recursos

⁶³ Canudas-Romo, Vladimir, et al, "Mexico's Epidemic of Violence and its Public Health Significance on Average Length of Life", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(2), 188-193, 2017.

⁶⁴ La vulnerabilidad se midió por la percepción del encuestado al crimen, con base en la respuesta a la pregunta "En términos de crimen, ¿cómo considera que es vivir en su estado y en su hogar?" Con dos opciones de respuesta, vulnerable o seguro.

⁶⁵ En 2014, la esperanza de vida femenina a los 20 años fue de 59,5 años (IC del 95%: 59,0 a 60,1); el 71% de estos años (42,3 años, 41,6 a 43,0) se vivieron percibiendo vulnerabilidad a la violencia ocurriendo en su estado y el 26% por violencia ocurriendo en el hogar (15,3 años, 15 a 15,8). Para los hombres, la esperanza de vida a los 20 años era de 54,5 años (53,7 a 55,1); el 64% de estos años (34,6 años, 34,0 a 35,4) se vivió con la vulnerabilidad percibida de la violencia en el estado y el 20% en el hogar (11,1 años, 10,8 a 11,5).

naturales. Un informe de 2017 de la Comisión Mexicana para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos concluyó que al menos 329,917 personas han sido desplazadas internamente en México desde 2006.⁶⁶ Esta ONG registró 25 episodios de desplazamientos forzados masivos tan sólo en 2017.⁶⁷ Según el mismo informe, la causa principal (68% del total de episodios) -pero no la única- del desplazamiento ese año fue la violencia generada por los grupos del crimen organizado.⁶⁸ Otro estudio indica que en 2010 hubo 123,000 desplazados en el interior del país, y que siguieron aumentando hasta llegar a 311,000 en 2016.⁶⁹ Entre 2006 y 2015, las tasas de crecimiento neto de población disminuyeron en 691 municipios, 28% del total del país, con la mayoría de estos municipios ubicados en las tres regiones más afectadas por la violencia en el oeste y noroeste, noreste, y sureste del país. En general, el número de personas que dejan municipios violentos en México es entre cuatro a cinco veces más alto que en municipios no violentos con condiciones socioeconómicas similares. Sin embargo, el gobierno, aunque admite que sí existe movilidad por causa de la violencia, se niega a reconocerlo como un problema generalizado, por lo que es difícil evaluarlo en toda su magnitud y consecuencias.⁷⁰

Las personas que han sido obligadas a mudarse rara vez tienen acceso a mecanismos legales o institucionales para su protección o asistencia. Los gobiernos locales frecuentemente carecen de la capacidad para garantizar y proteger los derechos de las poblaciones desplazadas. Además de los problemas relacionados con su seguridad personal, las poblaciones desplazadas necesitan ayuda en cuestiones básicas de supervivencia, como vivienda o refugio, servicios de salud, agua potable y saneamiento, ropa y alimentos. Sin embargo, los servicios de salud existentes en México suelen no tener la capacidad para garantizar estas necesidades básicas; mucho menos dar el cuidado psicológico y físico que esta población requiere.

Además de los homicidios y desplazamientos, la "guerra contra las drogas" ha dejado al país con un gran número de personas desaparecidas. Según el gobierno mexicano, desde 2006, más de 35 mil personas han desaparecido en el país⁷¹, y el número parece estar creciendo. De 2006 a 2012, 13,767 personas desaparecieron.⁷² Este número ha aumentado a 23,236 durante la administración actual.⁷³ Muchos de estos casos son denunciados como desapariciones forzadas, es decir que en la denuncia una autoridad fue señalada como responsable.⁷⁴

⁶⁶ Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, "Episodios de Desplazamiento Interno Forzado Masivo en México, Informe 2017", CMDPDH, 2017.

⁶⁷ Un episodio masivo de desplazamiento forzado interno ocurre cuando familias (en un número igual o mayor a diez) o grupos de personas (igual o superior a cincuenta individuos en total) están obligados a abandonar colectivamente su lugar de residencia, como una medida preventiva frente a una situación de violencia generalizada. Los episodios registrados en 2017 resultaron en el desplazamiento de alrededor de 20,390 personas y afectaron al menos a nueve estados, 27 municipios y 79 localidades.

⁶⁸ Otras causas registradas durante el año fueron violencia política, conflicto social, conflicto territorial y proyectos de extracción minera. Además, la investigación de la CMDPDH identificó las formas de violencia que originaron los desplazamientos. Los más frecuentemente registrados fueron: ataques armados en contra de la población; enfrentamientos entre grupos delincuenciales y entre estos y agentes del Estado; amenazas e intimidación; quemar, destruir o balear casas, cultivos, negocios y vehículos.

⁶⁹ Estas cifras las obtiene el Centro de Monitoreo de Desplazamientos Internos (IDMC) y están disponibles en su página de perfil de México en: <http://internal-displacement.org/countries/mexico/>. Las estimaciones más recientes de 2016 se basan en un avance de un informe preparado por la CMDPDH.

⁷⁰ Atuesta, Laura y Paredes, Dusan, "Do Mexicans Flee from Violence? The Effects of Drug-Related Violence on Migration Decisions in Mexico", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 42(3), 1-20, 2015.

⁷¹ Secretaría de Gobernación, *Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas (RNPED)*. Disponible en: <http://secretariadodejecutivo.gob.mx/rnped/datos-abiertos.php>

⁷² Open Society Justice Initiative, "Corrupción que mata: por qué México necesita un mecanismo internacional para combatir la impunidad", *Open Society Foundations*, 2018. p. 22.

⁷³ Secretaría de Gobernación, *Registro Nacional de Datos de Personas Extraviadas o Desaparecidas (RNPED)*. Abril, 2018 Disponible en: <http://secretariadodejecutivo.gob.mx/rnped/datos-abiertos.php>

⁷⁴ Según un estudio, del Observatorio de Desaparición e Impunidad, de los 548 casos de desapariciones denunciadas entre 2005 y 2015 en el estado de Nuevo León y los estados adyacentes, el 46,7% tenía una autoridad denunciada como autor. Ver, Observatorio

Desafortunadamente, muy pocos casos de desaparición forzada son investigados. Por ejemplo, antes de 2016, México había informado a las Naciones Unidas de solo 14 condenas por desapariciones forzadas, seis de las cuales ocurrieron antes de 2006.⁷⁵

Personas que usan drogas

Si el derecho constitucional a la salud se tomara en serio, las personas que consumen drogas serían tratadas de manera muy diferente. En la práctica, las personas que usan drogas no son sujetos de una política de salud pública seria; más bien son tratados como delincuentes. Legalmente, el uso de sustancias prohibidas no es un delito. Sin embargo, todas las otras conductas relacionadas con sustancias ilícitas -incluida la posesión- si están prohibidas. Esto significa que, en la práctica, las personas que las consumen son criminalizadas. Las personas que usan drogas son particularmente vulnerables al uso arbitrario de la fuerza del Estado, incluida la detención ilegal, la tortura y el encarcelamiento. Los datos oficiales sugieren que las personas que usan drogas son el objetivo principal de los esfuerzos persecutorios del gobierno.⁷⁶ A la vez, los servicios de salud disponibles para personas con consumos problemáticos son escasos, inadecuados y tienden a estar pobremente regulados, ya sean privados o públicos.

Las personas que usan drogas y el sistema de justicia penal

Las personas que usan drogas son frecuentemente el principal objeto del sistema de justicia penal en materia de drogas. Aunque el uso de drogas no es un delito, los usuarios se ven obligados cometer delitos para poder consumir y a participar en un mercado clandestino controlado por organizaciones delictivas. Cualquier posesión de drogas ilegales es un delito en México y, debido a que la posesión es necesaria para usar cualquier sustancia, las personas que usan drogas formalmente cometen un delito cada vez que consumen.⁷⁷ La posesión de cualquier cantidad de sustancias ilícitas puede implicar al arresto de la persona y el inicio de una investigación penal, independientemente de las circunstancias del caso. Según la Ley de Salud de México, la posesión de hasta 5 gramos de marihuana, 0.5 gramos de cocaína, 50 miligramos de heroína, 40 miligramos de metanfetaminas o 2 gramos de opio, es un delito que debe ser llevado al ministerio público, aun si la ley establece que no se ejerza la acción penal. La posesión de sustancias ilícitas es así la excusa para llevar a los usuarios al sistema penal. Con frecuencia una persona acusada por este delito estará sujeta a detención temporal. Si el fiscal o ministerio público determina que los montos de la posesión están dentro de los umbrales permitidos, el caso no se presentará ante un juez sino que se informará a las autoridades de salud.⁷⁸ En cambio, si las cantidades poseídas están por encima de los umbrales tolerados y definidos por la ley -que

de Desapariciones e Impunidad, "Informe sobre desapariciones en el estado de Nuevo León", 2016. Disponible en: http://www.flacso.edu.mx/sites/default/files/170616_resumen_informe_nl_vf.pdf

⁷⁵ Open Society Justice Initiative, "Corrupción que mata: por qué México necesita un mecanismo internacional para combatir la impunidad", *Open Society Foundations*, 2018. p. 25.

⁷⁶ Pérez-Correa, Catalina, et al., "En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina", Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), México, 2015. Disponible en: <http://www.drogasyderecho.org/wp-content/uploads/2015/03/reporte-completo.pdf>

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ México, Ley General de Salud, art. 479. La lista incluye umbrales para otras sustancias.

son notoriamente bajos, en comparación con los establecidos en otros países latinoamericanos como Uruguay o Colombia- la mera posesión dará lugar al inicio de una acusación penal, el procesamiento y posible encarcelamiento de la persona.

El sistema de umbrales a menudo se invoca como una política progresista adoptada con la reforma de 2009 a la Ley General de Salud, conocida como la Ley de Narcomenudeo. En la práctica, sin embargo, la corrupción, la falta de capacitación policial⁷⁹ y un sistema de procuración de justicia ineficiente, han enmudecido la despenalización. En este contexto, la Ley de Narcomenudeo aumentó el riesgo para las personas que usan drogas. Al carecer de las habilidades adecuadas para investigar delitos y con la presión de cumplir cuotas de arrestos e investigaciones, independientemente de los delitos de los que se tratan, la policía y los fiscales encuentran en los jóvenes que usan drogas arrestos fáciles, ya que la posesión de drogas no requiere de investigación o la presentación de pruebas más allá de la posesión misma. La facilidad con la que la policía puede reportar cantidades que exceden los umbrales hace además que la extorsión por parte de la policía sea una práctica común.⁸⁰

Según el INEGI⁸¹, en 2015 los estados informaron que se abrieron 50,083 investigaciones penales en los fueros estatales por delitos relacionados con las drogas. La posesión simple, es decir, sin intención de vender o suministrar, representó 65% de las investigaciones abiertas, mientras que la posesión con intención de vender o suministrar representó 17,5%. La venta y el suministro (que son el grueso de la actividad ilícita de narcotráfico) comprendieron sólo 1.7% de todas las investigaciones locales reportadas.⁸²

Con respecto al encarcelamiento de personas por estos delitos⁸³, es notorio que muchos estados no registran los delitos contra la salud que se sancionan en sus prisiones. Donde hay información disponible, la posesión es consistentemente el delito de drogas más frecuentemente sancionado (ver siguiente gráfico). En cuanto al tipo de sustancia involucrada, en el 40% de los casos la información no está disponible. Cuando hay información disponible, la marihuana es la sustancia más frecuente (32%), seguida de la cocaína (13%) y las metanfetaminas (12%).⁸⁴

⁷⁹ Borquez, Annick, *et al*, "The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study", *The Lancet Public Health*, agosto, 2018. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(18\)30097-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(18)30097-5.pdf)

⁸⁰ Pérez-Correa, Catalina, *et al.*, "En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina", Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), México, 2015. Disponible en: <http://www.drogasyderecho.org/wp-content/uploads/2015/03/reporte-completo.pdf>.

