

**ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO  
FEDERAL  
VI LEGISLATURA  
ESTENOGRAFIA PARLAMENTARIA**



VI LEGISLATURA

**PRIMER AÑO DE EJERCICIO**

**Comisión de Gobierno**  
Políticas Públicas en Materia de Drogas (para la Ciudad de México)  
**Foro**

**Panel 6: Conociendo las experiencias internacionales.**

**VERSIÓN ESTENOGRÁFICA**

*Patio Central Palacio de Minería*

**3 de septiembre de 2013**

**EL C. MAESTRO DE CEREMONIAS.-** Señoras y señores, hablaremos ahora sobre las alternativas de regulación.

De manera muy concreta vamos a conocer diversas experiencias internacionales. Este panel está compuesto fundamentalmente por invitados como ponentes de otros países.

Pido a ustedes les demos a quienes integral el panel un cordial aplauso de bienvenida.

Este panel denominado; “Conociendo las experiencias internacionales” es encabezado por la diputada Esthela Damián Peralta como anfitriona por parte de la Asamblea Legislativa y como moderador el doctor Leo Zuckermann.

Me permitiré antes de ceder la palabra al doctor Zuckermann, recordar a ustedes algo que ya conocemos de lo que ha sido su brillante trayectoria. El doctor Leo Zuckermann es doctor en ciencia política por la Universidad de Columbia, de Nueva York.

Trabajó en tareas importantes dentro de la Presidencia de la República aquí en nuestro país.

Fue Secretario General del Centro de Investigación y Docencia Económicas, donde es profesor investigador en la División de Estudios Políticos.

El doctor Zuckermann escribe por el periódico Excelsior y recordemos que él recibió el Premio Nacional de Periodismo de 2003 en la categoría de artículos de fondo y opinión.

Tiene la palabra nuestro moderador, doctor Leo Zuckermann.

**EL C. MODERADOR DR. LEO ZUCKERMANN.-** Gracias, muy buenos días. Muchas gracias a la Asamblea por la oportunidad de moderar este panel, me parece fantástico que se está haciendo este evento. A mí me va a tocar ser el malo de la película, porque soy el que tengo que procurar que no se pasen de tiempo los panelistas.

Comienzo presentando a la diputada Esthela Damián, quien va a abrir este panel. Diputada.

**LA C. DIPUTADA ESTHELA DAMIAN PERALTA.-** Muchas gracias. Para la Asamblea Legislativa del Distrito Federal que hoy nos acompañen los Excelentísimos Embajadores, entiendo y quisiera corregir la mesa, porque algunos creo no vinieron, pero hay quienes sustituyen, tengo anotado a España, de la República Oriental de Uruguay, así como a distinguidos enviados de las embajadas de Suiza y de los países bajos; Lisa por supuesto con quien hemos estado en otras mesas y de quien aprendemos siempre, quien nos hablará de la experiencia de Portugal al respecto.

La presencia del doctor Alfonso Bello, asesor regional sobre abuso de sustancias y especialista en reducción de la demanda de drogas.

Por supuesto quisiera darle la bienvenida a Sebastián, un compañero diputado que nos da muchísimo gusto que nos acompañe porque entiendo que incluso es diputado proponente para el tema.

Estos países representan justamente diversas e interesantes experiencias de modelos de respuesta pública al fenómeno de las drogas.

En otras palabras en este panel, nos acompañan quienes nos pueden compartir la evidencia y ejemplos de buenas prácticas con el fin de ofrecer orientación para la revisión, elaboración y puesta en práctica de las mejores políticas de drogas.

Como saben todos, la Ciudad de México se plantea actualmente un debate abierto y basado en la ciencia con respecto a cómo responder de la mejor manera el fenómeno de las drogas.

Nos preguntamos en particular cómo regular el cannabis. Es una gran responsabilidad para la Asamblea Legislativa dialogar y decidir la mejor solución para el caso específico de esta entidad federativa y capital de México, por lo que es importante que aprendamos de lo que otros ya han experimentado.

Quienes formulamos políticas públicas, desempeñamos nuestra labor en una época de incertidumbre y en el tema de las drogas hemos visto que la estrategia simplista de la guerra contra las drogas no ha alcanzado los objetivos clave de erradicar los mercados ilícitos y de reducir la prevalencia del consumo.

Al mismo tiempo cada vez hay más evidencia de que el actual régimen de fiscalización de sustancias psicoactivas ha tenido graves consecuencias negativas para el desarrollo, la salud pública y los derechos humanos.

Son también cada vez más los gobiernos que están estudiando opciones normativas, alternativas para abordar los daños asociados con los mercados y el consumo de las drogas.

Este panel es una muestra de ello, aunque cada país aquí representando ha optado distintos enfoque ante esta cuestión, existe un claro consenso de que las políticas sobre drogas deben basarse en hechos y no en ideologías. Por lo

que deben tener en cuenta las diversas culturas, realidades y normas que conviven en nuestras ciudades.

Naturalmente, cualquier paradigma que nos planteamos debe respetar los derechos humanos y la dignidad de las personas independientemente de que estas consuman o no drogas.

Los panelistas que hoy dialogan en esta mesa provienen de países que han reformado sus políticas de drogas con el fin de lograr sus objetivos públicos de manera más eficaz y eficiente, ya sea a través de cambios legislativos para la regulación legal, aprovechando vacíos legales para la organización comunitaria o por medio de intervenciones de salud desde el poder ejecutivo, sus políticas son muestra de lo que es posible en el marco de las convenciones internacionales de drogas.

