

ESTADO DEL ARTE¹ SOBRE EL DISEÑO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EUROPA Y AMÉRICA ENTRE 2003 A 2013

STATE OF THE ART ON DESIGN, ANALYSIS AND EVALUATION OF HARM REDUCTION POLICIES OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN EUROPE AND AMERICA BETWEEN 2003-2013

Eliana María Hernández, Isabel Cristina Orozco y Juan David Ríos

Universidad de Antioquia, Colombia

Abstract

Introduction. Harm Reduction Strategy (RD) look for that people do not start consumption Psychoactive Substance (SPA) and those that have already begun, have no further damage. After the failure of the "war on drugs", consumption is dealt with RD strategies contained in public policy, demonstrating its effectiveness (United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, 2015). *Objectives.* To characterize the knowledge about policies by consuming SPA RD, legal and illegal, in Europe and America, 2003-2013. *Methodology.* Research non-systematic meta-analytic items found on the internet. *Results.* 88 documents were analyzed. Three themes emerged: History of RD policies, strategies used in each region according to their social and political conditions and some approaches to the design, analysis and evaluation of these policies. *Conclusions.* In Spain, after the implementation of the Policy, 30% of crimes associated with drug use were reduced and in Brazil, the health status of consumers was improved and access to health services increased. In addition, some gaps were found in the design of Policies, in accordance with recommendations from international bodies.

Keywords: Drug Policy, Damage Reduction, Psychoactive Substances.

Resumen

Introducción. La Estrategia de Reducción de Daños (RD) busca que las personas no inicien el consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) y las que ya han iniciado, no tengan daños mayores. Luego del fracaso de la "Guerra contra las drogas" se aborda el consumo con estrategias de RD contenidas en políticas públicas, demostrando su efectividad (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito- UNODC, 2015). *Objetivos.* Caracterizar el conocimiento sobre políticas de RD por consumo de SPA, legales e ilegales, en Europa y América, 2003-2013. *Metodología.* Investigación sistemática no-meta-analítica de artículos encontrados en internet. *Resultados.* Se analizaron 88 documentos. Surgieron tres ejes temáticos: Historia de políticas de RD, estrategias utilizadas en cada región según condiciones sociales y políticas y algunos acercamientos al diseño, análisis y evaluación de políticas. *Conclusiones.* En España, luego de la implementación de la Política se redujo 30% delitos asociados con consumo de drogas y en Brasil, se mejoró el estado de salud de los consumidores y aumentó el acceso a servicios de salud. Además, se encontraron algunos vacíos en diseño de Políticas, de acuerdo con recomendaciones de instancias internacionales.

Palabras clave: Políticas de drogas, Reducción de daño, Sustancias psicoactivas.

Correspondencia: Eliana María Hernández
emaria.hernandez@udea.edu.co

1 Estado del Arte, entendido como un tipo de investigación documental en el cual el investigador adquiere la información por medio de documentos ya existentes (libros, periódicos, revistas, etc); de modo que se organice y analice lo encontrado para generar nuevo conocimiento

A nivel mundial, el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) se ha convertido en un fenómeno complejo que acarrea numerosos riesgos para la salud pública y secuelas en el ámbito económico, cultural, social, ambiental, entre otros (UNODC, 2015).

En este sentido, está demostrada la efectividad de la estrategia de reducción de daños, la cual busca que las personas no inicien el consumo, y las que lo han iniciado, no asuman riesgos que pueden derivarse en lo individual, social y sanitario; se contribuye a desarrollar entornos sociales más favorables, conformar y fortalecer oportunidades de inclusión social de consumidores activos (Department de Salut de Catalunya, 2016).

Cada vez son más los estudios que manifiestan que las intervenciones en el tema de adicciones pueden ser eficaces si se tienen en cuenta los distintos aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y ambiental de las personas, factores que en gran medida no dependen de la voluntad del individuo (UNODC, 2015). Es así como esta investigación se enfocó en analizar la información disponible en artículos científicos y de opinión, publicados en diversos países de occidente que contenían la estrategia de RD teniendo en cuenta los procesos de diseño y evaluación.

MÉTODO

La actual investigación se realizó bajo una metodología sistemática de tipo no meta-analítica de los artículos encontrados en internet. Esta metodología ofrece una estrategia organizada que cohesiona la búsqueda y el consecuente análisis de la información (Clarke, M., & Oxman, A. D. 2000; Salazar, J. A. & Rojas, D. A. T. 2015).

Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, PubMed, Psycinfo, Scielo, ScienceDirect, Wiley y Redalyc; de información publicada entre los años 2003 y 2013 en idiomas inglés, español y portugués.

El trabajo se realizó en las siguientes fases: búsqueda exhaustiva de información en internet relacionada con análisis de políticas públicas e investigaciones relacionadas con la Reducción de Daños;

sistematización de ésta, depuración de la información sistematizada, captura de la información incompleta, lectura de las investigaciones para hacer una nueva sistematización que contribuya con el alcance de los objetivos, categorización de la información y escritura del informe final.

RESULTADOS

Luego de la categorización de la información, se identificaron los siguientes ejes temáticos:

Acercamiento a la historia de las políticas de reducción de daño en Europa y América

Desde hace varios años, el consumo de SPA se convirtió en un problema de salud pública (Becoña, 2002), no sólo por las consecuencias de su uso a nivel físico y mental, sino también por sus efectos a nivel social (Human Rights Watch, Open Society Institute Public Health Program, Canadian HIV/AIDS Legal Network, & Harm Reduction International, 2011). Uno de los efectos más preocupantes sobre la salud de la población que consume y se inyecta SPA, es su asociación con el contagio del VIH y la Hepatitis C. El VIH inicia en los países europeos en los 70, cambiando el foco de intervención: Del énfasis en la disminución del uso de SPA, a la necesidad de evitar la propagación de dichas enfermedades (Castaño, G., 2002; Jauffret-Roustide et al., 2006). Esta situación de salud pública sumada a la evaluación de las estrategias implementadas, fue llamada el fracaso de la "guerra contra las drogas"¹(Translational Institute, 2008). Esta estrategia prohibicionista ha sido promovida por los Estados Unidos y formalizada en Convenciones Únicas de la Organización de Naciones Unidas (ONU), y con ella se ha propiciado, más que evitado, un comercio ilegal de sustancias, aumento en la criminalidad y prácticas corruptas, que llevó al deterioro social de entornos urbanos y ambientales, entre otras consecuencias (Rovira, J., 2014). Así se generó la necesidad de un replanteamiento de políticas de prevención y tratamiento en este campo (Castaño, G., 2002).