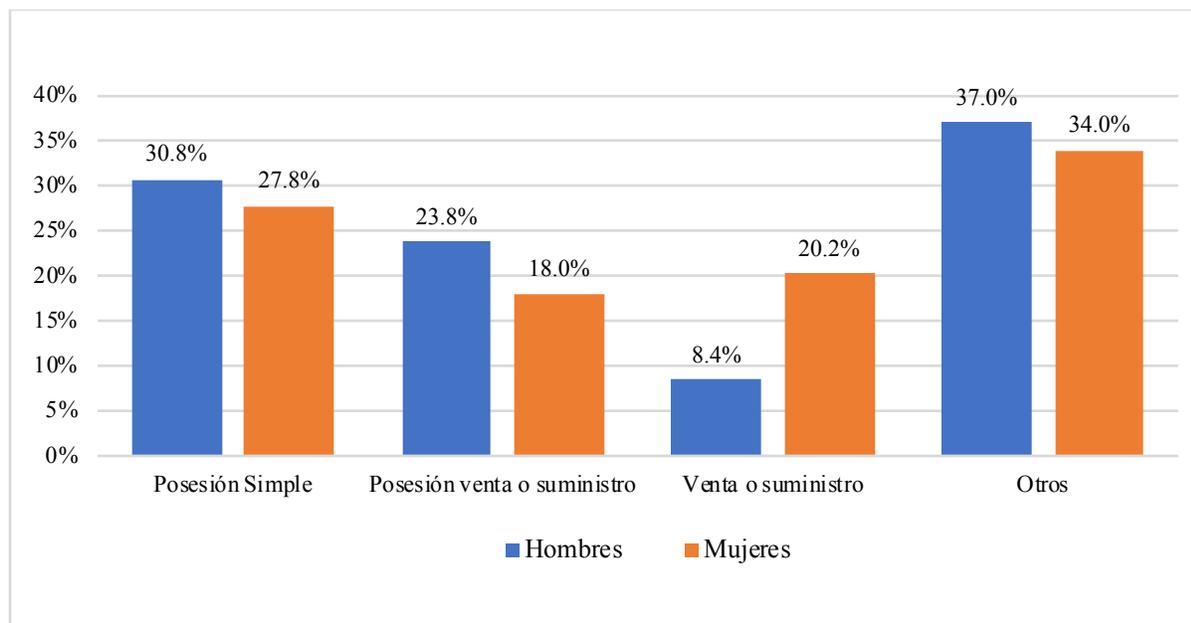
⁸¹ México, Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales*, México, 2016.

⁸² El 16% restante fue clasificado como "otro", lo que podría implicar que las investigaciones iniciadas fueron por posesión debajo del umbral o porque se vinculan a delitos relacionados con drogas que se consideraron competen a jurisdicción federal y que, en consecuencia, son transferidas.

⁸³ México, Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), *Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario Estatales*, México, 2016.

⁸⁴ *Idem*.

Gráfico 2. Delitos de narcomenudeo sancionados en centros estatales, por sexo, 2015 (fuero local)



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Gobierno, Seguridad Pública y Sistema Penitenciario estatal de 2016

Una vez que son ingresados al sistema de justicia penal, las personas que usan drogas enfrentan un sistema penitenciario violatorio de diversos derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud. Las prisiones son lugares de alto riesgo para contraer numerosas enfermedades. Hay una alta prevalencia de VIH debido al uso compartido de agujas para inyección de drogas, tatuajes con equipos caseros y no esterilizados, así como sexo de alto riesgo y violaciones.⁸⁵ Según la ONU, a nivel mundial, en 2012, las tasas de prevalencia entre la población carcelaria del VIH fue de 6,7%, la hepatitis B fue de 4,4% y la hepatitis C de 10%, mucho más alta que las observadas en la población general (por ejemplo, la prevalencia del VIH es de 0,3% para la población general).⁸⁶ La tuberculosis en las prisiones es, en promedio, 23 veces mayor que en la población general.⁸⁷ En 2008, la probabilidad de morir en una prisión mexicana fue cinco veces mayor que en la población general.⁸⁸

Estos riesgos para la salud afectan también al personal de la prisión y a las familias que están en contacto frecuente con la población carcelaria. Tan sólo las prisiones de Ciudad de México tienen en promedio 3 millones de visitantes por año.⁸⁹ Para las familias de las personas privadas de la libertad, el encarcelamiento también tiene elevados costos económicos, sociales y de salud. El encarcelamiento de un miembro de la familia a menudo conduce a la vulnerabilidad económica

⁸⁵ Chaparro, Sergio y Pérez Correa, Catalina, "Sobredosis carcelaria y política de drogas en América Latina", Documentos Dejusticia 41, Dejusticia/CEDD, 2017.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Baussano, Iacopo, et al., "Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review", *PLoS Medicine*, 7(12), 2010.

⁸⁸ Zepeda Lecuona, Guillermo, "Índice de Desempeño del Sistema Penal", *México Evalúa*, 2010.

⁸⁹ Pérez Correa, Catalina, "Las mujeres invisibles: los costos de la prisión y los efectos indirectos en las mujeres", *Banco Interamericano de Desarrollo*, 2014. Disponible en <https://publications.iadb.org/handle/11319/7235>

y a la estigmatización de sus familiares. Esto es particularmente cierto para las mujeres, ya que generalmente son las que cubren las necesidades básicas de los miembros de su familia prisión.⁹⁰

Prevención, tratamiento y reducción de daños para las personas que usan drogas

La evolución del uso de drogas en México no se puede evaluar adecuadamente, ya que las encuestas nacionales sobre el uso de drogas publicadas a lo largo de los años no son comparables entre ellas.⁹¹ Sin embargo, los datos disponibles⁹² sugieren que el uso de sustancias ilícitas ha aumentado, a pesar de las políticas de prohibición, como lo muestra la Tabla 1, aunque es importante señalar que sólo 0.6% de la población reportó un trastorno por consumo de drogas (1.1% hombres, 0.2% mujeres).⁹³

Tabla 1. Porcentaje de población adulta (12-65 años) que utilizó drogas al menos una vez en el último año

| | 2002 | 2008 | 2011 | 2016 |
|------------------------|------|------|------|------|
| Drogas ilegales | 0.8 | 1.4 | 1.5 | 2.7 |
| Marihuana | 0.6 | 1 | 1.2 | 2.1 |
| Cocaína | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.8 |
| Metanfetaminas | • | 0.1 | 0.2 | 0.2 |

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2019.

Ciertas regiones del país muestran aumentos más pronunciados que el promedio nacional. Estas regiones, son también las que más sufren la violencia que ha producido la prohibición y su aplicación.⁹⁴ La violencia y su impacto en el bienestar podrían explicar en parte el mayor uso de

⁹⁰ Una encuesta realizada en 2014 a personas que visitaban las cárceles mexicanas mostró la existencia de desafíos en ese sentido. Del total de visitantes, la mayoría mujeres, más del 50% declaró que la condición de encarcelamiento de su pareja o miembro de familia había provocado que consiguieran un trabajo o un trabajo adicional. En contraste, el 41% dijo que había perdido un trabajo, más del 18% dijo que se había tenido que mudar, y casi el 40% dijo que el encarcelamiento de un familiar había implicado no poder cuidar a sus hijos o nietos. El estudio también mostró los problemas de salud que tienen los familiares de las personas encarceladas, incluida presión arterial alta, la diabetes, el tabaquismo y la depresión. Ver, *Ibidem*.

⁹¹ Labate, Beatriz, C., y Ruiz Flores López, Pamela, "Midiendo el uso de drogas ilegales en México: Reflexiones sobre las Encuestas Nacionales de Adicciones y una encuesta independiente", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Programa de Política de Drogas no. 13*, CIDE- PPD, 2015.

⁹² De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), el consumo en mujeres aumentó desproporcionadamente, con "cualquier droga" aumentando de 0.7% a 1.3%, "drogas ilegales" de 0.4% a 1.1% y marihuana de 0.3 a 0.9%. El consumo en jóvenes (12-17 años) también aumentó de 0.6% a 3.1% para "cualquier droga", de 1.5% a 2.9% para "drogas ilegales" y de 0.6% a 2.1% para la marihuana. El grupo con las tasas de consumo más altas sigue siendo el de hombres entre 18-34 años.

⁹³ "Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas", Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2018.

⁹⁴ En la región norcentral, por ejemplo, las tasas aumentaron del 1,6% al 3,3%. Las regiones Noroccidental y Nororiental también están por encima de los promedios nacionales, pasando del 2,8% al 3,5% y permaneciendo en el 2,4%, respectivamente. La región

drogas, pero no se debe descartar que los esfuerzos para detener drogas que van hacia la frontera con los Estados Unidos tengan como consecuencia práctica que parte de ellas se queden en el país y se dispersen en el territorio mexicano. Este parece ser especialmente el caso en ciudades fronterizas como Tijuana.⁹⁵

Sin embargo, el uso de drogas en México todavía está por debajo de las tasas globales, e incluso las estimaciones de dependencia de drogas para México (el 6% de las personas que usan drogas) son significativamente más bajas que las estimaciones mundiales (11%).⁹⁶

El gasto gubernamental en prevención y tratamiento palidece en comparación con su gasto en castigo e interdicción. Entre 2006 y 2012, el 97.07% (\$790 mil millones de pesos) del gasto total en políticas de drogas se asignó a la aplicación de la ley mientras que sólo 2.91% (\$ 23 mil millones de pesos) se gastó en prevención y tratamiento (incluyendo programas en derechos humanos).⁹⁷ Sin embargo, el esfuerzo de prevención, por pequeño que sea, parece arrojar resultados: 5,1% de los individuos informados por los programas de prevención reportan haber consumido drogas, en comparación con el 12.3% de las personas que no han tenido acceso a servicios y campañas de prevención. Los resultados positivos de la prevención son más notorios entre los jóvenes: 3.3% de las personas entre 12 y 17 años reporta el uso después de ser expuestos a programas de prevención, en contraste con 10,3% que no lo fueron.⁹⁸ A pesar de estos resultados tangibles, el porcentaje de la población sujeta a programas de prevención ha crecido apenas marginalmente entre 2011 y 2016 (de 43.3% a 47.1%).⁹⁹

Las personas que presentan un uso problemático de drogas tienen acceso limitado a tratamiento, especialmente para servicios basados en la ciencia. Según la ENCODAT (la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas y Tabaco que mide el consumo en México), de las personas que reportaron consumo problemático de drogas, apenas uno de cada cinco (20.4%) recibió tratamiento (22.1% de los hombres, 12.8% de las mujeres), y apenas 24.5% lo completaron.¹⁰⁰ En general, existen varias barreras para acceder a los tratamientos, especialmente entre las mujeres.¹⁰¹ Para las personas que querían recibir tratamiento, la falta de recursos económicos, la distancia, la falta

Occidente también ha visto un enorme aumento hasta 4.1%. Otros estados fronterizos en el norte que ya tenían tasas altas, como Baja California (de 4.1% a 4.4%) y Chihuahua (de 3.3% a 3.4) siguen manteniéndose altas.

⁹⁵ Los distribuidores de nivel medio y bajo han metido no solo a la heroína, sino también a la metanfetamina a los mercados locales, particularmente a lo largo de la frontera. Esto ha sido documentado tanto en los periódicos locales (véase: <http://www.frontera.info/EdicionEnLinea/Notas/Noticias/30082016/1121859-Aumenta-BC-el-consumo-de-heroina-y-cristal.html>), así como en los centros de tratamiento (véase: <http://jornadabc.mx/tijuana/13-02-2015/adicciones-en-baja-california-ausentes-en-politicas-publicas>)

⁹⁶ Según el Informe Mundial de Drogas de UNODC 2017, se estima que el 5% o un cuarto de mil millones de personas entre las edades de 15 y 64 años, usaron al menos una droga en el 2015, mientras que el 3,8 por ciento de la población adulta uso marihuana. Las cifras de México están muy por debajo de estas cifras, con un 2.7% de uso de cualquier droga ilegales y un 2.1% para el uso de la marihuana.

⁹⁷ Purón-Cid, Gabriel, "El impacto económico de una política de drogas prohibicionista 2006-2012", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Política de Drogas no. 3*, CIDE-PPD, 2014.

⁹⁸ "Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas", Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2018.

⁹⁹ *Idem*.

¹⁰⁰ No sabemos cuál fue la tasa de recaída. Sorprendentemente, a pesar de que las mujeres acceden mucho menos cualquier tratamiento, de las mujeres que sí recibieron tratamiento, el 90.5% lo completaron, mientras que solo el 19.8% de los hombres lo hicieron.