Sin duda algunos ejemplos son más recientes que otros. Sin embargo, todos los casos le permiten a quienes conformamos esta Asamblea Legislativa examinar varias opciones para regular distintas drogas entre diversas poblaciones. Estos casos nos permiten estudiar distintos modelos de regulación para el caso concreto del cannabis.

Es pertinente preguntarles al principio de la exposición a los expertos que nos acompañan: ¿Qué obstáculos han encontrado en el camino para la reforma de sus políticas de drogas?

¿Cómo han planteado nuevos objetivos e indicadores públicos que midan el avance que hacen en la materia?

¿Qué modelos de política pública se implementan hoy en sus países y qué retos y áreas de oportunidad se vislumbran?

Con la tarea sobre la mesa, les deseo un diálogo sumamente fructífero. A nombre de la Asamblea Legislativa les doy la más cordial bienvenida y el agradecimiento sincero por la experiencia que nos brindarán el día de hoy.

**EL C. MODERADOR.-** Muchas gracias a la diputada Esthela Damián Peralta.

Vamos a empezar, ya puso la diputada algunas preguntas sobre la mesa. El objetivo de este panel es entender la experiencia internacional, qué resultados han dado en materias de salud y de seguridad pública, si ha crecido o

disminuido el caso de consumo de menores, si ha crecido o disminuido el abuso y la dependencia de las drogas. En fin, cómo es posible observar los resultados de estas políticas públicas de evaluarlas.

Voy a presentar al primer panelista: Él es Carlos César Morales Sánchez. Él es Ministro Consejero de la Embajada en España aquí en México.

Durante su carrera diplomática ha ocupado diferentes cargos en las representaciones de España en Chila, Manila, Ankara.

Fue Consejero Político de la Representación Permanente en España ante las Naciones Unidas.

El Ministro tiene 15 minutos. Adelante.

**EL MINISTRO CARLOS CESAR MORALES SANCHEZ.-** Muy bien, intentaré ser lo más breve y lo más conciso posible.

Buenas tardes. Muchísimas gracias, moderador; estimada diputada, estimado diputado; colegas, público en general y sobre todo los organizadores a los que quiero agradecer que hayan invitado a España a exponer determinados aspectos de su experiencia en este ámbito.

Lo que yo voy a exponer a continuación es la posición oficial española de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de las Drogas en España, que es la autoridad ocupada de estos temas y no voy a hacer un repaso general a la situación o la legislación española en este ámbito porque es muy extensa, pero sí se me pidió que hiciera una referencia a los denominados asociaciones o clubes de cannabis, y esto va a ser mi exposición y mi intervención.

En España el consumo privado, incluso la producción de pequeñas cantidades de determinadas plantas, aquellas cuyos principios activos tienen la consideración de drogas ilegales, siempre que sea claramente para el propio consumo, no constituye una práctica penalizada por la ley.

En la base de esta decisión está la consideración en España de que el adicto es un enfermo. Lo que hace posible que las personas adictas se incorporen a tratamientos y se pueda intervenir para reducir los daños y riesgos asociados al uso de las drogas.

Ahora bien, reconocer la existencia de la enfermedad adictiva, el derecho a la salud, la educación en salud y la prevención de los adictos no significa aceptar que la producción recolección, distribución y venta de drogas pasen a constituir un mercado libre auspiciado por gobiernos o empresas en su caso autorizadas para ello.

Por otra parte en España existe el derecho de asociación, sin que eso signifique que las asociaciones de consumidores de cannabis en este caso puedan tener plantaciones de marihuana o puedan comerciar con ello.

Las asociaciones cannábicas o de cannabis inscritas en el registro, son perseguidas en cuanto comienzan su actividad de cultivo y distribución, se les aplicaría el Código Penal por tanto al constituir un ilícito perfectamente tipificado como lo es también cualquier actividad que haga apología del consumo de las drogas.

Hay una Ley Orgánica que regula en España del año 2002 que regula el derecho de asociación y que establece que la inscripción en el registro de asociaciones es o se entiende realizada a los únicos efectos de publicidad.

Por tanto la inscripción de estas asociaciones o clubes no implica en ningún caso el derecho a cultivar, recolectar y distribuir cannabis, que nuestro ordenamiento jurídico, repito, contempla como ilícito penal.

Así estas actividades, cultivo, recolección, distribución no se pueden considerar dentro del concepto de autoconsumo ni el de consumo compartido, ya que para ello es necesario que se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

Que los consumidores sean adictos, que el consumo se efectúe en lugar cerrado sin que puedan inmiscuirse terceras personas o que haya riesgo de difusión o de visión.

Que la cantidad de droga sea insignificante.

Que la coparticipación consumista venga referida a un pequeño núcleo de drogo dependientes, como acto esporádico e íntimo, sin trascendencia social.

Que los consumidores sean personas ciertas y determinadas y que ha de tratarse en todo caso de un consumo inmediato de sustancias adquiridas.

El cultivo de cualquier planta con propiedades estupefacientes está sometido en España a un estricto sistema legal de autorización y control por parte del Ministerio de Sanidad con el exclusivo fin de obtener las sustancias necesarias para la industria farmacéutica.