En la Reducción de Daños, se considera al consumo de drogas como una condición que ha existido, existe y

¹ Iniciativa liderada por los Estados Unidos orientada a la persecución de la producción, comercio y consumo de SPA ilegales.

existirá siempre en la sociedad, aceptando que existen consumidores y terapias, que no tienen como objetivo final la abstinencia de SPA, puesto que no se desea o no se puede dejar de consumir por diversas razones (Barra A., 2013; Castaño, G., 2002). Dicha estrategia se inició enfocándose en los usuarios de drogas inyectables, buscando que el VIH y la hepatitis C disminuyeran, así como el acceso a otros recursos o servicios normalizados para mejorar las condiciones socio sanitarias de los consumidores y disminuir su estigmatización (Lloyd & Hunt, 2007; McKeganey, 2011).

La llamada "estrategia de Reducción de Daños" comienza a desarrollarse desde mediados de los 80 en países como Alemania, Australia, España, Holanda, Reino Unido, Suiza y Portugal (Menéndez, E., 2012). En el Reino Unido, se asocia a la población de usuarios de SPA sin hogar, el uso de jeringas contaminadas y otras prácticas relacionadas con el abuso de drogas (Keep Britain Tidy, 2005; Manzanera et al., 2000). En Liverpool, se experimentó un aumento de jóvenes consumidores de heroína a principios de 1980 y, finalizando esta década, se comenzó a implementar la estrategia de intercambio de jeringuillas desechables². En este lugar se abre el primer centro de emergencias dedicado a contactar drogadictos marginales para ofrecerles servicios de ayuda social y sanitaria (Ashton & Seymour, 2010; Castaño, G., 2002). A partir de allí, 23 de 29 Estados comenzaron a contar con programas de aguja y jeringa desechables y a prescribir terapia de Sustitución de Opiáceos (OST) (Lloyd & Hunt, 2007). El surgimiento de esta nueva mirada sobre los consumidores de SPA se atribuye a la ciudad de Merseyside, Inglaterra, entre los años 70 y 80; sin embargo, con anterioridad, algunos profesionales venían implementando estas acciones de una manera aislada.

En Holanda la dosis personal³ se despenalizó, concentrándose en crear un sistema educacional para evitar el consumo y en 1976, se firma la Ley del Opio, cuya estrategia principal era la reducción del daño. En 1981 ya existían en este país, programas de intercambio de jeringuillas (Castaño, G., 2002)(19). España ha dispuesto de un plan nacional y planes autónomos de alcance relevante; se podría afirmar que las políticas socio

sanitarias y asistenciales españolas han sentado las bases para intervenciones en otros ámbitos (Díez-Ripollés, J., 2005); allí la política de Reducción de Daños ha disminuido en 30% los delitos asociados con el uso de las SPA (Castaño, G., 2002). La implementación de esta estrategia en Francia comienza en 1987 cuando se autorizó la venta libre de jeringas desechables. Los primeros programas de "umbral bajo" se establecieron en 1993, y la terapia de sustitución de opiáceos⁴ estuvo disponible en 1994. La estrategia de Reducción de Daños se convirtió en una prioridad en la Ley de Drogas, sin embargo, la francesa, sigue siendo una de las reglamentaciones más represivas en Europa (Jauffret-Roustide et al., 2006). En Finlandia, la estrategia de reducción de daños tiene un recorrido de 30 años: Las formulaciones de la Comisión de Drogas de 1969 estaban orientadas por una forma de concebir la política pública, denominada "Política criminal racional y humana", convirtiéndose en la tradición política criminal imperante en este país (Tammi, T., 2005) pero planteando un intercambio de agujas y el tratamiento de sustitución (Tammi, T., 2005). Aunque Rusia tiene un recorrido más corto que la mayoría de los países occidentales respecto a la "guerra contra las drogas", se ha promulgado un enfoque prohibicionista; según las estadísticas de detenciones, encarcelamiento y condenas por delitos por narcóticos se aumentó de más de 9.000 personas en 1991 a más de 71.000 en 1997 (Burriss, S., 2006)

En la región de América Latina, las políticas respecto a las SPA, se han desarrollado rápidamente en la última década, pasando, no sólo de intervenir en la producción y tráfico de drogas, a realizar acciones de prevención y mitigación (Gratius, European Parliament, & Directorate-General for External Policies of the Union, 2012; Menéndez, E., 2012). El primer país en implementar este tipo de estrategias fue Brasil en 1989 (Castaño, G., 2002), debido a las altas tasas de VIH relacionadas con el uso de SPA inyectables; posteriormente, se vieron resultados de la estrategia evidenciados en la mejoría del estado de salud de los consumidores y la ampliación de ofertas de servicios sanitarios para esta población (Andrade, T., 2011). En 2003, en este país, la Reducción de Daños deja de ser exclusiva para el VIH y se convirtió en Política

² Recambio de jeringas de uso frecuente por jeringuillas desechables para evitar la contaminación.

³ Dosis personal es la cantidad de sustancia que un consumidor o adicto puede utilizar en un día sin llegar a ser una dosis letal o a constituirse en sospechoso de tráfico.

⁴ Sustitución de opiáceos se refiere a programas donde se suministra al adicto opiáceos u otras sustancias con menor potencialidad de daño del produce la sustancia usada habitualmente.