¹⁰¹ Según la ENCODAT, el 8% de las personas que consumen drogas y el 20,4% de las personas con trastorno por uso de drogas se sometieron a tratamiento. Sin embargo, los números son dos o tres veces más bajos para las mujeres (3,9% de las mujeres que usan drogas y el 12,8% de las mujeres con trastorno por uso de drogas a comparación del 9,3% y el 22,1% para los hombres). El estudio también menciona que las mujeres se dirigen principalmente a terapias individuales y no terapias grupales, lo que puede deberse al estigma y el acoso.

de calidad de los servicios y el estigma asociado con el uso, se identificaron entre las principales barreras de acceso.¹⁰²

El uso problemático de drogas se maneja a través de unidades especiales en centros de salud públicos. La gran mayoría de éstos son programas para pacientes ambulatorios. En México sólo hay 43 centros residenciales públicos, donde las personas pueden ser internadas. Las instalaciones residenciales privadas pueden costar entre 3,500 y 16,000 USD por un tratamiento de 45 días, cantidades que están fuera del alcance de la mayoría de la población de México. Las personas con recursos económicos insuficientes, que viven en áreas de pobreza extrema y con escasez de servicios públicos, ingresan a lo que se conoce como anexos o granjas (51.1% de los hombres y 22.9% de las mujeres que informaron haber accedido al tratamiento). Estos son centros privados de bajo costo, que operan generalmente al margen de la ley, sin supervisión oficial.¹⁰³ Los datos del gobierno estiman que existen aproximadamente 2,300 centros residenciales de rehabilitación, de los cuales sólo 16% están registrados ante autoridades de salud y sólo 12% cumple con la regulación gubernamental.¹⁰⁴ Algunos estados en el país, como Oaxaca, tienen sólo un centro registrado para toda la entidad.¹⁰⁵

No existe un monitoreo regular o sistemático de las prácticas en los anexos o granjas, pero los reportes sistemáticamente señalan las condiciones problemáticas en que operan y el uso de tratamientos que no están basados en principios médicos o científicos. Según la ley mexicana,¹⁰⁶ el registro en centros de tratamiento debe ser "estrictamente voluntario". Sin embargo, estudios e informes de derechos humanos,¹⁰⁷ basados en entrevistas a pacientes, revelan retención involuntaria, a menudo en condiciones violentas. Los entrevistados describen abusos físicos, incluidos castigos por infracciones menores, que incluyen arrodillarse sobre tapas de botellas de metal durante horas, sentarse en un cactus o un ladrillo irregular, ser recluido en habitaciones aisladas, ser golpeado con palos o permanecer muchas horas sin comida.¹⁰⁸ Muchos centros utilizan la humillación tanto emocional como física. Los entrevistados también informan sobre condiciones higiénicas deplorables, sobrepoblación y falta de servicios médicos. Hay informes de

¹⁰² Según la ENCODAT, entre quienes realmente deseaban ir al tratamiento, las principales razones para no buscar ayuda incluyen las siguientes: no sabe a dónde acudir (11.7%), no deseaba ser internado en contra de su voluntad (10.6%), creyó que el tratamiento no les ayudaría (9.8%), no cuenta con suficientes recursos económicos (9.6%), pensó que le tomaría demasiado tiempo (8.8%), los centros de tratamiento le quedan lejos de su lugar de residencia (8.5%), no acudió por vergüenza (8.2%), no estaba satisfecho con los servicios disponibles (7.5%), le preocupa lo que la gente piensa de usted (7.0%) su seguro médico no cubre el tratamiento (6.0%).

¹⁰³ Véase: ENCODAT para las figuras y Anderson, B, et al. "Regulación repensada: la necesidad de nuevas políticas y normas en el tratamiento de las adicciones" en Atuesta, L. y Madrazo Lajous, A. (Eds.), *Las violencias: en busca de la política pública detrás de la guerra contra las drogas*, CIDE, México, 2018 (de próxima publicación), para una descripción más detallada sobre los anexos y su localización.

¹⁰⁴ A nivel nacional, de 2006 a 2012, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Adicciones (CENADIC) a través del Censo Nacional de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones informó de la existencia de 560 establecimientos para pacientes ambulatorios y 1736 establecimientos residenciales (incluyendo anexos y granjas, así como instituciones privadas), que tratan el tema del uso de drogas. Según datos recientes de CONADIC, hasta abril de 2018, el gobierno solo registró 340 "Establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial". Estos 340 incluyen los 43 centros públicos.

¹⁰⁵ Otros estudios tienen cifras mucho más altas del número de centros, y los funcionarios de salud pública estiman que hay entre 1,000 y 4000 anexos solamente en la Ciudad de México. Debido a que la mayoría de los centros no están registrados, la información disponible sobre los anexos proviene principalmente de fuentes no oficiales, como periódicos y radio (Valadez 2008, Mendoza 2010).

¹⁰⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, "Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones", Secretaría de Salud, 1999.

¹⁰⁷ Véase: "Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de droga en América Latina y el Caribe", Open Society Foundations, 2016. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-es-21060403.pdf>, y Anderson, B, et al. "Regulación repensada: la necesidad de nuevas políticas y normas en el tratamiento de las adicciones" en Atuesta, L. y Madrazo Lajous, A. (Eds.), *Las violencias: en busca de la política pública detrás de la guerra contra las drogas*, CIDE, México, 2018 (en imprenta).

¹⁰⁸ Ibidem.

que algunos pacientes se suicidan por desesperación. Los entrevistados mencionan la falta de confianza en el sistema de tratamiento y entre las razones para no volver a buscar tratamiento señalar el temor a ser puestos en peligro. Además, las personas que trabajan en estos centros no están entrenadas adecuadamente para diagnosticar o tratar los síntomas.¹⁰⁹ Los pacientes a menudo recaen por falta de tratamiento adecuado.¹¹⁰

Los tribunales de drogas se crearon en México como una alternativa al encarcelamiento, alegando un cambio hacia una perspectiva de salud en la política de drogas. En 2009, se creó el primer tribunal de drogas en el estado de Nuevo León.¹¹¹ Para 2013, el gobierno decidió expandir el programa en todo el país. Desde entonces, cinco estados más -Morelos, el Estado de México, Chihuahua, Durango y Chiapas- han establecido tribunales de drogas, mientras que Ciudad de México y Baja California también están considerando su implementación.¹¹²

Los tribunales de drogas no son tribunales especializados, sino más bien procedimientos especiales dentro de los tribunales penales ordinarios. Si una persona es elegible para el programa, el proceso penal se suspende siempre y cuando la persona cumpla con las condiciones impuestas por un juez. Si no se completa el programa, entonces el procedimiento penal continúa. Esto significa que el tratamiento opera dentro del sistema de justicia penal, no en el sistema de salud. Según lo declarado por un informe reciente del Social Science Research Council, "Los acusados permanecen en procesos penales a todo lo largo del programa de tribunales de drogas; corren el riesgo de ser encarcelados como sanción mientras están en el programa y por no completarlo, y, en algunos casos, pasan más tiempo tras las rejas de lo que habrían permanecido si hubieran elegido atenerse a los procedimientos de justicia penal en lugar de someterse al tribunal de drogas."¹¹³ Los datos iniciales sobre el funcionamiento de los tribunales de drogas muestran que en la mayoría de los casos, el programa se utiliza para hombres jóvenes acusados de posesión simple del cannabis.¹¹⁴ La excepción es el estado de Nuevo León, donde el programa se usa principalmente para tratar el abuso del alcohol y la violencia familiar.

Desde 2016, el gobierno mexicano tomó medidas para reemplazar el modelo original de tratamiento de drogas con el "Modelo de Programa de Justicia Terapéutica para Personas con Consumo de Sustancias Psicoactivas". Este nuevo modelo, aún basado en el modelo de tribunal de drogas, busca estandarizar los criterios por los cuales operan.¹¹⁵ Sin embargo, como antes, mantiene todas las infracciones de drogas dentro del ámbito del sistema de justicia penal.

¹⁰⁹ Las sustancias por las que las personas son tratadas en estos centros difieren de un estudio a otro, siendo el alcohol (39.3%) el más común, seguido de metanfetaminas (22.9%), marihuana (14.3%), cocaína (9.4%), inhalantes (5.5%) y heroína (3.4%). En las instituciones centradas en la juventud del gobierno, Centros de Integración Juvenil (CIJ), las dos drogas más reportadas fueron marihuana (41.1%) y metanfetaminas con 16.1%. Es importante señalar que la metanfetamina no aparece como ampliamente usada (con menos del 0.2%) en la encuesta nacional. Sin embargo, es una droga que frecuentemente es visible en los centros de tratamiento. Véase: *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2018.

¹¹⁰ Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí (CEDHSLP), *Informe Especial: Sobre Centros de Tratamiento de Adicciones en Modalidad Residencial*, Comisión Estatal de Derechos Humanos San Luis Potosí, 2011.

¹¹¹ Ramírez, Tania, "Cortes de drogas en México: persiguiendo a los consumidores", *Revista Nexos*, 25 de junio de 2015.

¹¹² Noia, Cleia, et al, "Tribunales de drogas en las Américas, Informe del programa sobre drogas, seguridad y democracia (Drug Courts in the Americas, A report by the Drugs, Security and Democracy Program", *SSRC*, 2018, pp. 50. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/ssrc-cdn1/crmuploads/new_publication_3/%7BF5A946BA-5726-E811-80CA-005056AB0BD9%7D.pdf

¹¹³ *Ídem*, pp. 2. Traducción de los autores.

¹¹⁴ Ramírez, Tania, "Cortes de drogas en México: persiguiendo a los consumidores", *Revista Nexos*, 25 de junio de 2015.

¹¹⁵ Noia, Cleia, et al, "Drug Courts in the Americas, A report by the Drugs, Security and Democracy Program", *SSRC*, 2018, pp. 51.

Otras poblaciones vulnerables

La política de drogas sustentada en la prohibición no afecta a todos por igual. Ciertos grupos, como las mujeres, los hombres jóvenes de las zonas suburbanas pobres y los campesinos, han sido desproporcionalmente afectados por la prohibición. La criminalización de estos grupos sociales a menudo tiene efectos devastadores en sus familias y comunidades, pero hace poca diferencia en el mercado ilegal. La prisión representa una carga para las familias que a menudo empeora la situación que los empujó a ingresar al mercado ilegal. Según la Oficina de Washington en América Latina (WOLA) en su informe *Mujeres, política de drogas y encarcelamiento*, las mujeres acusadas de delitos de drogas "[...] rara vez son una verdadera amenaza para la sociedad; la mayoría son detenidas por realizar tareas de bajo nivel, pero de alto riesgo (distribución de drogas a pequeña escala), como una manera de enfrentar la pobreza o, a veces, por la coacción de una pareja o familiar. Su encarcelamiento poco o nada contribuye a dismantelar los mercados ilegales de drogas y a mejorar la seguridad pública. Por el contrario, la prisión suele empeorar la situación, dado que reduce la posibilidad de que encuentren un empleo decente y legal cuando recuperan la libertad, lo que perpetúa un círculo vicioso de pobreza, vinculación a mercados de drogas y encarcelamiento."¹¹⁶

Las comunidades agrícolas dedicadas al cultivo de la amapola y la marihuana generalmente se encuentran en regiones rurales muy pobres del país. A menudo plantan cultivos ilícitos como uno de los pocos medios para obtener un ingreso. La erradicación de estos cultivos se realiza con el uso de pesticidas peligrosos que contaminan las fuentes de agua, los animales y, a veces incluso los cultivos legales, causando daño a las fuentes de alimentos de esas comunidades.¹¹⁷

Parte 3. Principios rectores para la política de drogas en México

En esta sección esbozamos cinco principios rectores a los que, en nuestra opinión, debería ceñirse la política de drogas en México. Además, abordamos el tema de las limitaciones a la regulación nacional derivadas de los tratados internacionales que regulan la prohibición.

Los principios pueden orientar mejor las intervenciones de política pública cuando se formulan con objetivos claros en mente. Por lo tanto, es crucial identificar los problemas públicos que busca atender la política pública en materia de drogas, así como los objetivos que procurará. Hay dos tipos de problemas que una política de drogas integral, basada en el mejor conocimiento y la evidencia, necesita abordar en México: los que son resultado de la actual política de drogas y los que derivan de su uso problemático.

En México, la reforma de la política de drogas debe apuntar, antes que nada y con urgencia, a resolver los problemas que la propia política de drogas ha causado: violencia, violaciones sistemáticas de los derechos humanos, desplazamientos forzados y criminalización de las personas que usan drogas. En segundo lugar, debe también prevenir y atender los daños a la salud resultado del uso problemático de las drogas. Con estos objetivos en mente, los principios

¹¹⁶ WOLA, et al, "Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento, una guía para las reformas de políticas en América Latina y el Caribe", 2016. Disponible en <https://www.oas.org/es/cim/docs/womendrugsincarceration-es.pdf>, pp. 3.