Según las autoridades españolas, el aumento de la disponibilidad se acompaña de un aumento del consumo especialmente en menores.

Por poner un ejemplo, la Fiscalía del país Vasco, que es una comunidad autónoma que se encuentra en el norte de España, atribuye un 14 por ciento de incremento de consumo de cannabis y en menores a la asociación de estos clubes o asociaciones cannábicas.

Por ello el ordenamiento jurídico español vigente contempla el uso o consumo de cualquier estupefaciente, única y exclusivamente con fines terapéuticos, siempre que se cumplan los requisitos legales.

El ordenamiento jurídico en vigor por lo tanto no ampara en módulo alguno ni la autoprescripción, es decir, sin intervención médica, el consumo con dosis no terapéuticas o cantidades libremente determinadas por el propio consumidor, ni el libre acceso o adquisición, todo ello en cualquier lugar y por cualquier procedimiento de la sustancia estupefaciente de referencia. El tratamiento de cualquier enfermedad requiere la necesaria intervención médica en cada caso y de forma individualizada y para un tratamiento concreto.

En definitiva, España estima que no existen razones legales ni de salud pública ni administrativas ni fiscales que aconsejen una liberalización del mercado del cannabis, sobre todo si tenemos en cuenta que las demandas asistenciales por consumo del cannabis está incrementándose al parecer de una manera alarmante hasta alcanzar un tercio de toda la demanda nueva por drogas y que el 93 por ciento de dicha demanda se efectúa por menores de 18 años.

Finalmente y ya termino, los requisitos legales para el uso o consumo de cualquier estupefaciente con fines terapéuticos en España son:

La necesaria prescripción previa por parte de un médico o profesional de la salud.

La prescripción en dosis terapéuticas.

La prescripción por medio de recetas oficiales.

La adquisición del correspondiente preparado sólo y exclusivamente a través de oficina de farmacia legalmente autorizadas.

Muchas gracias.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias al Consejero Carlos César Morales. En tiempo por cierto, muchas gracias.

Vamos a pasar ahora con nuestro siguiente ponente. El siguiente ponente es Sebastián Sabini.

Sebastián es diputado en la República de Uruguay. Él es miembro de la Comisión de Adicciones y entiendo que estuviste, diputado, involucrado en la redacción de la Ley de Legalización del Cannabis. Adelante.

**EL DIPUTADO SEBASTIAN SABINI.-** Muchas gracias. Gracias a la VI Legislatura, a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal por la invitación. Siempre estos espacios de discusión en las sociedades democráticas son importantes y creo que hay que rescatar también la necesidad de diálogo que tenemos en este tema en donde la información como decía el doctor es un problema, es decir, la información de calidad, la información testeada, la información científica y en el tema en donde las cuestiones morales pesan, las calificaciones morales, etcétera.

En este momento vamos a presentar la fundamentación del por qué y en la tarde voy a presentar el esquema regulatorio, parecía importante tener un espacio para discutir los fundamentos: ¿Por qué un país como Uruguay pretende regular un mercado como el de cannabis; cuáles es la evidencia en la cual nos basamos para hacerlo; cuáles son las experiencias previas; cuáles son los problemas que enfrenta Uruguay en materia de cannabis?

Yo diría, nosotros tenemos 3 ejes con los cuales hemos discutido este tema. El primero y sin orden de importancia, es el eje sanitario, el eje de la salud de los usuarios.

En Uruguay el consumo de cannabis se duplicó en los últimos 10 años y se duplicó en un contexto donde el consumo no está penado, es decir, es un derecho a partir del artículo 10 de la Constitución en donde todas las acciones

privadas no son objeto de los magistrados, es decir, uno puede hacer lo que quiera consigo mismo, siempre y cuando no afecte a un tercero, pero los usuarios que tenemos una media un poquito superior al resto de América Latina, no saben qué es lo que están consumiendo, es decir, al no tener un sistema de trazabilidad, un canon de calidad, simplemente no sabemos qué es lo que consume la gente.

Lo que sí presumimos es que lo que consumen es de peor calidad de que si fuera regulado, por qué, porque cannabis que se consume en Uruguay básicamente viene de Paraguay, es un cannabis que viene prensado, que viene mezclado con hojas, mezclado con palos, eso hace por ejemplo que la combustión tenga una temperatura mayor y por lo tanto el daño pulmonar también es mayor, viene con hongos, viene con amoníaco y todo eso es mucho más perjudicial que si simplemente se consumiera la flor, el cogollo, como decimos allá.

Entonces la primera cuestión es: ¿Cómo interpretan las personas el consumo del cannabis? Bueno, lo interpretan con un riesgo potencialmente bajo.

Entonces desde un foro sobre políticas de drogas, la pregunta es: ¿Cuál debería ser la política orientada al consumo de cannabis entonces? Yo diría no sólo por el cannabis, pero en este caso con el cannabis, dos aspectos principales, aumentar la percepción del riesgo, es decir las drogas no son inocuas, cualquier persona que consuma droga puede tener eventual un riesgo, un daño a su salud física.

La segunda, retrasar la de inicio. Tenemos bastante evidencia en donde sabemos que si una persona cuanto más jóvenes tienen potencialmente más riesgo de convertirse en un consumidor problemático si su consumo se inicia en forma temprana. Entonces estos deberían ser dos objetivos claros de la política, algunas de estas cosas están en el proyecto.