Mayor del Ministerio de Salud para la Atención Integral de los Usuarios Alcohol y Política de Drogas en Salud Mental. Por su lado, en Argentina, el concepto de reducción de daño hace énfasis en el diseño y la reconstrucción de redes sociales que se han dañado entre personas con consumo de SPA (Cymerman, Touzé & Rossi, 1996). En Colombia, durante el siglo XX, las políticas de drogas han estado influenciadas fuertemente por las de los Estados Unidos y otras organizaciones internacionales como el Banco Mundial. En el 2015, se hace evidente el cambio en el enfoque represivo implementado habitualmente y en 2008 aparece la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto del Ministerio de Salud, pero, actualmente, está en construcción el Nuevo Estatuto Nacional de Estupefacientes (Translational Institute, 2016) desde el Ministerio de Justicia colombiano. En Canadá, en el 2000, se publicó "La Estrategia de drogas de cuatro pilares" y, después de las acciones iniciales en el área de reducción de daños en 2005, se desarrolló un plan titulado "Preventing Harm from Psychoactive Substance Use", basado en una síntesis de investigación y evaluación internacional, tomando ejemplos de programas exitosos en otras jurisdicciones e incluyendo procesos de diálogo comunitario (MacPherson, Mulla & Richardson, 2006).

Algunas estrategias de Reducción de Daños

Las estrategias implementadas en los diferentes países, dependen de la condición de "legalidad" de la SPA. De esta manera, se han diferenciado las estrategias para el consumo de tabaco y alcohol de las drogas ilegales como algunos derivados del opio, la cocaína, la marihuana y otras sustancias y su vía de administración. El consumo de alcohol y tabaco ha sido debatido y admitido, y es, a partir de fines del siglo XIX, que se comienza a definir el consumo de SPA como un problema de descomposición social, de decadencia física y moral, para la sociedad norteamericana y europea.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial y al aumento de consumo de "Drogas Duras"⁵, se establece un marco internacional de control de drogas liderado por la ONU y consolidado en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de

Estupefacientes y Sustancias Psicoactivas. Este hecho fue denominado como el surgimiento de la tendencia a la regulación y prohibición de las drogas a nivel mundial (Gratius et al., 2012).

Los países incluidos en el estado del arte, han desarrollado políticas, estrategias y acciones de acuerdo con las necesidades, particularidades y posturas frente a estos tratados y convenciones internacionales de drogas. En Europa, se han inclinado por un contexto más amplio de desarrollo y de los derechos humanos, llevando a cabo acciones para la salud, la educación y la rehabilitación de los consumidores, realizando acciones de manera conjunta entre los Estados Miembros de la ONU y las organizaciones no-gubernamentales (ONG)(Gratius et al., 2012).

Los métodos de Reducción de Daños usados en distintos países, como el intercambio de agujas y tratamientos con sustitución de sustancias, fueron reconocidos por la sociedad como medidas de protección para la salud pública, especialmente en Finlandia y Reino Unido (Robson G , & ,Marlatt A, 2006.; Tammi, T., 2005). De igual modo, en Europa desde 1993, Francia ha encabezado esta estrategia, con la adopción de medidas que facilitan el acceso a jeringas desechables, terapia de reemplazo de sustancias y acceso a la atención en servicios de salud. Este país, promueve políticas de derechos sociales y la participación de los usuarios de drogas inyectables en grupos de auto-apoyo (Jauffret-Roustide et al., 2006). Además, se han diseñado otras estrategias de reducción de daños como prescripción de medicamentos sustitutos (especialmente para opiáceos), prevención de sobredosis (Nalaxone), cuartos de consumo de drogas, intervenciones de rutas transitorias de acceso a SPA y alcance y educación entre pares, entre otras estrategias (Jauffret-Roustide et al., 2006).

En Holanda las estrategias están encaminadas a separar el comercio de "drogas duras" y "blandas", protegiendo a los consumidores de cannabis del consumo de otras sustancias más dañinas desde el punto de vista médico (O'Hare, 2007). También, Portugal es uno de los países que ha liderado la descriminalización del consumidor de drogas, dejando de lado medidas represivas y optando por un enfoque innovador que favorece políticas más humanas y eficientes para la

⁵ El término "drogas duras" se aplica para aquellas sustancias psicoactivas que tienen más potencial adictivo y genera mayor daño a la

salud. Sin embargo, es un término que es actualmente cuestionado y por lo tanto, desactualizado.

población, ofreciendo servicios de salud y tratamiento para quienes los necesitan (Domostawski & Marcano, 2012).

A pesar de que la tendencia en las políticas del continente Americano están basadas en el control judicial y la prohibición de tenencia de drogas, impulsada por los EE.UU. (Domostawski & Marcano, 2012). En los países de América se han implementado, en los últimos años, programas de reducción de daños de consumidores de estimulantes inhalados o fumados como el crack o la pasta base, ambos derivados de la hoja de coca. Los profesionales que ofrecen la estrategia de la reducción de daños en Brasil, Canadá y Estados Unidos dispensan “kits para un consumo de crack más seguro”, el cual incluye preservativos, pipas, boquillas de pipa, pañuelos, vaselina y crema para labios, además de facilitar información sobre cómo evitar las prácticas inseguras de su consumo. En Brasil, se han informado resultados positivos con experimentos de tratamiento de sustitución con marihuana destinados a estos consumidores (Greenfield & Paoli, 2012).

En Brasil, desde el año 1994 han implementado programas de reducción de daños a través del intercambio de jeringuillas entre los consumidores de drogas inyectables (Hyshka, Bubela & Wild, 2013). A pesar de la oposición inicial a esta estrategia, en el año 2003, la reducción de daños deja de ser exclusiva para la reducción del VIH como una medida aislada y se convierte en parte de la Política Mayor del Ministerio de Salud para la Atención Integral de los Usuarios Alcohol y Política de Drogas en Salud Mental (Passos & Souza, 2011).