¹¹⁷ Pérez Correa, Catalina y Ruiz, Andrés, "Un ras de tierra: marihuana y pesticidas", *Revista Nexos*, 1 de julio de 2018.

rectores que fundamentan las recomendaciones que se ofrecerán más adelante son los siguientes:

(i) Derecho a la salud.¹¹⁸ La prohibición, tal como se aplica hoy en día, debe considerarse inconstitucional, simplemente porque viola el derecho a la salud. La historia legislativa¹¹⁹ y los precedentes de la SCJN establecen que la regulación de sustancias es una de las formas en que el Estado debe proteger el derecho a la salud, tal como lo establece el artículo 4 constitucional.¹²⁰ En casos emblemáticos, como los relativos al control del tabaco, la Suprema Corte ha avalado la constitucionalidad de la regulación de sustancias por estimar que se trata de una de las formas a través de las cuales el Estado tutela el derecho a la salud, consagrado en el artículo 4º constitucional. Lo que es más, la Corte consideró que la regulación que mejor protege la salud debe prevalecer sobre la que menos le protege.¹²¹ Asimismo, la Corte ha precisado que la regulación adecuada de una sustancia -es decir, una regulación que en efecto proteja la salud- es exigible judicialmente.¹²² Esto significa que los ciudadanos pueden impugnar una ley que pretende proteger la salud, pero que en realidad la daña o la pone en riesgo.¹²³

La consagración de un derecho humano, como el derecho a la salud, conlleva una obligación a cargo del Estado de *abstenerse* de infringirlo (obligación negativa). Además, conforme al artículo 1º constitucional, también implica obligaciones consistentes en *procurar* un contexto conducente al disfrute de ese derecho humano (obligaciones positivas). Entre las obligaciones positivas a cargo del Estado derivadas de todo derecho humano, se encuentra la obligación de activamente proteger a las personas de las acciones de terceros (esto es, actores privados) que vulneren el derecho en cuestión. También, en ciertas circunstancias, existe una obligación del Estado de proveer bienes y servicios necesarios para que los individuos gocen de su derecho (como la educación o la prestación de servicios primarios de salud como la vacunación).¹²⁴ En otras palabras, cada derecho fundamental puede engendrar diferentes tipos de obligaciones a cargo del Estado y no sólo su obligación de abstenerse de vulnerar directamente ese derecho.

En consecuencia, el gobierno tiene la obligación de *respetar* el derecho a la salud, absteniéndose de realizar acciones que directamente amenacen o afecten, innecesariamente, la salud de la población; debe también *protegerlo*, evitando que terceros afecten la salud de las personas; debe *garantizarlo* proporcionando servicios clave --como tratamiento y prevención del abuso; y debe,

¹¹⁸ En el extremo, la negación del derecho a la salud transita en la negación del derecho a la vida. Nos enfocamos aquí en la salud como la categoría más amplia. Mientras que la violación del derecho a la vida es una violación de un derecho en sí mismo, también puede concebirse como el extremo en una gama de afectaciones al derecho a la salud. Además, mientras que el derecho a la vida solo puede negarse a nivel individual, las proporciones epidémicas de homicidios tienen un impacto secundario en la salud pública, como lo ilustra la disminución de la esperanza de vida en México bajo la Guerra contra las Drogas. Por lo tanto, elegimos para nosotros el derecho a la salud como la categoría más amplia que nos permite ver el impacto en la salud pública del aumento epidémico de los homicidios. Debe entenderse, sin embargo, que la afectación extrema de la salud que es la pérdida de la vida también puede enmarcarse y entenderse, a nivel individual, como la negación del derecho a la vida.

¹¹⁹ Cfr. *supra* parte 1, en referencia a la enmienda constitucional 1983 la introducción de la salud como un derecho constitucional.

¹²⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4.

¹²¹ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de Inconstitucionalidad 119/2008.

¹²² México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 315/2010.

¹²³ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de Inconstitucionalidad 119/2008; Amparo en Revisión 315/2010.

¹²⁴ Según el artículo 1 de la Constitución mexicana "Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de *promover, respetar, proteger y garantizar* los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad." Para un análisis de este artículo respecto al derecho a la salud, véase: Madrazo, Alejandro y Alonso, Fernanda, "El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano", *Documento de Trabajo DTEJ 62*, División de Estudios Jurídicos, CIDE, 2013.

finalmente, *promover* la salud-- proporcionando un contexto en el que las personas puedan proteger su propia salud de manera efectiva.

En nuestra opinión, la prohibición incumple los cuatro tipos de obligación y, por lo tanto, debe considerarse inconstitucional con base en el derecho a la salud. Bastaría que incumpliera con sólo una de estas obligaciones, para considerarla inconstitucional.

En los siguientes párrafos detallamos cómo la prohibición en México vulnera el derecho a la salud, incumpliendo los cuatro tipos de obligación a cargo del Estado referentes a la salud de la población. Los párrafos que siguen son ilustrativos y no agotan los impactos negativos reales (o potenciales) sobre (el derecho a) la salud que la prohibición ha causado.

En primer lugar, México incumple con la obligación de promover el derecho a la salud al generar mediante la aplicación de la prohibición- condiciones en que la salud (y la vida) son mucho más vulnerables. La aplicación de la prohibición ha propagado la epidemia de homicidios que azota al país. Uno de los resultados de esta epidemia, como se mencionó anteriormente, es una caída en la expectativa de vida promedio en México. Esto significa que hay buenas razones para creer que la prohibición afecta negativamente las condiciones generales de salud de los mexicanos, al punto de incidir de manera negativa en el indicador más amplio de salud de una población: la esperanza de vida promedio. Además, el gobierno de México incumple la obligación de promover la salud, cuando su discurso prohibicionista desplaza los esfuerzos de reducción de daños, en vez de proveer información vital para el uso seguro de esas sustancias.

En segundo lugar, a través de la aplicación de la prohibición, México incumple la obligación de *respetar* el derecho a la salud. Los usuarios de drogas están expuestos a un sistema legal poco claro y de aplicación incierta que los convierte en objetivos del sistema de justicia penal en lugar de ofrecerles información y servicios de salud. Además, incumple este tipo de obligación al tolerar –o, según algunos reportes, alentar¹²⁵- el uso innecesario de la fuerza letal o la tortura por parte de las autoridades. Es decir, a través del uso de la tortura y la fuerza letal, el gobierno mexicano incumple su obligación de *respetar* el derecho a la salud de las personas que presuntamente cometieron actos delictivos.

En tercer lugar, en virtud de la prohibición, México incumple la obligación de *proteger* la salud de los usuarios contra los daños que pueden causar terceros que suministran sustancias inseguras en los mercados negros. Se incurre en la misma falta al pasar por alto los daños que se causan a las personas en los centros de tratamiento que operan informalmente en todo el país.

Finalmente, bajo la prohibición y con un servicio público de tratamiento de adicciones enfocado exclusivamente en la abstención, México incumple la obligación de proveer los servicios de salud necesarios -específicamente, opciones de tratamiento- para las personas que se beneficiarían del tratamiento asistido y / o de sustitución conforme a protocolos médicos bien establecidos.

Por las razones anteriores, sostenemos que el Estado tiene la obligación de proporcionar servicios de salud, tales como tratamiento seguro y voluntario para los casos de uso

¹²⁵ Véase: <http://cadenademando.org> y Langner, Ana, "La orden a los militares fue abatir a los delincuentes", *El Economista*, 2 de julio de 2015. Disponible en <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-orden-a-los-militares-fue-abatir-a-los-delincuentes-20150702-0085.html>

problemático, así como un marco regulatorio que permita a las personas que usan drogas tengan un acceso a las mismas informado y seguro.

El derecho a la salud también conlleva la obligación a cargo del Estado de evitar políticas que generen daños graves contra la salud de la población general y de la población que usa drogas. En las secciones que anteceden a ésta, hemos presentado una cantidad considerable de evidencia que apunta precisamente a este problema. La aplicación de la prohibición ha sido uno de los principales factores que han provocado la epidemia de homicidios, lo que además de afectar a las personas que cometen delitos contra la salud o a los usuarios de drogas, genera graves problemas de salud para la población en general. La prohibición afecta la salud de las personas que usan drogas o que cometen delitos contra la salud y son encarceladas por hacerlo. Afecta también la salud de sus familias. En suma, muchas personas ven su salud perjudicada por la prohibición y no existen pruebas de que esta estrategia beneficie la salud de los usuarios, ni la de nadie más.

Los daños y los riesgos relacionados con las drogas son de dos tipos: el primario, vinculado con el uso, y el secundario, que se desprende de la naturaleza ilícita del mercado de drogas. En México, los riesgos y daños secundarios claramente superan a los primarios. Los daños a la salud que resultan de la violencia que conlleva la prohibición superan con creces los causados por el uso de drogas ilícitas, especialmente cuando se adoptan medidas más estrictas para hacer cumplir la prohibición. En otras palabras, fundamentar la política de drogas en el derecho a la salud implica la adopción de una concepción amplia y clara de la reducción del daño, que incluye no solo minimizar el impacto negativo directo en la salud del uso de drogas, sino -más urgentemente- minimizar el impacto negativo que causa en la sociedad la política de drogas vigente. Los datos resumidos en este texto sugieren que quizá debamos identificar un tercer tipo de daño y riesgo para la salud relacionado con las drogas, al menos en México -más grave que los dos anteriores-: los riesgos y daños que resultan directamente de hacer cumplir la prohibición.

(ii) El derecho al libre desarrollo de la personalidad. En principio, el uso de drogas está tutelado por la Constitución mexicana.¹²⁶ Lo que implica también tutelar la existencia de los medios para producir las drogas y tener acceso a ellas. La SCJN¹²⁷ ha sostenido que el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad de un individuo protege su decisión de usar marihuana. En consecuencia, la Corte ha determinado que una prohibición absoluta, vigente hoy en día, de acciones como la posesión, el cultivo y el acceso a esta sustancia es inconstitucional. La protección de la decisión individual de usar drogas debe, por lo tanto, ser un principio básico que guíe la política de drogas. De cumplir lo decidido por la Corte, sustituyendo la prohibición por la regulación, la política de drogas debe incluir, en el diseño de su nueva estrategia, condiciones adecuadas para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre el uso de drogas, así como mecanismos para tener acceso seguro a ellas.

¹²⁶ Las opiniones de la Corte se refieren exclusivamente al cannabis, pero podría decirse que los argumentos sustantivos que constituyen su *relación* son igualmente válidos para otras sustancias. Si bien la Constitución puede admitir diseños más restrictivos de políticas específicas para otras drogas, la conclusión central -que una prohibición absoluta del uso sobrepasa los márgenes de los poderes reguladores legislativos- en principio se aplica a todas las drogas.

¹²⁷ México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en revisión 237/2014, Amparo en revisión 1115/2017, Amparo en revisión 623/2014 y Amparo en revisión 1163/2017.

(iii) Políticas adaptadas por y para las comunidades locales. La prohibición es el enfoque equivocado de la política de drogas, porque pretende una solución universal para un fenómeno que es complejo y altamente dependiente del contexto. La regulación de las drogas debe dejar espacio para que las intervenciones se adapten a las necesidades específicas de cada comunidad, pero también, y lo que es más importante, para que la comunidad participe en la definición de esas necesidades e intervenciones.¹²⁸ Gran parte de la violencia documentada en todo México se relaciona con el debilitamiento de las capacidades institucionales de los gobiernos locales.¹²⁹ Restaurar la confianza de la comunidad y reparar en la medida de lo posible el daño causado a las poblaciones afectadas por la violencia derivada de la prohibición, deben ser el centro de las intervenciones a nivel local.

(iv) Acceso efectivo a la información, medicinas y tratamiento. Proporcionar información basada en la evidencia sobre los riesgos y peligros del uso de drogas es una de las obligaciones del Estado que deriva del derecho a la salud. En cuanto al tratamiento, el Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de prevención y rehabilitación. Estos servicios deben ser de uso voluntario, gratuitos, laicos y de acceso universal, y deben estar basados en los principios para la consecución de la salud y el respeto a los derechos humanos. Cualquier esquema que se utilice para cumplir con esta obligación debe diseñarse con el propósito de reducir riesgos y daños.

(v) Diversificación y revisión de las leyes y políticas públicas con base en el mejor conocimiento y evidencia. La prohibición ha inhibido la exploración de políticas menos dañinas y más efectivas. La sustitución de la prohibición, criminalización, penalización y uso de la fuerza por la regulación, debe comprender una supervisión independiente y estricta, así como la evaluación periódica de los resultados de las nuevas intervenciones. El monitoreo y la evaluación sistemáticos de los resultados deben ser un componente esencial de una política de drogas basada en la regulación.