Entonces el primer objetivo decía es el sanitario. El segundo objetivo, los derechos. Hay personas que por ejercer un derecho están presas.

¿Quiénes son esas personas? Son jóvenes, casi todos de la periferia de bajos recursos que por tener en su poder cannabis terminan presos, porque tienen mayores dificultades de acceso a la justicia, porque tienen mayores dificultades

de acceso al ejercicio pleno de sus derechos, porque la justicia generalmente entiende que si un joven pobre tiene cannabis es para vender, no para consumir, aunque en Uruguay, repito, el consumo es un derecho. Entonces terminan muchas veces presos por tener una planta o por tener cantidades mínimas de estas sustancias y porque la ley no era clara en este tema.

La ley decía, bueno dice porque todavía estamos en media sanción, una persona puede tener en su poder sustancias prohibidas siempre y cuando se entienda razonable para su consumo personal, pero la razonabilidad cambia en función de cada juez.

Entonces esto era un problema y por lo tanto lo primero que buscamos con el proyecto es establezcamos un marco de igualdad y aseguremos los derechos a los ciudadanos, particularmente a los adultos que son los que tiene permitido el consumo.

El tercer aspecto es el aspecto de la seguridad. Sin llegar a los niveles de otros países de América, 1 de cada 3 homicidios se produce relacionado al narcotráfico, 1 de cada 3 presos está relacionado con el narcotráfico y esto es una acción que ha ido creciendo en un contexto de aumento de la eficiencia policíaca, es decir, aumenta el número de procedimientos policiales, aumentan las incautaciones, aumenta el número de presos y eso no tiene un correlato en el consumo con una reducción del consumo.

Ahora sí tenemos experiencias en materia de drogas, en donde sí logramos reducir el consumo y particularmente en adolescentes con el tabaco, es decir, qué hicimos en Uruguay, establecimos clínicas de sensación de tabaquismo, establecimos políticas claras de información para que la gente supiera que si consume tabaco tiene consecuencias directas en su salud. Esto operó aumentando la percepción del riesgo y reduciendo el consumo en los adolescentes de un 33 por ciento a un 14, y esto en 8 años.

Es decir que una política, pero no lo prohibimos, no prohibimos que las personas consumieran tabaco, sí dijimos “bueno, en un espacio como este, un espacio cerrado público no se va a poder fumar, si quieren fumar tienen que salir afuera”; y la gente lo entendió y se operó un cambio cultural.

Entonces es posible llegar a mejores niveles sanitarios estableciendo regulaciones.

El otro ejemplo que yo creo que es muy importante es el del alcohol, en donde sí tenemos fuertemente regulada la etapa productiva pero no es la etapa del consumo.

¿Qué quiero decir con esto? Cualquier persona sabe que si va a comprar una botella de whisky o una botella de vino, una botella de cerveza, efectivamente está comprando eso, no está comprando otra cosa, o sea que el aspecto productivo está regulado.

Yo les voy a pedir a los compañeros de la mesa que incluyan un texto, pido disculpas porque en realidad no estaba pensado para ser presentado, creo que no se lee.

Pero en la década del 30 ustedes saben muy bien que Estados Unidos estableció la prohibición del alcohol, eso generó mercado negro, un circuito mafioso. El objetivo era muy diferente, es decir, la idea central de prohibir el alcohol era la misma que subyace a la prohibición que establecemos con las drogas ilícitas.

Era así: Si el alcohol no llega a las personas, entonces vamos a vivir en un mundo floreciente, en un mundo sin problemas, en un mundo sin violencia, en un mundo más pacífico; y lo que ocurrió fue todo lo contrario, se multiplicaron el número de homicidios, empezaron a morir personas por consumir alcohol porque no había ningún tipo de control de la regulación de la calidad del alcohol, algunas personas quedaban ciegas, otras personas quedaban parálíticas, otras personas tenían problemas a lo largo de toda su vida en forma crónica por consumir un alcohol de baja calidad. Aumentaron el número de presos, pasaron de 4 mil a 20 mil presos en 10 años.

Yo creo que con buen tino los norteamericanos dijeron “bueno, esto no da para más, hay que regular este mercado”, y quitaron esa prohibición. En ese mismo momento histórico, 1930, Uruguay estableció el monopolio de la prohibición estatal de alcohol.

¿Eso qué permitió? Que en Uruguay nadie se iba a morir por tomarse una botella de caña, no sé cómo se diga, de aguardiente o de vino o una botella de

cerveza, como pasaba antes. Bajamos a 0 el número de muertes por esto, por intoxicación, y no tuvimos el problema de la mafia evidente.

Entonces parte de la cuestión política que hay que discutir es que la prohibición es lo que genera ese fantástico negocio que es el narcotráfico, que es el negocio más lucrativo del planeta, 1.5 del PBI mundial es el negocio del narcotráfico.

Entonces la pregunta que tenemos que hacernos es si no sería correcto regular ese mercado como regulamos tantas otras cosas que son nocivas para la salud pero no las prohibimos. Aún teniendo evidencia, bastante evidencia científica en donde por lo menos podemos citar el cannabis en un plano de igualdad con respecto al tabaco y con respecto al alcohol, que no son sustancias más riesgosas para la salud que cannabis, no lo son; y creo que tenemos que tener la franqueza de decirlo.