En EE.UU, a pesar de su rígida postura frente a las drogas, son las estrategias y acciones de reducción del daño del tabaco las que tienen un recorrido más interesante, donde se ha desarrollado políticas y estrategias de control y regulación de la industria del tabaco y el alcohol en el siglo XX además desarrollos dirigidos a la solución de los problemas causantes del consumo de estas como los cigarrillos sin alquitrán, productos de nicotina sin humo y cervezas sin alcohol entre otras (Drucker, 2012).

Según los artículos revisados, en los Estados Unidos, han intentado sobrellevar la adicción y disminuir

los daños del tabaco utilizando cigarrillos sin humo; sorprendentemente, los productos derivados del tabaco y, farmacológicamente activos, están exentos de la regulación de la FDA⁶; por ello, se permite la comercialización de productos de tabaco sin humo, impulsando la reducción de daños por consumo de tabaco en el territorio del país y en su ambiente (Kozlowski, I., 2007).

Diseño, análisis y evaluación de políticas públicas en el tema de SPA

En cuanto al diseño de las políticas, los documentos emitidos por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, entre otras, confirman la necesidad de reformar y reorientar la estructuración actual de las estrategias, programas y políticas en el tema de consumo de drogas a nivel mundial (Manzanera et al., 2000).

Los principios éticos y morales han desempeñado un papel importante en el diseño e implementación de estrategias y políticas en este campo. Las respuestas en su mayoría han sido de tipo bélico, punitivo y basadas en juicios de valor sobre las sustancias, aquellos que las producen, comercian y consumen. En esta vía, el papel de las comunidades en el diseño y formulación de estrategias ha sido parcial y condicionado, lo cual demuestra que la evidencia científica y los análisis de experiencias, han sido escasamente incorporados. Referencia: 10 años del programa de Drogas y Democracia del TNI. 1998-2008.

Respecto al análisis de las políticas, se encuentran documentos que dan cuenta de revisiones sistemáticas, comentarios o reflexiones hechas por estudiosos del tema (Menéndez, E., 2012). El enfoque prohibicionista ha sido dominante en el ámbito mundial desde finales del siglo XIX; sin embargo, la evidencia disponible muestra que las medidas punitivas no han logrado reducir el consumo.

Aunque la protección de la salud ha sido la intención inicial de las políticas, muchos países de Europa y América se han basado en regímenes represivos y de control; el discurso moral surge explícita e implícitamente en

⁶ FDA: Food and drugs administration, entidad que regula la oferta de sustancias para venta médica y pública.

debates, documentos y tratados sobre drogas. Pocos países han optado por una posición pragmática, defendiendo enfoques alternativos y propendiendo por reducir los daños para el individuo y la comunidad (Translational Institute, 2008).

Sobre la evaluación de estas políticas, se encuentran evidencias cuantitativas donde las intervenciones “efectivas” son calificadas en la medida que disminuyan las prevalencias del VIH y Virus de Hepatitis C, sin tener en cuenta aspectos involucrados en el fenómeno del consumo y de las dependencias a SPA, como es la calidad de vida, justicia social, bienestar y equidad. Asimismo, se evidencia que, las intervenciones derivadas de políticas públicas orientadas a la reducción de oferta de SPA son ineficaces y producen consecuencias adversas imprevistas (Gratius et al., 2012). Los propósitos y metas establecido en el tema de consumo de SPA, especialmente en la “guerra contra las drogas” o acciones enmarcadas en el objetivo de “un mundo sin drogas” no se han cumplido puesto que el consumo y tráfico no se ha reducido sustancialmente y en muchos lugares del mundo incluso ha aumentado. Ha significado un elevado gasto de recursos públicos y consecuencias no deseadas para la salud, la política y la cultura. Se ha priorizado en el diseño de políticas una visión moralista e ideológica que muchas veces no tiene en cuenta la evidencia científica, la experiencia o resultado de acciones previas, evidenciando la necesidad de revisar y reflexionar frente a estas políticas y estrategias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El paradigma tradicional para abordar la problemática de las SPA en el mundo ha sido predominantemente represivo, es decir, prohibir su uso y judicializar las fuentes de producción y tráfico; sin embargo, a partir de la experiencia europea respecto al abordaje de la epidemia de VIH, se impulsa una estrategia hacia el consumidor, identificando dos vertientes: una represiva y otra más tolerante, llamándolas miradas “Prohibicionistas” y de “Reducción de Daños” (McKeganey, N., 2011).

Esta forma de ver el problema cambia el objeto de intervención, desde las SPA y se centra en las personas que las usan (Castaño, G., 2002). A pesar de ser pionera en el desarrollo de la RD, en Europa se han presentado opiniones encontradas generadas por intereses políticos estatales y regionales, obstaculizando parcialmente la introducción de la estrategia (Butler & Mayock, 2005; Hudebine, 2005).

En Holanda la presión internacional y los movimientos conservadores locales generaron la prohibición del uso y tráfico de algunas drogas, como los hongos alucinógenos (prohibidos desde 2007); así mismo, se endureció la política respecto a los “coffee shops”⁷, viéndose reflejado con el cierre de 43 de los 228 que operaban (Bugarin, I., 2008)

Las acciones implementadas en países Americanos han tenido un proceso más lento, siendo más difícil dejar de lado el enfoque prohibicionista imperante. Además, en esta región, las políticas de reducción de daños resultan ser fragmentadas y coexisten con las represivas.

En 2003 en Brasil la reducción de daños deja de ser exclusiva para el VIH y se convierte en Política Mayor del Ministerio de Salud para la Atención Integral de los Usuarios Alcohol y Política de Drogas en Salud Mental, así, se buscó convertir a los consumidores en protagonistas de las acciones de atención (UNODC, 2015); además, se reconoce y alienta la coexistencia de diferentes modelos de atención de salud a los usuarios de alcohol (Alves, V., 2009).