(vi) Regulación y derecho internacional. Mucho se ha escrito sobre el peso de las restricciones a la regulación nacional derivadas de los tratados internacionales que rigen la prohibición. El debate es amplio y complejo, pero las posiciones básicas sobre el asunto se exponen clara y sucintamente en el Reporte 2018 de la Comisión Global.

Con total convicción afirmamos que, no obstante la condición del país como signatario de las convenciones prohibicionistas de la ONU, la regulación de las drogas es una obligación constitucional en México.

La política de drogas de México debe basarse, ante todo, en los derechos humanos. Como se explicó anteriormente, México tiene una posición peculiar en este sentido, ya que su Corte Suprema ha sostenido en repetidas ocasiones que el uso de drogas entra dentro de la protección constitucional del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Además, la generosa doctrina del derecho a la salud vigente en México proporciona un fundamento sólido para una regulación orientada hacia políticas de reducción del daño. Por ello, es preciso calibrar el peso del régimen internacional de la regulación de las drogas, a la luz del régimen internacional de derechos

¹²⁸ Esto, por supuesto, debe estar siempre dentro de un marco de derechos humanos y de protección a la libertad personal.

¹²⁹ Véase: Meza, Oliver, "La retracción del Estado: cómo la violencia afecta la capacidad de los municipios en México", *Cuadernos de Trabajo del Monitor de Política de Drogas* no. 17, CIDE-PPD, 2016; Escalante, Fernando, "Homicidios 2008-2009. La muerte tiene permiso", *Revista Nexos*, 1 de enero de 2011; y Pérez Correa, Catalina y De la Rosa, Carlos, "(In)Security and Self-Government: Lessons from the Mexican Experience", *Vienna Journal on International Constitutional Law* (de próxima publicación, 2018).

humanos, pues este último está inextricablemente vinculado al amplio y sólido régimen de derechos humanos consagrado en México. Diversos expertos en la materia han sostenido en forma clara y convincente que conforme a "una interpretación sistemática e integral del derecho internacional, el sistema de derechos humanos tiene primacía legal sobre el régimen internacional de control de drogas."¹³⁰

Esos autores parten del reconocimiento de que el derecho internacional de los derechos humanos y la regulación de la política internacional de drogas han evolucionado de manera independiente y, desafortunadamente, están en tensión.¹³¹ Concluyen que el régimen internacional de política de drogas viola directa e indirectamente el régimen de los derechos humanos. Directamente, por ejemplo, porque la prohibición implica medidas como negar el acceso a medicamentos esenciales, establecer castigos desproporcionados o ignorar los usos tradicionales de ciertas drogas, como la coca, en ciertas culturas. Indirectamente, porque la evidencia empírica muestra que la aplicación de la prohibición exacerba fenómenos como la violencia, las violaciones de los derechos humanos, los desplazamientos forzados, las desapariciones y la tortura. Sin lugar a dudas, como planteamos en este documento, tal es el caso de México.

Cuando los dos sistemas de derecho internacional se contradicen, el derecho internacional de los derechos humanos debe prevalecer. Las normas de derechos humanos de las Naciones Unidas deben prevalecer sobre las convenciones de drogas, ya que las primeras derivan directamente de la propia Carta de las Naciones Unidas, mientras que las obligaciones internacionales con respecto a la prohibición de drogas "no son una expresión de las obligaciones del Estado en virtud de la Carta".¹³² Además, la promoción y protección de los derechos humanos es uno de los propósitos fundamentales de las propias Naciones Unidas; lo que no es el caso de la prohibición de drogas. Más aún, muchas de las normas de derechos humanos se consideran *ius cogens* (la más alta jerarquía en el derecho internacional); de hecho, la mayoría de las normas *ius cogens* son normas de derechos humanos. Finalmente, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha declarado que el régimen internacional de derechos humanos debe respetar la Carta de las Naciones Unidas en general y los derechos humanos en particular (Declaraciones 62/176 y 63/197).

Como se muestra a lo largo de este trabajo, la prohibición en México ha conducido a la más grave crisis de derechos humanos en décadas, mientras que la regulación de las drogas aquí propuesta se basa en los derechos humanos reconocidos a nivel nacional e internacional. La elección, creemos, es clara. La regulación es una obligación constitucional.

Parte 4. De la prohibición a la regulación

Esta sección presenta propuestas de regulación y políticas concretas para los mercados más importantes de drogas hoy ilícitas. Abrevamos de las experiencias internacionales, pero los modelos regulatorios que aquí proponemos toman en cuenta las circunstancias específicas de

¹³⁰ Uprimny, Rodrigo y Guzmán, Diana Esther, "Drug Policies and Human Rights", Fundación Beckley, (de próxima publicación).

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² *Ibidem*.

México. Innegablemente, estas propuestas no están completamente desarrolladas; nos limitamos simplemente a bosquejarlas.

Comenzamos presentando dos medidas que deben adoptarse de inmediato, independientemente de qué tan lejos y qué tan rápido el gobierno mexicano esté dispuesto, y sea capaz, de avanzar hacia la regulación de todas las sustancias. Una tercera sección contiene propuestas concretas para regular el acceso a ciertas drogas, por separado.

(i) Liberación de personas privadas de la libertad por delitos de drogas no violentos

La prohibición draconiana ha llevado con frecuencia de la tolerancia a la criminalización de las personas que usan drogas, y ha tenido un impacto discriminatorio sobre los participantes más pobres en el mercado ilegal. Este es, por ejemplo, el caso de la mayoría de las mujeres y los campesinos detenidos por delitos contra la salud. En consecuencia, es preciso poner en marcha de inmediato un programa expedito para revisar expedientes y permitir que las personas sentenciadas por delitos contra la salud, puedan obtener su libertad cuando no haya mediado violencia. Existen varias modalidades legales para la implementación de semejante programa, desde la liberación temprana hasta la amnistía. Cualquiera que sea la elección del vehículo legal, lo más importante es aliviar rápidamente una de las cargas más dañinas que la prohibición ha impuesto a los usuarios de drogas y a las poblaciones vulnerables: el encarcelamiento.

Deben revisarse los casos de las personas que han sido condenadas por uso o posesión simple de cualquier sustancia ilícita con el objetivo de garantizar su liberación y/o la revocación de sus sentencias. Además, el gobierno debe tomar medidas que permitan su reintegración social y laboral exitosa. Se recomiendan las siguientes:

- Eliminar los antecedentes penales por esos delitos y restaurar todos los derechos;
- Implementar programas para ayudar a los excarcelados por delitos contra la salud a que puedan reintegrarse a la sociedad. La educación y la capacitación, congruentes con sus capacidades individuales y con las necesidades del mercado laboral, deberían ser parte esencial de esos programas.
- Proporcionar incentivos y otros apoyos para que las poblaciones más afectadas por la prohibición puedan participar en las actividades económicas lícitas que surjan con la regulación de las drogas. Por ejemplo, los campesinos de regiones donde el gobierno ha realizado erradicación química de los cultivos y se ha causado el mayor daño, deberían tener prioridad para recibir apoyos y convertirse en productores legales, si ellos así lo desean.
- Llevar a cabo medidas no-discriminatorias para desestigmatizar a los usuarios de drogas, quienes durante mucho tiempo han sido señalados acusatoriamente en las propias campañas gubernamentales bajo el régimen prohibicionista.
- Proporcionar asesoramiento, atención médica y tratamiento voluntario a quienes lo requieran.

Además, el Congreso debería revisar la proporcionalidad de todas las sanciones existentes por "delitos contra la salud", especialmente las penas de prisión. En particular, deben revisarse las sanciones por el delito de transporte de narcóticos que, en la práctica, penaliza desproporcionadamente a las mujeres.¹³³ Obviamente, los tratamientos forzados deben descartarse por completo.

(ii) Despenalización del uso de todas las drogas

Se recomienda despenalizar del uso y la posesión para el uso personal de todas las sustancias hasta ahora consideradas ilícitas.¹³⁴ Esto implica revisar y ajustar las cantidades definidas para uso personal, pues las vigentes son sumamente bajas. Los umbrales deben basarse en las prácticas de las personas que usan drogas y usarse como un piso por debajo del cual la posesión no puede ser perseguida. Por encima de los umbrales, la intención de venta o distribución debe ser probada para poder ser perseguida como delito.¹³⁵ Es decir, los fiscales y jueces deben demostrar la intención de comerciar ilegalmente en casos de la posesión y no simplemente castigar a las personas acusadas por poseer sustancias por encima de cierta cantidad.

(iii) Acceso legal y regulado a las drogas

Teniendo en cuenta los daños que resultan de la política de drogas vigente, recomendamos inequívocamente avanzar hacia el establecimiento de sistemas legales y bien regulados que permitan a las personas que usan drogas acceder a ellas de manera legal, segura e informada. Proponemos comenzar con el cannabis pero debemos avanzar rápidamente hacia la regulación adecuada de otras drogas actualmente sancionadas.

La prudencia sugiere cambios graduales y escalonados en la política de drogas. Sin embargo, creemos que regular sólo una droga y dejar a las personas que usan otras en manos de los delincuentes y el sistema de justicia penal, significa aceptar daños sociales injustificables.

Además, como se argumentó anteriormente, despenalizar exclusivamente el uso y la posesión simple de drogas nos dejaría en una situación cercana a la crisis actual: alguien, seguramente el crimen organizado, seguiría abasteciendo las drogas en mercados negros, y el Estado continuaría obligado a combatirlo, incluso con el uso de la violencia. Para evitarlo, proponemos una política que busque regular el suministro de todas las drogas.

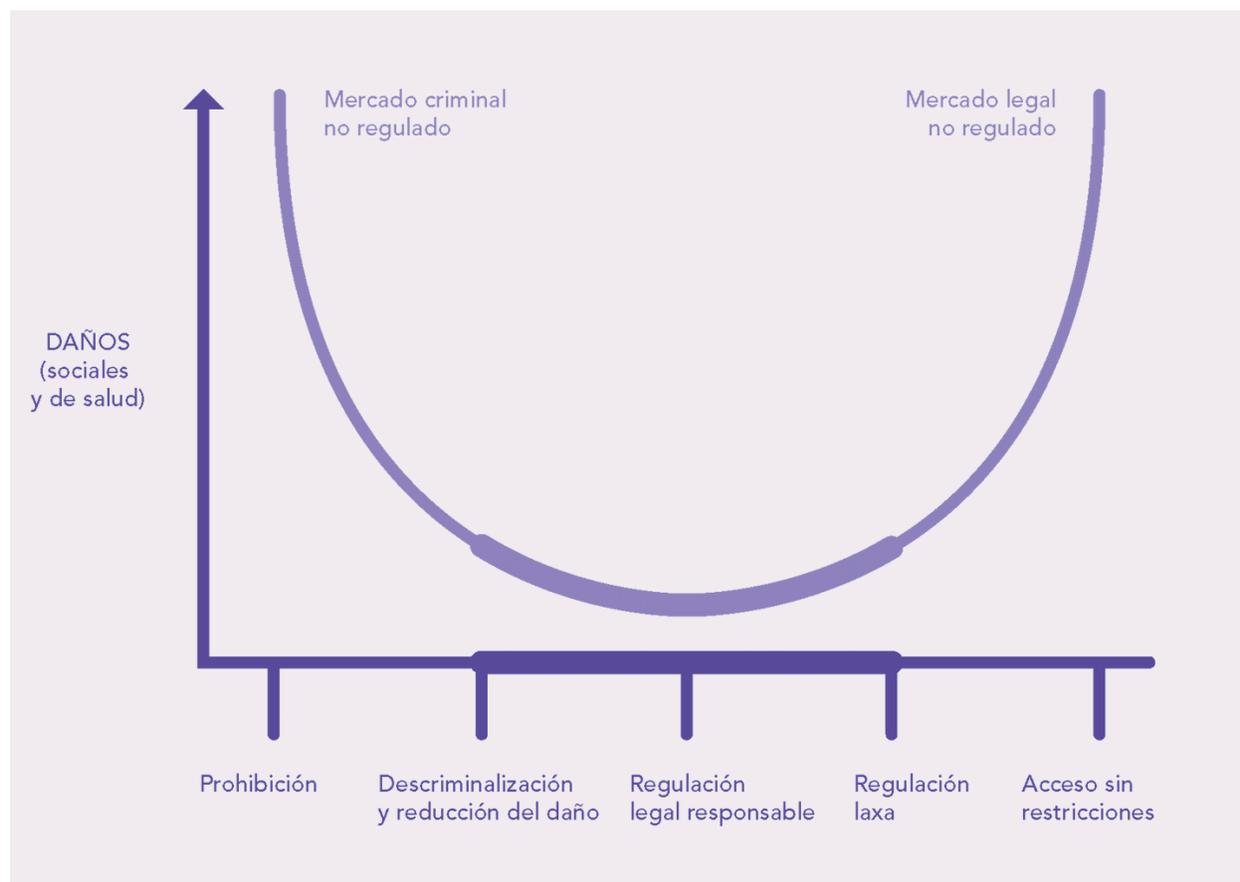
Es importante destacar que las políticas específicas para cada sustancia aquí propuestas deben entenderse bajo la misma lógica identificada como "la esencia de la justificación por la

¹³³ Muchas mujeres que son perseguidas por delitos contra la salud, lo son por el delito de transporte de drogas. Generalmente se trata de primodelincuentes y en sus delitos no medió violencia. Tenerlas en prisión implica altos costos sociales. El Código Penal Federal actualmente establece que las penas por el transporte de drogas oscilan entre 10 y 25 años de prisión. Este Código Penal también establece que las medidas alternativas sólo pueden aplicar para delitos que no superen una pena de cuatro años de prisión. Esto significa que las mujeres acusadas por estos delitos son excluidas del grupo de personas que pueden recibir medidas alternativas.