Ahora si después a mí me molesta que alguien fume marihuana, eso es otro problema, acá lo que estamos discutiendo es cómo encaramos en forma diferente el fenómeno del narcotráfico, porque lo que hemos hecho hasta ahora ha sido terrible, ha sido terrible, hemos tenido más violencia, hemos tenido más muertes, hemos tenido más problemas de salud. Entonces necesariamente hay que encarar otras estrategias, otras estrategias que nos permitan resolver estos problemas, porque con más guerra no lo vamos a hacer.

Por eso Uruguay, que es un país muy pequeño, ha llegado a la conclusión de que tiene que regular el mercado del cannabis, que tiene que aprovechar la potencialidad medicinal del cannabis, que no quita otros usos medicinales que pueden existir pero claramente con relación al consumo de pasta base de cocaína, en donde ya hay mucha experiencia comunitaria y profesional y de las madres, las madres de los jóvenes que consumen pasta base que nos dicen “por favor, aprueben el proyecto porque el cannabis lo utilizamos medicinalmente con nuestros hijos, porque cuando una persona tiene un síndrome de abstinencia de pasta base de cocaína, no sé cómo se llama aquí en México, lo único que le puedo dar es un poco de cannabis para que pueda sobrellevar ese síndrome de abstinencia”.

Utilicemos la experiencia de Holanda, que separó los mercados, separó los mercados de drogas potencialmente más dañinas de otras que no lo son.

Utilicemos nuestra propia experiencia en donde siempre las prohibiciones generan mercados negros y al final, al final del camino la prohibición genera todo lo contrario a lo que quería combatir, porque nadie está en contra o nadie puede estar en contra de mejorar la salud de la población. Es un derecho de las personas el ejercicio de una vida saludable.

Ahora, las políticas que hemos hecho del Estado han sido contraproducentes para esa salud.

Por último y con esto termino, con respecto a algunas ponencias que había hoy en la mañana, más tarde voy a presentar más claramente el proyecto.

Cuando los adultos le decimos a los jóvenes “la marihuana te mata”, los que perdemos somos los adultos, no son los jóvenes, es decir, por qué perdemos, primero porque saben que si consumen marihuana no se mueren, entonces deslegitimamos el discurso adulto; cuando les vamos a decir “el paco te mata”, bueno, ya no te creyó lo otro y esto que sigue es mucho más grave, tampoco nos van a creer.

Entonces hay que ser muy cuidadosos con el discurso hacia fuera, con el discurso hacia los adolescentes. Hay que decir “la marihuana tiene problemas, puede generar problemas de salud en las personas que tienen cierta depresión o que tienen características depresivas; si estás embarazada no puedes fumar marihuana, si tienes 15 años no fumes marihuana porque es muy probable que generes ciertas condiciones hacia futuro”, y eso es lo que hay que decir, hay que decir los problemas reales de salud que genera y no otros que pensamos que es mejor decirle que es mucho más dañino de lo que en realidad es, y al final cuando realmente tengamos cosas importantes que decirle no nos van a creer. Entonces hay que ser muy cuidadosos con estas cosas.

Yo en mi vida profesional soy docente y creo que la forma de encarar los problemas con los adolescentes es hablando, no es escondiéndose, no es generando miedo. La política del miedo fracasó y creo que el mundo tiene que empezar a cambiar la forma de discutir estos temas quitándonos los prejuicios

morales que tenemos y yendo hacia una política mucho más racional que la que hoy tenemos.

Muchísimas gracias.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias al diputado Sebastián Sabini.

Por cierto, creo que tienen ustedes, todos ustedes, unas tarjetas, por si quieren ir mandando sus preguntas va a haber un espacio para que los ponentes puedan responder y debatir también sus preguntas, si tienen algunos cuestionamientos.

A continuación, me permito presentar a Mirko Giuleti. El es maestro en Planeación Urbana de la Escuela Politécnica Federal de Zurich y en Derecho Internacional de los Derechos Humanos por la Universidad de Lovaina la Nueva.

Tiene una extensa experiencia en Colombia, Afganistán y Ruanda con el Comité Internacional de la Cruz Roja; Oficial Electoral para la Organización para la Cooperación y la Seguridad en Europa, en Bosnia y Herzegovina y Diplomático de Suiza desde 1999 en Nueva York, Bruselas, la Cancillería en Berna y actualmente desde luego aquí en México. Milko, 15 minutos.

**EL MINISTRO CONSEJERO MILKO GIULETI.-** Muchas gracias.

Buenas tardes a todas y todos. Los agradecimientos de la Embajada a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para invitar a Suiza a este foro.

Una pequeña corrección, no es culpa del moderador pero le quitaron a mi currículum vitae lo que para mí es lo más importante y que siempre pongo en primero, que todo el mundo quita, soy casado, tengo 2 hijos y 1 hija, es la mejor cosa de la vida, eso es más importante que mis experiencias profesionales.

Rápidamente voy a presentar en unos minutos como no especialista un poco la política de los 4 pilares, lo que Suiza ha construido en 25, 30 años.

Voy a hacer un breve histórico de cómo llegamos hasta esta política de los 4 pilares, voy rápidamente también a ilustrar, voy a poner a Suiza en el contexto internacional y a hacer una o dos conclusiones.