Diez años después de que en Europa se realizaran los programas de reducción de daños, el gobierno de Estados Unidos destinó recursos para investigar sobre programas de intercambio de jeringuillas (Castaño, G., 2002). La experiencia de este país es reducida en comparación con otros desarrollos y su postura ideológica generó retrasos de ejecución de programas de reducción de daños (Reuter & Pollack, 2006). A pesar de lo anterior, se han realizado estrategias de este tipo para el consumo de tabaco, siendo éstas muy cuestionadas (Drucker, E., 2012) por ser consideradas “deshonestas”, dado que podrían representar una estrategia de persuasión a los fumadores para que no dejen de fumar

⁷ Coffee shops son expendios públicos de café donde se venden también SPA normalmente ilegales, pero de forma controlada.

y beneficiosa para la industria del tabaco (Drucker, E., 2012; Kozlowski, L., 2007).

Canadá ha sido uno de los que ha abogado por la "guerra contra las drogas", eliminando la reducción de daños de la "estrategia de drogas de cuatro pilares" (Canada's, Four-pillars drug strategy), mostrando un retroceso en cuanto al avance de la política pública hacia otras medidas (Hyshka, Butler-McPhee, Elliott, Wood & Kerr, 2012).

Con la creciente toma de conciencia a nivel internacional sobre el carácter complejo y transversal de las políticas de drogas, ha surgido también una apreciación de las tensiones sistémicas entre el régimen que asume la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de Naciones Unidas y otros ámbitos de actividad al interior mismo de la Organización de Naciones Unidas. En consecuencia, algunos países, a pesar de la orientación de la JIFE, han realizado intervenciones dirigidas a la reducción de daños y al consumo de drogas con relación al VIH/SIDA, como las salas de consumo o centros de "inyección segura", los programas de marihuana de uso médico y la 'descriminalización' de la tenencia de sustancias para consumo personal (Bewley-Taylor, D., 2012).

Algunas de las acciones particulares en países latinoamericanos han sido guiadas por la "descriminalización del consumidor" y la reducción de daño, posibilitando el establecimiento de salas de consumo. En México, Uruguay y Perú se ha descriminalizado el consumo y posesión para el uso personal de todas las drogas. Esta tendencia avanza hacia otros países y las propuestas de descriminalización se han puesto sobre el escenario también en Venezuela, Ecuador, El Salvador y Argentina. La mayoría de estos proyectos recientes de reforma de la ley de drogas, incluso el de Brasil, están en procesos internos de discusión (Gratius et al., 2012).

A nivel mundial 84 países apoyan la Reducción de Daños en política y práctica; 74 poseen referencia explícita de apoyo en los documentos sobre política nacional; 77 cuentan con intercambio de aguja y jeringa; 10 cuentan con intercambio de aguja y jeringa en prisiones; 65 prestan terapia de sustitución de opiáceos; 37 cuentan con sustitución de opiáceos en prisiones y 8 tienen cuartos de consumo (Human Rights Watch et al., 2011).

Los niveles de cobertura suficientes para revertir la epidemia del VIH sólo han sido implementados en lugares de Europa del Este, Australia y Nueva Zelanda. Rusia sin embargo, es hogar de casi dos millones de personas que se inyectan drogas, pero la sustitución de opiáceos todavía es prohibida (Burriss, S., 2006.).

La reducción de daños es vista cada vez más como un componente clave en el enfoque de derechos humanos al interior de las políticas de drogas. Además es reconocida por observadores internacionales y en foros políticos como un requisito para el derecho a la salud y el derecho para beneficiarse del progreso científico (Barrett, D., 2011).

La política de drogas de la Unión Europea (UE) ha sido integral, privilegiando la cooperación entre países. La región europea se destaca por presentar un modelo alternativo a los dominantes y su estrategia de drogas, 2013- 2020, reafirma su compromiso con un enfoque equilibrado entre la reducción de la oferta, la demanda y promulgar el concepto de Reducción del Daño (Gratius et al., 2012; Unión Europea, 2013).

En los países centrados en el prohibicionismo, no se identifican impactos mayores; por otro lado, en el caso de España, se ha migrado de una política prohibicionista, a un modelo integrador con acciones de mitigación, formación y reducción del daño. Sin dejar de lado la represión y el control penal sobre las drogas, lo que ha minado los avances de la reducción de daño y otros enfoques; un ejemplo de ello son las limitaciones a la transmisión de mensajes e informes de reducción de daño, impidiendo afianzar la convicción de su implementación y un mayor impacto de ésta en la sociedad (Ministerio de Sanidad & Secretaria de servicios sociales e igualdad, 2013; Moncada, E., 2004)

Entre Europa y América Latina se han establecido vínculos para abordar de manera efectiva las SPA; además, se realizan acciones de reducción de daño en países del Caribe debido a los vínculos existentes entre los territorios de esta región con los Países Bajos, Francia y el Reino Unido (Gratius et al., 2012). Se incluyen en sus estrategias, elementos de democracia, participación ciudadana, ética, salud pública y derechos humanos, generando políticas más humanizadas y encaminadas a dar respuesta a los problemas sociales y no sólo teniendo en cuenta intereses económicos o políticos derivados del uso de SPA (Ritter & Cameron, 2006).

En Centro y Sur América se ha iniciado el cambio de intervenir la producción y el tráfico a fortalecer acciones de prevención y mitigación del consumo; así, las políticas como la de Colombia, se han enfocado en propiciar entornos protectores y favorables para la salud, involucrando a la comunidad como parte integral de la solución (Fonseca, Nunn, Souza-Junior, Bastos & Ribeiro, 2007). Sin embargo, aún existe en el país una ideología de represión a los consumidores y apoyo a la “guerra contra las drogas”.

Países catalogados como “productores de drogas” han desarrollado estrategias de reducción de daños dirigidas a la población dedicada a la siembra, recolección y procesamiento de SPA, demostrando un cambio en los enfoques. Un referente en la innovación política es Bolivia al implementar un programa de reducción de daños dirigido a productores de coca, basándose en el reconocimiento de los usos tradicionales de la planta y permitiendo una cantidad de cultivo de ésta para abastecer a los usuarios tradicionales; así han asegurado los ingresos y la propiedad de la tierra para los que están en el programa estatal (Farthing & Kohl, 2012).