¹³⁴ Actualmente, la posesión de drogas dentro de las cantidades toleradas se despenaliza, pero sigue siendo un delito.

¹³⁵ Actualmente, los umbrales funcionan como un techo, por encima del cual la persecución siempre se produce.

regulación" en el Reporte 2018 de la Comisión Global. Allí, la Comisión suscribe la idea de que la prohibición total y el mercado totalmente libre, son funcionalmente equivalentes: ambos serían mercados sin regulación alguna, donde se maximizan los riesgos y daños potenciales derivados del comercio no-regulado de sustancias psicoactivas.



Fuente: Reporte 2018 de la Comisión Global de Política de Drogas, *Regulación: El control responsable de las drogas*, p. 12.

Si los modelos regulatorios en los extremos de la curva son funcionalmente equivalentes, y los riesgos y daños mínimos se encuentran en el punto más bajo de la curva, entonces lo que corresponde determinar es qué tipo de regulación nos llevaría a ese punto más bajo para cada sustancia. Inevitablemente, la respuesta será una función del contexto y de la sustancia específica. Es incluso posible que comunidades distintas alcanzaran el punto más bajo de la curva con modelos regulatorios distintos para la misma sustancia. No hay una solución universal que sirva para todos los casos. Además, no podemos estar seguros de cómo se desarrollará una regulación determinada, en un contexto específico, hasta que esté realmente establecida y pueda ser evaluada adecuadamente. En consecuencia, los modelos regulatorios deben revisarse periódicamente, por lo que es indispensable recabar información pertinente y desarrollar una metodología rigurosa que permita llevar a cabo una evaluación confiable.

En consecuencia, los modelos de regulación aquí propuestos deben entenderse como punto de partida para pasar a un régimen de regulación, alejándonos de la prohibición. Insistimos: siempre

los modelos de regulación deben ser susceptibles de revisión. Dado que la prohibición ha sido la regla durante mucho tiempo, hay una escasez de experiencias realmente útiles de las cuales abreviar. Algunas sustancias, como el cannabis, ofrecen una gama más amplia de experiencias previas; en otras, como la cocaína, no tenemos esa ventaja. En consecuencia, para el cannabis, ponemos a consideración más de un posible punto de partida rumbo a la regulación. En otros casos, como la cocaína, ofrecemos un solo punto de partida. Todas las propuestas aquí contenidas son congruentes con las recomendaciones generales de regulación apuntadas en el Reporte 2018 de la Comisión Global.

A. Cannabis

La primera sustancia que debe ser regulada es el cannabis. La SCJN, en seguimiento del proceso constitucional correspondiente, ya notificó al Congreso de la Unión que la prohibición absoluta del cannabis ha sido reiteradamente declarada inconstitucional. La regulación del acceso al cannabis no es sólo un imperativo de política pública; se trata de una exigencia constitucional. Por lo tanto, su regulación inmediata es indispensable para poder decir, con seriedad, que en este tema México se ciñe a su propio derecho.

Existen diferentes modelos que pueden usarse para regular el cannabis, desde el comercialmente más libre hasta el monopolio estatal. El primero es similar al utilizado de tiempo atrás para regular las bebidas alcohólicas, y que se está aplicando al cannabis en ciertos estados de la Unión Americana, como Colorado y Washington. El monopolio estatal es el esquema adoptado por Uruguay. Aquí exploramos tres modelos, tratando de identificar sus correspondientes fortalezas y debilidades. Independientemente del modelo por el que se opte, la protección de la salud pública debe ser el objetivo prioritario. Por tanto, cualquier modelo regulatorio debe buscar:

- Reducir los daños causados por el mercado ilícito (daños como la violencia y la proliferación del crimen organizado);
- Reducir los daños a la salud individual resultantes del uso problemático del cannabis;
- Reducir el uso por parte de los jóvenes, mediante estrategias de prevención realmente eficaces;
- Prevenir daños provenientes de contaminantes y aditivos;
- Reducir los daños a terceros por el uso nocivo del cannabis (intoxicación, exposición al humo de segunda mano);
- Minimizar el riesgo de captura regulatoria, corporativa o de cualquier otro interés especial;
- Esforzarse por incluir en los mercados nuevos y legales a las comunidades y poblaciones más afectadas por la prohibición, como los campesinos, los comerciantes de las comunidades más pobres y las comunidades de desplazados internos.

Además, independientemente del modelo elegido, deben adoptarse las siguientes medidas en cuanto a:

a) Envasado y etiquetado: medidas como el embalaje a prueba de niños, advertencias sanitarias claras y explícitas, etiquetado de contenido (potencia e ingredientes) y empaquetado genérico.

b) Publicidad, promoción y patrocinio: prohibir toda publicidad, promoción y patrocinio de productos de cannabis, conforme a las mejores prácticas internacionales en control del tabaco.

c) Impuestos: establecer un sistema tributario que mantenga el precio suficientemente bajo para que los consumidores no regresen al mercado negro, y lo suficientemente alto como para desalentar el uso al margen. Los impuestos y otros ingresos fiscales de esta actividad deberían etiquetarse, al menos parcialmente, a tres áreas: a) programas de prevención y tratamiento, especialmente los dirigidos a la prevención en los jóvenes; b) desarrollo económico, educación y colocación laboral para las comunidades más afectadas por la prohibición; y c) investigación médica sobre el cannabis. Proponemos el etiquetado de este tipo de ingresos fiscales por razones de economía política, aunque estamos de acuerdo en que no es una práctica fiscal impecable.

d) Regular las modalidades de uso: establecer medidas tales como los espacios libres de humo – conforme a las mejores prácticas internacionales desarrolladas en el caso del tabaco- y prohibir absolutamente el conducir “bajo la influencia”, como en las medidas de control del alcohol.

e) Regulación del producto: regular el tipo de productos (comestibles, lociones, concentrados) y los ingredientes permitidos (prohibir cualquier producto mezclado con nicotina u otras sustancias más adictivas) y los niveles de potencia.

f) Regular la distribución y la venta: esto incluye el número y tipo de tiendas, los lugares donde pueden establecerse, las restricciones de uso en el sitio, la edad mínima, los límites de ventas y quién puede vender o cultivar con fines comerciales.

Los primeros cinco elementos deben ser similares en cualquier modelo. Las diferencias entre los modelos deberían residir principalmente en la estructura de la industria: la regulación de la producción, la distribución y el acceso, a fin de determinar quién y cómo puede participar en el cultivo, la producción y la venta del cannabis.

Independientemente del modelo elegido, la regulación siempre debe permitir dos modalidades de producción y acceso: (I) Cultivo doméstico para uso personal, de un número limitado de plantas por hogar en un lapso determinado. (II) Los clubes de cannabis, concebidos como asociaciones civiles sin fines de lucro, constituidos con el fin de garantizar el suministro mensual de los miembros a una determinada cantidad del cannabis. Es un mecanismo asociativo de auto aprovisionamiento disponible exclusivamente para sus miembros, quienes pagan una tarifa fija para producir su cannabis de manera regulada, con estándares establecidos por un organismo público especializado.

Estas dos modalidades, por sí mismas, no serían suficientes para satisfacer la demanda existente, ya que la mayoría de los usuarios son ocasionales y probablemente decidan no participar en ellas. Por lo tanto, es necesario permitir la formación de una industria legal del cannabis para abastecer a la mayoría de los usuarios. Con esto en mente, esbozamos tres posibles modelos para

establecer una industria debidamente regulada del cannabis. Deben verse como tres casos dentro de un rango continuo de posibilidades, o bien como etapas de un camino a través del cual la regulación puede transitar. La dirección del tránsito, sin embargo, no es irrelevante: si el modelo inicial es comercial, será quizá difícil moverlo posteriormente hacia un modelo más controlado por el Estado, incluso si el experimento sugiere que este último enfoque es el mejor. Los intereses creados se atrincherarán rápidamente a medida que se establezca una industria privada. La otra dirección, desde el control del gobierno hasta la orientación comercial, en principio plantearía un problema menor de intereses creados arraigados que resistan la evolución del modelo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en México en el pasado, la resistencia a transformar las empresas propiedad del Estado en ocasiones ha sido más fuerte desde dentro del propio gobierno.

1. Un modelo de orientación comercial

Bajo este sistema, el cultivo, producción, distribución y venta estarían en el sector privado, sujeto, por supuesto, a las leyes y reglamentos pertinentes, que deben ser aplicadas por una institución gubernamental especializada con facultades adecuadas en materia de regulación y fiscalización, así como los recursos suficientes para ejercerlas eficazmente. La principal ventaja de este modelo sería ofrecer una variedad de productos y precios que satisfagan mejor la demanda, a un costo relativamente bajo para el Estado. Su principal desventaja sería la creación potencial de una industria cuya principal preocupación sea la maximización de utilidades, no la salud pública. México tiene una historia previa de regulación de sustancias que ha sido obstaculizada por el cabildeo de la industria.¹³⁶ Los actores privados emergentes tienen incentivos para promover agresivamente el uso a través del mercadeo y la publicidad, lo que por supuesto estaría prohibido, pero el riesgo de que estos actores privados busquen la forma de evadir las regulaciones siempre está latente. De elegirse este modelo, la imposición de límites estrictos a la integración vertical es sumamente importante. La regulación debe asegurarse de mantener la industria fragmentada y que se cumpla con reglas de competencia muy estrictas, a fin de minimizar el riesgo de captura del regulador, como ha sucedido antes en México con sustancias como el tabaco.

Este modelo posiblemente sería el menos propicio para que las comunidades vulnerables y desproporcionadamente afectadas por la guerra contra las drogas puedan integrarse a los nuevos mercados legales. Al ser tradicionalmente marginados y criminalizados, los participantes pobres en el mercado ilícito actual y las comunidades de donde provienen, probablemente no tengan la capacidad de competir en un mercado libre por sí solos, al menos inicialmente. Es importante incorporarlos activamente en el nuevo mercado legal, para alejarlos del mercado ilegal (más pequeño) que pueda subsistir durante la transición de la prohibición a la regulación.

¹³⁶ Véase Guerrero, Ángela, et al. "Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México", *Documento de Trabajo DTEJ 51*, División de Estudios Jurídicos, CIDE, 2010. Disponible en <http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/1319/104692.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Monopolio del gobierno

Una segunda posibilidad es un monopolio estatal. Al igual que en Uruguay, el gobierno sería responsable de cada paso de la cadena de producción, desde la semilla hasta el punto de venta. Bajo este modelo, el gobierno podría franquiciar a los productores para cultivar la planta y luego vender el producto a través de farmacias autorizadas. Es indispensable contar con un organismo gubernamental separado y especializado a cargo de regular toda la actividad, incluso si la última está en manos del gobierno mismo.

Varios son los argumentos a favor de una industria manejada por el gobierno. Se podría minimizar la desviación de la droga al mercado negro, al tener el gobierno un control riguroso sobre el producto. Al no ser la maximización de la utilidad el objetivo de industria, el modelo permite que la obligación del gobierno de proteger la salud pública sea lo primordial. Las prácticas que se utilizan para promover las ventas, como la publicidad, los envases atractivos y el etiquetado equívoco se evitarían con mayor facilidad y el control de calidad podría centrarse en objetivos de salud, en lugar de la maximización del beneficio. Es importante destacar que un modelo público, no comercial, evita una de las características más problemáticas de las industrias actualmente legales, como en el caso del tabaco: la aparición de unos cuantos grandes participantes privados con la capacidad y los incentivos para capturar al regulador.