Esta era la imagen que muchos tenían de Suiza en los años 80, había más de 20 lugares abiertos donde los jóvenes y menos jóvenes se inyectaban drogas, comercializaban drogas y muchas veces morían.

Es cierto que esta imagen también traía un corte negativo en cuanto a inseguridad de los ciudadanos, insalubridad, traía cortes de violencia, de robos, y por supuesto de imagen negativa.

Era en los 80 para la población suiza un de los focos de interés a nivel político, así es que muchos ciudadanos habían pedido a las autoridades “ya basta, ya no podemos más con esa situación”.

Empezaron varios actores, es un cuadro de Matisse, me gusta presentar cuadros, no tengo estadísticas, no tengo mucho texto, es un cuadro de Matisse, ilustra un poco los diferentes actores que había en Suiza en este momento, había médicos, había por supuesto la policía, la sociedad civil, quizás los papás de los drogadictos, había las autoridades municipales, las autoridades cantonales, y cada quien actuaba de manera individual.

Los médicos se dieron cuenta, unos decían “bueno, quizás hay que distribuir jeringas a los drogadictos para que por lo menos no haya transmisión de VIH-SIDA, que no haya transmisión de otras enfermedades; la policía que empezó a actuar diciendo “bueno, quizás podemos tolerar el consumo, es ilegal, que sea claro, el consumo sigue siendo ilegal en Suiza pero quizás se puede tolerar. Hay asociaciones civiles que se preocupaban de administrar quizás simplemente comida en esos parques que hemos visto hasta antes.

Siempre un cuadro de Matisse. Esta vez estos actores empiezan a bailar juntos, se forman coaliciones, son individuos o grupo de individuos que actúan de manera individual, pero empiezan a decirse “bueno, quizás la policía pueda cooperar con los médicos, los médicos puedan cooperar con los papás de los drogadictos, con la sociedad civil”, y empiezan a formarse en diferentes lugares coaliciones con municipalidades que de vez en cuando que apoyaban ese esfuerzo, de vez en cuando las municipalidades no apoyaban esos esfuerzos.

Pero empieza a crearse una práctica, más que una política empieza una práctica que permite de reducir en cierto nivel los daños que quedan alrededor del mundo de la droga y también a reducir los daños para los individuos.

Un logro fue por ejemplo que bajaron el número de consumidores, bajaron el corte de violencia, ya no había más esos espacios abiertos de mercado e inyección de droga, los consumidores que venían arrestados venían llevados a una clínica especializada, al contrario, los proveedores de droga o los que no vivían por ejemplo en Zurich la policía lo devolvía a su ciudad de proveniencia y esto es un poco el límite porque en Suiza cada quien tiene el derecho de desplazarse como se le da la gana al interior del territorio, pero lo hacían. Todo esto para disminuir en un cierto sentido todos los aspectos negativos alrededor del mundo de la droga.

Se ven todavía en el centro, siempre un cuadro de Matisse, en el centro se ven todavía los bailarines, esas coaliciones. Ahora, los suizos no somos un pueblo de idealistas, es un pueblo muy pragmático, no es que teníamos o esas coaliciones tenían grandes ideales atrás, el único ideal era reducir el consumo de drogas, el reducir los efectos negativos para los drogadictos y por supuesto los efectos negativos de toda una sociedad. Eso era el objetivo mayor, poco idealismo, un gran pragmatismo.

Todo esto llevó más o menos casi 30 años de debates, de prácticas, en varias ciudades, en varios cantones, empezaban comisiones de especialistas a reunirse, a hacer borradores de posibles políticas y empezaron algunos expertos pues fue adoptado por la Oficina Federal de la Salud Pública el modelo de 4 pilares, que fue adoptado por el Parlamento y en un segundo paso por referéndum en Suiza. A nosotros nos gusta mucho votar, la ventaja es que prácticamente el 70 por ciento de la población en el 2008 apoyó esta política de los 4 pilares.

Así que si en los 80 había muchas dudas sobre estas coaliciones, sobre este pragmatismo, en espacio de 25, 30 años, la población, el mundo político, el mundo de los expertos, se dieron cuenta que era una solución muy pragmática, una solución que conllevaba a efectos positivos.

¿Cuál es la política de estos 4 pilares? La idea es muy sencilla, usted puede ser el mejor espadachín en la ciudad pero solo no combatirá, no salvará el honor de la Reina, se necesitan más, se necesitan coaliciones. Así que D'Artagnan solo no puede hacer gran cosa, se puso con Athos, Aramis y Porthos, creo que se llamaban, para ser más eficaces.

¿En qué consiste esta política? Por supuesto el plan de la prevención, que es muy importante, terapia y reinserción como segundo pilar, reducción de daños individuales y de la sociedad, y por supuesto respeto de la ley.

Prevención me parecerá que es claro y sencillo, son campañas sobre todo para los más jóvenes para que no utilicen drogas, también que no fumen tabaco, que no tomen cerveza sin límites; prevención primaria de campañas de información; una prevención secundaria es cuando ya se empiezan a ver los primeros efectos de utilización y se trata de sacar a los jóvenes, lo hemos visto esta mañana en este ciclo, para que regresen a no consumir y no hacer uso de drogas. **Naked Lunch**

Terapia y reinserción. Aquí el objetivo es de pasar de los personajes de Naked Lunch, de William Barnes, que son muchos drogadictos que se pierden, hacen uso de drogas hasta morir, son pérdidas, entre comillas, para la sociedad.