Algunos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones que buscan controlar el uso de alcohol en jornadas laborales y durante la conducción de vehículos y maquinarias utilizando pruebas de alcoholemia aleatoria entre trabajadores y conductores (Ritter & Cameron, 2006). Sin embargo, estas acciones no han tenido el impacto social esperado; aún hoy, se presentan altos índices de consumo de alcohol en diferentes países como México, en donde el verdadero problema de salud pública es el abuso de esta sustancia y no en el consumo de drogas ilícitas (Barra, A., 2013).

Hasta el año 2000 la política en México, se regía por un marco jurídico general y laxo, que incluía la advertencia en el etiquetado de los paquetes de cigarrillos, prohibición de venta a menores de edad, entre otros. Luego a esta política de control se agregaron acciones administrativas y legislativas desde la perspectiva tributaria y de regulación sanitaria a fin de disminuir el consumo, proteger a los no fumadores de la exposición al humo y dar atención a pacientes con

padecimientos derivados de éste (Hernández, Rodríguez, García, Ibáñez, & Martínez, 2007).

En Suecia, las políticas de reducción de daños por consumo de tabaco se relacionan con el uso de productos diferentes que generan daños menores (como la nicotina farmacéutica, SNUS, tabaco sin humo). Si bien el uso de estos productos tiene detractores y defensores, se han realizado estudios que demuestran que han disminuido las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al consumo. Se argumenta que hay suficiente evidencia en evaluaciones de la experiencia en Suecia con el SNUS y que justifican su adopción (Hall, W., 2005).

La OMS impulsa estrategias de reducción de daño buscando ampliar el impacto que estas puedan tener; esto requiere una acción concertada por parte de los Estados Miembros de una gobernanza mundial eficaz y la adecuada participación de los interesados.

Respecto al alcohol, la OMS hace hincapié en estrategias de educación e información; la población debe comprender qué significa su uso nocivo y los riesgos para la salud (World Health Organization - OMS, 2011). Enfatizan en el uso de estrategias políticas y en medidas de control como la restricción de conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, limitar la disponibilidad de ésta sustancia, aplicar criterios para proteger a niños y jóvenes del marketing que incita al consumo, políticas de fijación de precios, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol, ejercer influencia en las preferencias de los consumidores, imposición tributaria, recaudo de impuestos, entre otras (OMS, 2011).

Los países adoptan diversas estrategias para abordar los problemas de las drogas según sus necesidades y posturas ideológicas; sin embargo, documentos publicados por las organizaciones internacionales como la OMS y la CICAD⁸, concluyen que es necesario reformar y reorientar el diseño actual de las políticas, programas y estrategias en el tema de consumo, con el fin de tener mayor incidencia en todos los niveles de la sociedad, teniendo en cuenta el contexto religioso, cultural, recursos, capacidades, prioridades de salud pública de cada país. Además de lo nombrado, se requiere de la participación comunitaria, fomentando

⁸ CICAD: Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas de la OEA.

iniciativas y soluciones para enfrentar los problemas que aquejen cada región (Hallam, C. et al., 2012).

Una de las mayores falencias encontradas en los documentos políticos es que la Reducción de Daños ha sido estructurada y aplicada como modalidad de tratamiento y no como estrategia de afrontamiento o prevención. Es menester que su diseño tenga en cuenta las circunstancias de cada país. Asimismo, implica una reorientación presupuestal que permita el adecuado diseño y ejecución de futuras intervenciones, para que puedan impactar y fortalecer aspectos sociales, culturales, de educación y calidad de vida (Blickman & Jelsma, 2009).

Se destacan en éste análisis los aportes que describen a las políticas basadas en un modelo prohibicionista como "obsoletas" para abordar la problemática del consumo; la prohibición y el castigo han tenido desastrosas consecuencias a nivel social, económico y de salud (Díez-Ripollés, J., 2005; Domostawski & Marcano, 2012). Para ejemplificar esta afirmación, en Estados Unidos se concordó el retorno de las bebidas alcohólicas a la legalidad porque la Prohibición en los años 30 había causado corrupción, injusticia, delincuentes, envenenamientos en masa por la destilación ilegal de alcoholes tóxicos y la fundación del crimen organizado, sin reducir en más del 30% el consumo general. Otro testimonio es la prohibición del mate en Paraguay; su consumo entre la población nativa y los españoles alcanzó proporciones nunca vistas. En síntesis, la historia enseña que ninguna droga desapareció o dejó de ser consumida durante su prohibición. Mientras subsista el modelo punitivo, habrá una tendencia mucho mayor a consumos irracionales, asimismo, la experiencia muestra que disponer libremente de una droga no crea conflictos sociales e individuales comparables a los que provoca su prohibición (Escohotado, A., 2016).

En contraste, las políticas y programas enmarcados en la estrategia de Reducción del Daño procuran minimizar el daño a la salud de los consumidores en el ámbito social y económico de las poblaciones, sin frenar necesariamente el consumo. A pesar de lo anterior, las organizaciones que implementan esta estrategia son

pequeñas y carecen de los recursos para ofertar servicios (International Harm Reduction Association, 2010).

Estudios enfocados en la evaluación metodológica de políticas de drogas convergen en la idea de que es más alta la probabilidad de éxito para acciones enmarcadas con el enfoque de Mitigación⁹ (Bewley-Taylor, D., 2003). Aunado a esto, los estudios disponibles plantean que existe evidencia suficiente para adoptar y apoyar estas intervenciones (Ritter & Cameron, 2006); sin embargo, estas investigaciones cuentan con múltiples limitaciones: Sesgos en la recolección de información y dificultades para establecer una relación directa entre la disminución de las prevalencias y la implementación de la política (Fatseas et al., 2012). En general frente al fenómeno de las drogas no se ha tenido una visión holística llevando probablemente a las comunidades en direcciones equivocadas (Bewley-Taylor, D., 2003).