Una desventaja de un monopolio gubernamental podría ser la ineficiencia y la dificultad para adaptarse a los cambios en la demanda. Si no hay suficiente producción o si el producto no es de buena calidad ni tiene una potencia lo suficientemente alta, algunos usuarios podrían regresar al mercado negro.

3. Modelo mixto

Este modelo busca aprovechar los principales beneficios de los dos modelos anteriores mediante el establecimiento de un monopolio gubernamental exclusivo sobre la venta al por mayor, al tiempo que permite la producción privada y la distribución minorista a través de franquicias. Se podría permitir la venta al por menor en el punto de producción para los productores, pero la mayor parte del mercado se atendería evitando la integración vertical. Este modelo permitiría un control gubernamental estrecho de la sustancia misma y al mismo tiempo facilitaría la recopilación de información sobre el mercado, para documentar y evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de salud pública de la regulación.

Para este modelo, es necesario establecer dos entidades gubernamentales distintas, al menos inicialmente: una empresa pública que tendría el monopolio de la venta al por mayor; y como en los casos anteriores, una agencia separada para regular y hacer cumplir la regulación. Esta bifurcación también permitiría la posterior desintegración y privatización del monopolio mayorista, una vez que la agencia reguladora se considere lo suficientemente sólida como para hacer cumplir la regulación sin riesgo de captura. La agencia reguladora autorizaría a los productores y aprobaría la franquicia de puntos de venta minorista. Por su parte, la empresa pública compraría la mayor parte de la producción (excepto el punto de venta al por menor), llevaría el control de calidad, empacaría, etiquetaría y vendería el producto a los minoristas

autorizados. La agencia reguladora, entre otras facultades reglamentarias, tendría la autoridad para fijar las cantidades cultivables por cada productor y las que pudiesen vender los minoristas; y hacer cumplir regulaciones tales como los límites en la publicidad vinculada al cannabis y la prohibición de venta a menores. A través de la empresa de distribución estatal y la agencia reguladora del gobierno, el Estado mantiene el control y garantiza que la salud pública sea la prioridad en cada enlace de la cadena de producción, al tiempo que permite la participación privada en la producción y la venta. Esto es importante para un país como México que, a diferencia de Uruguay, ya tiene un número considerable de personas participando en la producción ilegal y venta minorista. Si la incorporación de esta población a la economía legal es uno de los objetivos principales de la regulación -y debería serlo- entonces este modelo tiene una ventaja considerable sobre un monopolio estatal.

El modelo mixto tiene todos los beneficios de un monopolio estatal y otros adicionales:

- Podría ser rápidamente competitivo y desplazar al mercado ilícito.
- Como todos los productos deben fluir a través de una entidad pública, el costo de la inspección y el monitoreo del gobierno podría ser considerablemente menor que en un modelo puramente comercial, pues en este último se requeriría inspeccionar y monitorear una multiplicidad de actores privados. Esto es particularmente relevante para México, ya que actualmente no cuenta con la capacidad institucional para monitorear e inspeccionar eficazmente un mercado abierto con un gran número de puntos de venta, como lo han demostrado los esfuerzos de control del tabaco en el pasado.
- La recopilación de información se facilitaría significativamente a través del control mayorista. Esta capacidad será crucial en las fases iniciales de la creación de un mercado regulado. Las revisiones periódicas y los ajustes de la regulación serán decisivos para asegurar el éxito de una transición desde la prohibición.
- Para el caso específico de México, con una industria (producción) y mercado (distribución) mucho más grande que Uruguay, pero instituciones reguladoras relativamente más débiles que, por ejemplo, Colorado o Canadá, el modelo mixto permite mantener simultáneamente el control de la información y del mercado, al tiempo que permite que la abrumadora mayoría de los individuos privados no violentos que actualmente participan en la industria ilícita se trasladen a un mercado lícito.

Las comunidades actualmente más afectadas por la prohibición -como campesinos y narcomenudistas de las áreas más pobres y las que han sido desplazadas internamente- deberían ser objeto de programas específicos para asegurar su incorporación a los mercados legales recién establecidos como una forma de reparación social, sin importar qué modelo se elija. El modelo mixto podría ser más beneficioso para estos grupos. Al permitir que el gobierno trabaje como intermediario, será más fácil y probablemente menos costoso tener a miembros de las comunidades más pobres como participantes del mercado y también garantizar un producto más seguro.

Los agricultores que actualmente producen cannabis deben tener la opción de continuar con ese cultivo. Esto tendría dos ventajas: 1) es un incentivo para salir del mercado ilícito, lo que aumenta

el potencial del mercado regulado para desplazar al primero; y 2) proporciona a los productores ya especializados en la producción y distribución de marihuana un mercado legal (y el consecuente abandono del mercado ilegal). Aun aquellos individuos condenados por delitos contra la salud no violentos y que no hayan sido condenados por vender a menores, deben poder participar en el mercado legal.

B. Opioides

Los opioides también deben ser incorporados al mercado legal, pero bajo una regulación mucho más estricta que el cannabis. Recomendamos dos regulaciones paralelas, que no son excluyentes: (i) el cultivo privado, aunque estrictamente regulado, de amapola; y la producción privada de productos farmacéuticos para uso médico nacional e internacional, y (ii) un monopolio público para el cultivo de amapola y la producción y distribución de opioides destinados a usos distintos a los farmacéuticos. La regulación del cultivo privado de la amapola y la producción de opioides permitiría a los productores actuales salir del mercado ilícito y aprovechar un sector en el que ya se han especializado. Esto podría facilitar la construcción de un mercado legal (y la inanición del mercado ilícito actual).

México no tiene un problema de uso de opioides como el de otros países, por ejemplo nuestros vecinos del norte. Sin embargo, México es uno de los principales cultivadores de amapola del mundo. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC), México es el tercer cultivador de amapola en el mundo, después de Afganistán y Myanmar.¹³⁷ Para 2016, el cultivo de la amapola mexicana había crecido más de tres veces la cantidad nacional estimada para 2013.¹³⁸

El objetivo central de la política de drogas debe ser prevenir o limitar el uso de opiáceos para fines no médicos, al tiempo de poder llevar a los cultivadores al mercado legal. Esto puede hacerse a través de la regulación. Como lo muestra el documento de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas "La Crisis de Opioides en América del Norte"¹³⁹, la epidemia de opiáceos en los Estados Unidos comenzó con una prescripción médica insuficientemente regulada y la promoción activa de medicamentos opioides por parte de ciertas compañías farmacéuticas que incluyó una publicidad excesivamente permisiva y tácticas de promoción cuestionables a través de los médicos. El problema se exacerbó cuando las autoridades sanitarias reaccionaron tomando medidas para acotar el suministro médico, sin antes proporcionar un tratamiento adecuado y medidas de reducción de daños a los usuarios existentes. Al cortarse abruptamente el suministro legal, muchos usuarios se trasladaron al mercado negro con drogas ilegales más peligrosas, como la heroína, y opiáceos sintéticos altamente potentes, como el fentanilo. El resultado fue un aumento en las sobredosis y la mortalidad.¹⁴⁰

¹³⁷ Véase: UNODC, "World Drug Report 2016", 2016. Disponible en http://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_3_Opiate_market.pdf

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ Véase: Global Commission on Drug Policy, "The Opioid Crisis in North America", *GCDP*, Octubre de 2017. Ver también Werle, Nick y Zedillo, Ernesto, "We Can't Go Cold Turkey: Why Suppressing Drug Markets Endangers Society", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 46(2), 325-342, 2018.

¹⁴⁰ *Ibidem*. La regulación estadounidense de los opiáceos suprime y promueve su uso simultáneamente. La ley emplea severas sanciones penales y regulatorias para reprimir el uso ilícito, mientras que al mismo tiempo suministran opioides legalmente a través de una industria farmacéutica inmensamente rentable y poderosa.

Para garantizar que México no enfrente un problema similar, se debe actuar en dos ámbitos. Por un lado, deben ejercerse controles estrictos sobre la distribución, promoción y publicidad de los medicamentos derivados de opioides. Esto debería incluir pautas y capacitación sobre la prescripción, así como el control regular de los proveedores de servicios de salud. Además, se deben implementar campañas de salud pública para advertir a la comunidad médica (médicos, enfermeras, personal hospitalario) y a los pacientes sobre los riesgos del trastorno por consumo de drogas y las sobredosis que pueden surgir del uso médico de los opiáceos. Por otro lado, los usuarios existentes y las personas que pierden el acceso a los opiáceos recetados deben tener acceso inmediato a un tratamiento adecuado y medidas de reducción de daños.

Aunque México todavía no tiene un problema con el uso de opiáceos recetados, sí ha registrado un aumento en el consumo de heroína.¹⁴¹ Para la población que usa heroína, se debe contar con servicios públicos de tratamiento en las comunidades afectadas, los que deberían ofrecer una gama de opciones, incluida la provisión de tratamiento asistido con heroína (HAT, por sus siglas en inglés). Si es necesario, los usuarios dependientes registrados podrían obtener un suministro de heroína estrictamente controlado y de calidad por parte de médicos o farmacéuticos. Las personas que usan heroína deben contar con espacios médicos para su aplicación y tener la posibilidad de tomar pequeñas cantidades para uso externo. Esto garantiza que la fuerza y la pureza de la heroína sean conocidas y controladas, y que se use con equipos de inyección limpios. Los programas piloto para HAT deben establecerse en los lugares que actualmente tienen la mayor prevalencia, como Tijuana y otras ciudades fronterizas.¹⁴²

Además, en términos de tratamiento, se debe explorar la terapia de sustitución de opioides (OST, por sus siglas en inglés), incluido el cannabis medicinal como sustituto del uso problemático de opioides. Los OST, incluyendo la metadona¹⁴³ y la buprenorfina, deben implementarse sin requisitos gravosos o de dopaje.¹⁴⁴ Si bien los OST no son una cura *per se*, pueden ayudar a los pacientes a estabilizar sus vidas, manejar el uso y reducir las consecuencias dañinas de un consumo problemático. La terapia de mantenimiento ha demostrado ser más eficaz desde el punto de vista clínico y más rentable que la desintoxicación.¹⁴⁵

¹⁴¹ A medida que Estados Unidos ha reforzado la seguridad a lo largo de la frontera, las drogas se han agrupado en el lado mexicano. Los distribuidores de nivel medio y bajo empujan no solo a la heroína, sino también a la metanfetamina a los mercados locales, particularmente a lo largo de la frontera. Esto ha sido documentado tanto en los periódicos locales (véase: <http://www.frontera.info/EdicionEnLinea/Notas/Noticias/30082016/1121859-Aumenta-BC-el-consumo-de-heroina-y-cristal.html>), así como en los centros de tratamiento (véase: <http://jornadabc.mx/tijuana/13-02-2015/adicciones-en-baja-california-ausentes-en-politicas-publicas>).

¹⁴² En otros países que actualmente usan HAT, la disponibilidad es limitada. Solo está disponible bajo estrictos criterios, incluido el uso a largo plazo y la falta de respuesta a otros tratamientos. Recomendamos proporcionar HAT sin esas barreras de entrada.

¹⁴³ Metadona es un opioide sintético que produce una intoxicación más duradera y menos intensa que la heroína, lo que permite que las personas con dependencia de opiáceos logren un estado estable y de alto funcionamiento sin síntomas de abstinencia ni antojos. Se ha demostrado que reduce el uso de opiáceos ilegales.

¹⁴⁴ En países como Estados Unidos, existen extensas regulaciones federales que rigen el tratamiento con metadona. Conforme a la ley federal, todos los tratamientos de mantenimiento con metadona deben realizarse en un programa de tratamiento de opiáceos regulado por el gobierno federal. Especialmente profesionales autorizados deben proporcionar los tratamientos, y la ley les prohíbe prescribir metadona. Por lo general, la metadona para tratamiento debe dispensarse e inmediatamente consumirse, lo que exige que los pacientes visiten las clínicas a diario. Finalmente, los programas de tratamiento con opioides deben evaluar al azar a los pacientes para detectar drogas ilícitas. Otras formas de mantenimiento de opioides también están restringidas por la ley. Los médicos que deseen recetar buprenorfina deben recibir capacitación especial y certificaciones, y la ley federal limita el número de pacientes que pueden tratar en cualquier momento.