Al modelo intermedio, Sherlock Holmes, Sherlock Holmes es un detective muy reconocido, muy hábil y que hacía uso de cocaína. Es escrito muy claro en las novelas, no estoy inventando nada, pero es integrado a la sociedad, consumidor de drogas integrado en la sociedad; y el tercero Hegel Velasco, no sé, al personaje principal Violeta que se va de México, se va a Nueva York, que hace una vida desesperada de prostitución, de consumo de droga, de gastos a todos los niveles y decide regresar a México, y es cierto que el final no es muy claro pero se puede interpretar como el que hace este gran salto y abandona este mundo de drogas y de despilfarro de salud.

Así que esto es un poco el objetivo, de pasar de ser adictos hasta perderse y reintegrarse en la sociedad y sí es posible dejar las drogas.

Aquí vemos, un aspecto sumamente importante en Suiza es la dignidad, la dignidad de la persona, no hay una definición jurídica por supuesto, pero está inscrita en la Constitución. La dignidad muchas veces pasa también por la integración a la sociedad, el trabajo, los estudios, ser marginalizado por supuesto hace que uno pierda su propia dignidad.

La reducción de daños está bien, por supuesto, la reducción de daños de los individuos, de los drogadictos, que ya dejen de tomar droga, y este es el mismo parque que vimos en la primera imagen, esta fue una foto tomada hace unos

años quizás un poco triste, nadie que esté caminando, pero bueno, ya no hay nadie más que se esté drogando, ya no hay nadie más que vende droga, el espacio fue recuperado por el público y también es una reducción de daños a nivel social sumamente importante.

El punto importante que no hay que olvidar en la política de los 4 pilares de Suiza es el respeto de la ley. No es porque se tolera el consumo de droga individual que este sea permitido, absolutamente no.

En los gastos, también esta mañana se hablaba de los gastos de Holanda, quizás coincido un poco con mi colega, son parecidos. Cuesta más o menos 1.5 millones o 1 mil 500 millones de dólares la política de controlar las drogas, de los cuales dos terceras partes son consagradas a la represión, de policía, de justicia y así. Sigue siendo un pilar sumamente importante.

Esto me lleva al contexto internacional, por supuesto Suiza es como muchos países, es parte de la Convención Unica del 61.

Los grandes pilares son la prohibición del consumo de droga y de venta de droga. Estos siguen siendo los fundamentos de la política de droga en Suiza.

Hay esta Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, el órgano de monitoreo de las Convenciones, de la Convención del 61 con sus protocolos adicionales, que ha criticado Suiza por muchas cosas.

En Suiza por eso una de las prácticas en el campo de la terapia es la de distribución controlada de droga, esa distribución se hace lugares encerrados con control médico, dispensarios.

Un poco así digamos, ese que está fumando su opio, y esto fue muy criticado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, porque dice que es una manera, que es una distribución de drogas ilegal.

Creo que Suiza lo interpreta de manera un poquito más larga, pero bueno, es una crítica que tomamos en cuenta para mejorar nuestra práctica en la política.

Muy brevemente unas conclusiones.

¿Es una victoria? No, difícil decirlo, en parte sí, digamos, el Barco que hemos visto antes ya es accesible al público, el número de drogadictos en Suiza ha disminuido, el consumidor ha disminuido, muchos que todavía hacen uso de

drogas están mejor integrados en la sociedad, así que en un cierto sentido podemos como Churchill decir que hemos ganado, por lo menos no hemos perdido tanto.

Es cierto que los equilibrios cambian de manera muy continua, y consumas el tipo de drogas que consumas hoy es diferente de los 80. Los Jóvenes se acercan más temprano al consumo de drogas.

Así que adoptar esta política de los cuatro pilares, hay que adaptarla, y en continuación, esperando de tal manera de conservar el equilibrio.

Este es un niño campesino de un pintor suizo, Albert Anker, no sé si es víctima de uso de opiáceos o no sé qué, todo lo que espero es que no sea su estado en este momento después de mi presentación.

Que tengan un buen día.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias a Mirko y esta muy pintoresca presentación. Felicidades porque se ve que lee buena literatura mexicana de nuestro amigo Javier Velasco.

A continuación me permito presentar a Ellen Beijers. Estudió ciencia política en la Universidad de Leiden, en los Países Bajos, y economía en la Universidad de Montevideo, Uruguay, país en el que fue integrante de la delegación de la Comisión Europea; fue primera secretaria y jefa del departamento político, prensa y cultura en la Embajada de los Países Bajos en México; primera secretaria de la Embajada de su país en Pakistán y en Ruanda. Anteriormente se desempeñó en el Departamento de Organización de las Naciones Unidas en el Ministerio de Relaciones Exteriores y en el Departamento de África. Tiene 15 minutos. Adelante.

**LA SRA. ELLEN BEIJERS.-** Gracias. Agradezco a la VI Legislatura darme la oportunidad de explicar un poco la política de drogas de los Países Bajos.

La política de drogas. Los Países Bajos éramos uno de los primeros en reformar la política ya en los años 70, eso llevó mucha discusión internacional y causó que empezaron varios mitos acerca de la política de Holanda en cuanto a las drogas.