En resumen:

- La creación de políticas de drogas en Europa y América en las que se integra la Reducción de Daño fue la respuesta a momentos históricos y políticos específicos de cada región. Sin embargo, las metodologías de abordaje, no sólo tenían en cuenta las situaciones específicas de cada lugar, sino también, tendencias internacionales y afinidades políticas, generando así diferencia en ellas.
- Los enfoques y estrategias encontradas en las políticas estatales son de tipo prohibicionista, preventivo y de reducción del daño, acogiendo parcialmente las orientaciones de la política internacional orientada por la Organización Mundial de la Salud en consonancia con la Organización de Naciones Unidas. Existen diferencias por país, región y condición legal de la sustancia, encontrándose en Europa mayor número de países con enfoques de reducción de daño y en América preferiblemente de tipo prohibicionista y preventivista. Los principios de las políticas incluyen: Derechos humanos, equidad social y de género, participación social

⁹ Intervenciones que buscan reducir el impacto individual, familiar, social y sanitario del consumo de SPA.

y, en su implementación, la evidencia científica y las buenas prácticas.

- Acorde a documentos de carácter científico y legal relacionados con el diseño, análisis y estructuración de políticas de Reducción de Daños en las regiones de América y Europa, se pueden evidenciar elementos importantes y algunas limitaciones en los aspectos mencionados, especialmente en el diseño y evaluación.
- Finalmente, se sugiere continuar con el análisis y evaluación de las Políticas de Reducción de Daño por consumo de Sustancias Psicoactivas, considerando que la evidencia científica muestra efectividad en la implementación de este enfoque por encima de Políticas Prohibicionistas. De esta manera se espera que la reflexión y revisión de dichas Políticas se evidencie en la inclusión de este enfoque en las próximas directrices que se realicen en el tema.

REFERENCIAS

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>
- Ashton, J. R. & Seymour, H. (2010). Public Health and the origins of the Mersey Model of Harm Reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21(2), 94-96. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.004>
- Barra, A. (2013). La política de drogas en México: Prevención, reducción de daños y reasignación presupuestal. Recuperado a partir de http://www.fesmex.org/common/Documentos/Libros/Paper_PP_Politica_de_drogas_enMexico_AramBarra_Ago2013.pdf
- Barrett, D. (2011). Harm reduction is not enough for supply side policy: A human rights-based approach offers more. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 18-19. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.07.005>
- Becoña, I. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Bewley-Taylor, D.R. (2012). Hacia una revisión de las convenciones de drogas de la ONU. La lógica y los dilemas de los grupos afines. *Serie reforma legislativa en materia de drogas*, 19.
- Bewley-Taylor, D. R. (2003). Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities. *International Journal of Drug Policy*, 14(2), 171-179. [http://doi.org/10.1016/S0955-3959\(03\)00005-7](http://doi.org/10.1016/S0955-3959(03)00005-7)
- Blickman, T. & Jelsma, M. (2009). La reforma de las políticas de drogas. *Nueva Sociedad*, (222). Recuperado a partir de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/05/miscelaneas41121.pdf>
- Bugarin, I. (2008). Holanda: ¿fin de las drogas blandas? *BBC.com*. Amsterdam, Holanda. Recuperado a partir de http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7764000/7764945.stm
- Burris, S. (2006). Harm reduction: What's a lawyer to do? *International Journal of Drug Policy*, 17(1), 47-50. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.11.003>
- Butler, S. & Mayock, P. (2005). 'An Irish solution to an Irish problem': Harm reduction and ambiguity in the drug policy of the Republic of Ireland. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 415-422. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.07.002>
- Castaño, G. (2002). Cap Antonio María Flórez. Nuevos abordajes para viejos problemas. Programas de Reducción de Daños. En *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias. La reducción de riesgos y daños*. (1.ª ed.). Medellín, Colombia: Fondo editorial, Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Clarke, M. & Oxman, A. D. (2000). Cochrane reviewers' handbook 4.1 [updated June 2000]. Review Manager (RevMan)[Computer program]. Version, 4(1), 208-215.
- Cymerman, P., Touzé, G. & Rossi, D. (1996). La estrategia de Reducción de Daños como política preventiva. *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Ediciones CEADSUNR.
- Díez Ripollés, J. L. (2005). El control penal del abuso de drogas: una valoración político-criminal. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 18(1). <http://doi.org/10.4067/S0718-09502005000100008>
- Domostawski, A. & Marcano, A. (2012). *Políticas sobre drogas en Portugal: beneficios de la descriminalización del consumo de drogas*. Lisboa: Open Society Foundations.
- Drucker, E. (2012). Failed drug policies in the United States and the future of AIDS: A perfect storm. *Journal of Public Health Policy*, 33(3), 309-316. <http://doi.org/10.1057/jphp.2012.16>
- Escohotado, A. (2016). La prohibición: principios y consecuencias. Recuperado a partir de <http://www.escohotado.com/articles/laprohibicionprincipiosyconsecuencias.htm>
- Farthing, L. & Kohl, B. (2012). Supply-side harm reduction strategies: Bolivia's experiment with social control. *International Journal of Drug Policy*, 23(6), 488-494. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.004>
- Fatseas, M., Denis, C., Serre, F., Dubernet, J., Daulouède, J.-P. & Auriacombe, M. (2012). Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. *AIDS and Behavior*, 16(7), 2082-2090. <http://doi.org/10.1007/s10461-011-0054-4>