¹⁴⁵ Werle, Nick y Zedillo, Ernesto, " We Can't Go Cold Turkey: Why Suppressing Drug Markets Endangers Society", *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 46(2), 325-342, 2018.

Para los opioides también recomendamos las siguientes medidas de reducción de daños:¹⁴⁶

- Espacios para la inyección segura, que proporcionen a las personas que usan drogas un lugar higiénico para administrarse las drogas obtenidas fuera del establecimiento;
- Asegurar que los pacientes no queden abruptamente sustraídos del acceso a los opioides;
- Programas de agujas y jeringas, incluido el acceso a jeringas limpias, otros equipos de medicamentos estériles y educación (por ejemplo, enseñanza en técnicas de esterilización);
- Pruebas de VIH y hepatitis C;
- Prevención de sobredosis, incluida la prescripción de naloxona con opioides;
- Asesoramiento y educación para la comunidad.

Finalmente, además de un aumento en los presupuestos federales, estatales y locales para prevención, educación y tratamiento, recomendamos la provisión de financiamiento público suficiente para que la Secretaría de Salud pueda crear más centros públicos de tratamiento en residencia, y se evite que las personas que usan drogas tengan como única opción los "anexos" mal regulados y gestionados por iniciativa privada.¹⁴⁷

C. Cocaína

A diferencia de otras sustancias, ofrecemos aquí sólo una recomendación --simplemente como ilustración-- de un posible modelo de regulación. Al igual que en los demás casos, cualquier decisión sobre la regulación de la cocaína debe basarse en estudios sólidos, multidisciplinarios y exhaustivos que aún no están disponibles para esta sustancia. Es importante notar que la poca experiencia con la regulación de la coca legal no es aplicable a México, ya que México no es actualmente un productor de coca y no tiene usos tradicionales documentados para esta sustancia. Para la coca y, más importante aún, la cocaína, sugerimos la creación de un monopolio estatal de cultivo, producción, importación y venta al por mayor, y otorgar licencias a un número limitado de farmacias para vender el producto final con las debidas recetas, siguiendo estrictas pautas como la prohibición de la publicidad, el etiquetado adecuado y el registro de cantidades. La regulación de la cocaína serviría como una medida de reducción de daños que evitaría otras formas más peligrosas de derivados de la coca, como el crack, a la vez que proporcionaría acceso a productos seguros. También sería un medio para reducir la violencia y el tráfico ilegal,

¹⁴⁶ Las medidas recomendadas también se aplican a las personas que usan otras drogas inyectables, como la metanfetamina. Estas políticas y servicios deben ser de fácil acceso, involucrar a personas que usan drogas en el diseño del programa y deben incluir a esas personas como pares y proveedores. Los proveedores adicionales deben ser entrenados en la salud del usuario de drogas, asegurando que cualquier persona que trabaje en medidas de reducción de daños o tratamiento tenga la capacitación adecuada y el conocimiento científico y médico.

¹⁴⁷ Al igual que las medidas de reducción de daños, esto se aplica a las personas que usan cualquier droga, cuando se necesita tratamiento residencial.

específicamente el tráfico internacional, ya que la producción nacional sustituiría a la importación.

D. Otros

La metanfetamina y los inhalantes comerciales son dos sustancias particularmente problemáticas bajo la prohibición vigente. No obstante, las posibles opciones de regulación se han explorado en la literatura menos que en el caso, por ejemplo, de los opioides o el cannabis. Para ellos, debe tenerse en cuenta un enfoque doble: despenalizar el uso y la posesión de metanfetamina para uso personal y promover que las personas que usan metanfetamina cambien a drogas más seguras y legales. Más tarde, el modelo HAT podría ser potencialmente adaptado para su uso con la metanfetamina. Actualmente, no hay medicamentos debidamente aprobados en el mercado para tratar la dependencia a la metanfetamina. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el uso de ciertos estimulantes podría servir para tratar la dependencia de la metanfetamina y la cocaína.¹⁴⁸ La investigación a fondo de ésta y otras opciones debe ser alentada y financiada.

En cuanto a los inhalantes (un producto comercial que actualmente no está prohibido pero que es muy nocivo cuando se usa como droga), podrían explorarse programas piloto, como la sustitución por el cannabis legal. Los ingresos de los mercados lícitos emergentes de cannabis, opiáceos y cocaína deberían destinarse en parte a la prevención y el tratamiento de las poblaciones que usan inhalantes, especialmente los jóvenes.

iv. Aplicación de las leyes sobre drogas: desescalar rápidamente la militarización

La aplicación de las leyes de drogas debe ser un asunto principalmente administrativo, no criminal. Las fuerzas armadas no deberían participar en las tareas de control de drogas ni en ningún otro asunto de seguridad pública, de conformidad con el artículo 21 de la Constitución mexicana. La militarización actual debe ser reducida de manera progresiva y escalonada, teniendo en cuenta las necesidades de seguridad diferenciadas de las distintas regiones y ciudades, a la vez que se establecen y cumplen plazos necesarios para profesionalizar a las autoridades civiles que sustituirían a las fuerzas militares actualmente encargadas de tareas de seguridad pública. En tanto que, por causas de fuerza mayor, el Ejército y la Armada continúen realizando tareas constitucionalmente reservadas a las autoridades civiles, su participación deberá regularse por un marco de seguridad pública transitorio y excepcional –que incluya la obligación de usar de armas y protocolos adecuados para su presencia y operación entre la población civil-, en vez del marco actualmente utilizado, que fue diseñado para el conflicto militar al que corresponden lógicamente su entrenamiento y doctrina.

¹⁴⁸ Véase: Mariani, John y Levin, Frances, "Psychostimulant Treatment of Cocaine Dependence", *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 2012; Knopf, Alison, "MAT for methamphetamine or cocaine addiction: The case for Rx stimulants", *Alcohol and Drug Abuse Weekly*, 27(36), 2015.

También es indispensable que el gobierno recopile, produzca y publique información sobre el uso de la fuerza por parte de las autoridades, tanto en el pasado como en el futuro. Las investigaciones correspondientes deben llevarse a cabo para determinar responsabilidades en el aumento sistemático de la violencia y la tortura, con supervisión civil para garantizar su transparencia.

v. Otras consideraciones

Dada la importancia del derecho a la salud -y la responsabilidad del gobierno de respetarlo, protegerlo, promoverlo y garantizarlo-, cualquier reforma de la política de drogas debe tener al sector salud como protagonista. Por un lado, el sistema de salud pública, incluida la Secretaría de Salud y los institutos de seguridad social para trabajadores privados y del Estado (IMSS e ISSSTE nacionales y sus correspondientes institutos estatales), deben participar de manera decisiva y directa en los esfuerzos de educación, prevención y tratamiento, junto con los organismos tradicionales en materia de drogas, como la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

La política de drogas no es sólo sobre el uso de drogas; también es materia del bienestar y la salud de la población en un sentido amplio. Además, debido a que la política de drogas en México está ligada a muchos otros ámbitos, incluidas las oportunidades de empleo y educación, el sector de la salud debe encabezar el trabajo intersectorial con los sectores educativo, agrícola y laboral para garantizar el derecho a la salud. El sistema de salud privado también debe ajustarse a los nuevos lineamientos de la política de drogas basada en la regulación y la evidencia.

Para que el gobierno pueda garantizar el derecho a la salud, necesita mejorar los esfuerzos orientados al tratamiento, la prevención y la educación. Para que esto ocurra, es crucial aumentar los presupuestos federales y estatales, en ese sentido.

Educación y prevención

La educación y la prevención deben ser el centro de la política de drogas. Esto incluye proporcionar información sobre los riesgos y adoptar políticas para gestionar los riesgos.

Debe reconocerse que las campañas de prevención tradicionalmente realizadas no han tenido fundamentos sólidos en las ciencias de la salud ni en las mejores técnicas de comunicación. Muchas veces han sido campañas con mensajes erróneos, superficiales e incluso frívolos que, lejos de prevenir el uso pueden haberlo fomentado. El diseño de la prevención debe basarse en la investigación científica y financiarse adecuadamente.

La calidad de los productos debe supervisarse, la publicidad de las drogas debe restringirse estrictamente o, idealmente, prohibirse y las ventas a los menores deben castigarse.

La opinión pública necesita considerar el uso de drogas como un problema de salud pública, no penal. El gobierno debe promover una campaña de desestigmatización para que las personas que usan drogas no sean criminalizadas o rechazadas.

Cualquier estrategia de prevención y educación debe comenzar desde la infancia buscando prevenir el uso de drogas por niños. Es necesario adoptar un amplio conjunto de medidas de prevención específicamente para los menores, que incluyen pero no se limitan a: servicios destinados a prevenir el uso por parte de menores en general; programas de detección temprana para identificar poblaciones que ya participan en el uso experimental u ocasional con el fin de ayudarlos a evitar el uso excesivo, frecuente o problemático.

Respetando el marco de los derechos humanos y, específicamente, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, se debe implementar una ambiciosa campaña de información objetiva y veraz sobre la marihuana y sus riesgos y daños, para que los adultos puedan tomar decisiones con pleno entendimiento de las consecuencias.

Deben diseñarse e implementarse acciones adaptadas a grupos vulnerables, incluidos niños y niñas, adolescentes, personas que padecen enfermedades mentales y usuarios problemáticos o dependientes.

Tratamiento

El Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de prevención y rehabilitación. Cualquier modelo que se utilice para cumplir con esta obligación debe orientarse a la reducción de riesgos y daños. Se entiende por este concepto al conjunto de políticas y programas no coercitivos destinados a evitar o reducir las situaciones de riesgo para el usuario y para terceros, con una visión clara orientada a mitigar los daños asociados para el propio usuario y terceros. También debe garantizarse que todas las instituciones y personas encargadas de la prevención y el tratamiento del uso problemático de sustancias reciban capacitación y sensibilización con la información más actualizada.

Los servicios deben ser voluntarios, gratuitos, laicos y de acceso universal, basados en evidencias. Sus propósitos deben ser la consecución de la salud y el respeto a los derechos humanos.

Es crucial proporcionar recursos presupuestarios a las Secretarías de Salud, Federal y estatales, para que puedan ofrecer rehabilitación hospitalaria en los centros públicos. Para que los denominados anexos no sean la única opción para mucha gente, el Estado debe contar con centros de rehabilitación donde los pacientes puedan permanecer a largo plazo y reciban el tratamiento médico adecuado. También es necesario aumentar los presupuestos para que se pueda controlar e inspeccionar todos los centros y anexos privados existentes.

Debe haber centros de rehabilitación específicamente diseñados para mujeres.

Información

Es necesario fortalecer las capacidades de recopilación de datos sobre el uso de la marihuana en particular y sobre todas las demás drogas en general.

Se deben también fortalecer las capacidades de recopilación de datos sobre los mercados ilícitos de drogas.

Es preciso asegurarse de que los cambios en la política de drogas vayan acompañados de variables identificables que puedan medirse a lo largo del tiempo para permitir la evaluación del éxito o fallas de la política.

CONCLUSIÓN

Si la guerra contra las drogas ha fracasado a nivel mundial, en México ese fracaso se ha convertido en una tragedia nacional. El intento de hacer cumplir la prohibición ha provocado más delitos, violencia, muerte, enfermedades, corrupción, así como el quebranto de las instituciones y la violación de los derechos humanos.

La extrema debilidad del estado de derecho en México es su más grave problema; una de sus muchas y más graves expresiones es la explosión del crimen organizado. El fortalecimiento del estado de derecho es posible mediante la realización de una revisión exhaustiva e inteligente, seguida de una transformación a fondo, de las instituciones de justicia y seguridad, de acuerdo con criterios internacionalmente conocidos y probados con eficacia. Pero abordar los graves males derivados del tráfico ilícito de drogas requiere el abandono total del paradigma de prohibición que ha orientado las políticas de drogas durante el último siglo en México y, prácticamente, en cualquier otro lugar del mundo.

Los derechos humanos y la salud pública deben ser los dos pilares esenciales del nuevo paradigma. La prohibición debe ser descartada y reemplazada por la regulación.

Buscamos, en este documento, dar razones, ciertamente no todas, de por qué una transformación radical de la política de drogas en México no sólo está justificada, sino que es indispensable. También esbozamos posibles vías para llevar a cabo la reforma. Es crucial que esta transformación, unida a la de las instituciones responsables de hacer valer el estado de derecho, se lleve a cabo lo antes posible. El futuro de México, como nación de leyes, justicia y desarrollo, es lo que está en juego.