- Fonseca, E. M. da, Nunn, A., Souza-Junior, P. B., Bastos, F. I. & Ribeiro, J. M. (2007). Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2134-2144. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900021>
- Department de Salut de Catalunya (2016). Drogas ¿Por qué tenemos que reducir los daños y los riesgos asociados al consumo? [Internet]. Generalitat de Catalunya. Recuperado a partir de http://hemerotecadrogues.cat/docs/20idees_falses_cast.pdf
- Gratius, S., European Parliament & Directorate-General for External Policies of the Union. (2012). *Europa y América latina la lucha contra la droga y el narcotráfico*. Luxembourg: Publications Office.
- Greenfield, V. A & Paoli, L. (2012). If supply-oriented drug policy is broken, can harm reduction help fix it? Melding disciplines and methods to advance international drug-control policy. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 6-15. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.04.007>
- Hallam, C., Werb, D, Lai, G, Nougier, M, Melis, M & Curtis, M. (2012). Guía sobre políticas de drogas. El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas.
- Hall, W. D. (2005). The prospects for tobacco harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 16(3), 139-142. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.04.002>
- Hernández, M., Rodríguez, C. J., Garcia, K. M., Ibáñez, N. A. & Martínez, M. J. (2007). Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Rev. Salud pública de México*, 49, s302-s311.
- Hudbine, H. (2005). Applying cognitive policy analysis to the drug issue: Harm reduction and the reversal of the deviantization of drug users in Britain 1985-1997. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 231-243. <http://doi.org/10.1080/16066350500053521>
- Human Rights Watch, Open Society Institute Public Health Program, Canadian HIV/AIDS Legal Network & Harm Reduction International. (2011). Reducción de Daños. Derechos Humanos y Política de Drogas (Reporte Informativo). Recuperado a partir de http://www.ihra.net/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf
- Hyshka, E., Bubela, T. & Wild, T. C. (2013). Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(3), 468-476. <http://doi.org/10.1111/add.12064>
- Hyshka, E., Butler-McPhee, J., Elliott, R., Wood, E., & Kerr, T. (2012). Canada moving backwards on illegal drugs. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, 103(2), 125-127.
- International Harm Reduction Association. (2010). *Global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response*. London: International Harm Reduction Association.
- Jauffret-Roustide, M., Emmanuelli, J., Quaglia, M., Barin, F., Arduin, P., Laporte, A. & Desenclos, J.-C. (2006). Impact of a Harm-Reduction Policy on HIV and Hepatitis C Virus Transmission Among Drug Users: Recent French Data—The ANRS-Coquelicot Study. *Substance Use & Misuse*, 41(10-12), 1603-1621. <http://doi.org/10.1080/10826080600847951>
- Keep Britain Tidy. (2005). Policy paper on Drug Related Litter. Keep Britain Tidy. Recuperado a partir de http://keepwalestidy.org/research/1054drug_related_litter_policy_paper.pdf
- Kozlowski, L. T. (2007). Effect of Smokeless Tobacco Product Marketing and Use on Population Harm from Tobacco Use. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(6), S379-S386. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.015>
- Lloyd, C. & Hunt, N. (2007). Drug consumption rooms: An overdue extension to harm reduction policy in the UK? *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 5-9. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.12.010>
- MacPherson, D., Mulla, Z., & Richardson, L. (2006). The evolution of drug policy in Vancouver, Canada: Strategies for preventing harm from psychoactive substance use. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 127-132. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.10.006>
- Manzanera, R., Torralba, L., Brugal, M. T., Armengol, R., Solanes, P., & Villalbí, J. R. (2000). Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 14(1), 58-66. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71429-4](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71429-4)
- McKeganey, N. (2011). From harm reduction to drug user abstinence: A journey in drug treatment policy. *Journal of Substance Use*, 16(3), 179-194.
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva*, 8(1), 9-24.
- Ministerio de Sanidad, & Secretaria de servicios sociales e igualdad. (2013). Plan de acción sobre drogas España 2013-2016. Recuperado a partir de http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicassocial/Documentos/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf
- Moncada, E. (2004). *La política de reducción de daños: un enfoque alternativo para la prevención de adicciones* (Postgrado en Licenciado en Derecho). Universidad de Sonora, Mexico. Recuperado a partir de <http://komodoworld0.tripod.com/prdtesiserichm.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito-UNODC. (2015). Informe mundial sobre las drogas 2015. (Resumen ejecutivo). Organización de las Naciones Unidas - ONU. Recuperado a partir de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *The International Journal on Drug Policy*, 18(2), 141-144. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.01.003>
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de «guerra às drogas». *Revista Psicologia & Sociedade*, 23(1). Recuperado a partir de <http://www.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs2/index.php/seerpsicoc/articledownload/3252/1933>
- Reuter, P. & Pollack, H. (2006). How much can treatment reduce national drug problems? *Addiction*, 101(3), 341-347. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01313.x>

- Ritter, A. & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 611-624. <http://doi.org/10.1080/09595230600944529>
- Robson G, & Marlatt A. (2006). Harm reduction and alcohol policy. *International Journal of Drug Policy*; 17 (4):255-257.
- Rovira, J. (2014). *Debats Catalunya Social Propostes des del Tercer Sector: Drets Humans y Polítiques de Drogas: noves propostes de regulació*. Catalunya, España: Dossier Catalunya Social propostes des del tercer sector. Recuperado a partir de http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_derechos_humans_y_politicas_de_drogas_nuevas_propuestas_de_regulacion.pdf
- Salazar, J. A. A. & Rojas, D. A. T. (2015). Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2009-2012. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 29-52.
- Tammi, T. (2005). Discipline or contain?: The struggle over the concept of harm reduction in the 1997 Drug Policy Committee in Finland. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 384-392. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.06.006>
- Translational Institute. (2008). 10 años del programa drogas y democracia del TNI, 1998-2008. Recuperado a partir de <https://www.tni.org/files/article-downloads/10anos.pdf>
- Translational Institute. (2016). Reformas a las Leyes de drogas en América Latina - Colombia [Oficial]. Recuperado 7 de abril de 2016, a partir de <http://druglawreform.info/es/informacion-por-pais/america-latina/colombia/item/245-colombia>
- Unión Europea- UE. (2013). Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020), Consejo Europeo. Recuperado a partir de <http://www.proyctohombrevea.org/estrategia-sobre-drogas-2013-2020-de-la-union-europea/>
- World Health Organization-OMS. (2011). *Estrategia Mundial Para Reducir El Uso Nocivo Del Alcohol* (Vol. 1). Ginebra: World Health Organization.