La esencia de la política de Holanda es que el primer objetivo no es disminuir el consumo, el primer objetivo es la reducción del daño a la persona consumidor y a las otras personas en la sociedad.

Esos son los mitos que existen sobre la política holandesa en cuanto a las drogas, que allá todo tipo de drogas está a la venta; por todos lados se encuentran coffee shops, ese es el segundo mito; el tercer mito es que debido a esta política liberal y tolerante los Países Bajos cuentan con un alto consumo de drogas; y el último y cuarto mito es que en Holanda no se considera el uso de drogas como una amenaza para la salud pública. Voy a estructurar mi presentación con estos mitos.

Primer mito: todo tipo de droga está a la venta. Perdón ¿ese fue el primer mito? Sí. La legislación en Holanda consiste de 3 elementos claves: primero es separación de mercados de drogas que se consideran blandas, que se considera que no tienen un alto riesgo para la salud pública y drogas duras que sí tienen un riesgo inaceptable para la salud pública; el segundo elemento es que hay una política muy activa y mucha inversión en medidas de reducción del daño; y el tercer elemento es un equilibrio de la salud pública y el orden público, y viene del pensamiento si uno usa mucha represión del consumo, el consumidor desaparece en un ambiente underground, donde no hay más información sobre él, donde no le puede monitorear ni preocupar por sus posibles problemas de salud.

Las estrategias en cuanto a las drogas son reducir la oferta, reducir la demanda y reducir los daños, para eso trabajan en conjunto tres ministerios a nivel nacional, todo bajo la coordinación del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, en colaboración con Seguridad y Justicia y Relaciones Exteriores.

A nivel local hay 3 que trabajan en conjunto para determinar la política de coffee shops, aquí trabaja el alcalde con la policía y con el ministerio público.

La ley más importante que determina la política es la Ley del Opio, que data del 76. El objetivo de esta ley es separar los mercados de las drogas blandas y de las drogas duras, consiste en dos listas en los Países Bajos: la lista uno tiene a drogas que tienen un riesgo inaceptable para la salud pública, ésta incluye heroína, cocaína, éxtasis y anfetaminas; la lista dos son drogas que suponen

un riesgo significativo menor para la salud público, esto incluye cannabis, pastillas para dormir, tranquilizantes, zetas alucinógenas y Cats.

Las listas son dinámicas, sujetas a evaluación continua y cambios permanentes. Hay nuevas drogas recientemente introducidas, como por ejemplo el Cats, y también en este momento hay una discusión en el Parlamento sobre cambios que se dan en el producto de cannabis, que a veces cuentan ahora con un componente psicoactivo de más de 15%, y se piensa que este tipo de cannabis puede determinar un riesgo inaceptable para la salud, y tendrá que pasar de la lista 2 a la 1 por esto.

Lo que tiene que ser muy claro es que las drogas no son legales, ninguna droga es legal en los Países, no está legalizado. Las drogas de la lista 1 son ilegales por ley y no se pueden comprar ni vender ni consumir; las drogas de la lista 2, drogas blandas, son también ilegales por ley, pero son toleradas y se pueden comprar y usar bajo ciertos criterios en los determinados coffee shops.

Eso me lleva al mito dos, que coffee shops se encuentran por todas partes en los Países Bajos. Los coffee shops funcionan bajo un régimen muy supervisado y se pueden vender drogas blandas bajo ciertas reglas y criterios. Los criterios son, el primero es que no puede haber publicidad para el consumo de drogas, no puede haber venta de drogas duras, tampoco pueden causar disturbios para el orden público, la entrada en los coffee shops o la venta es prohibida a jóvenes menores de 18 años, las cantidades son muy determinadas por personas por día, no se puede vender más de 5 gramos y el stock máximo del coffee shop no puede ser más de 500 gramos. Todo esto es bajo supervisión del alcalde y los coffee shops pueden estar sancionados con un cierre temporal o permanente si no toman en cuenta las reglas.

Los coffee shops en Holanda, hay un número total de coffee shops de 650, 75% de los municipios de los Países Bajos no tienen ningún coffee shop. La mayoría de los coffee shops se concentran en las áreas urbanas de las ciudades de Ámsterdam, Róterdam, La Haya y en la región fronteriza del Sur. Los municipios tienen la libertad para decidir sobre la existencia en número y la distribución de los coffee shops.

Los coffee shops y la política tolerante en Holanda ha llevado al fenómeno que se llama turismo de drogas, sobre todo en las regiones de la frontera Sur, en Ámsterdam, Róterdam y en La Haya. Eso ha generado molestias en la población.

Parcialmente he explicado por estas molestias se ve una tendencia en los Países Bajos que hay ahora menos aprobación en la opinión pública de la política de drogas, introdujeron otras reglas más estrictas para el operar de los coffee shops: no se pueden encontrar en cercanía de escuelas por ejemplo. También a partir de enero de 2013 la admisión en los coffee shops y la venta de cannabis es sólo para residentes de los Países Bajos o también a personas con permiso de residencia.

Hay diferentes formas en que los alcaldes implementan estas políticas, ellos tienen cierto margen de discrecionalidad dentro del margen jurídico general. La ciudad de Ámsterdam busca la implementación más liberal de estas nuevas reglas.

Toda la política a nivel local está determinada por el triángulo local, que es policía, ministerio público y alcaldía, ellos están siempre en diálogo con los microempresarios de los coffee shops.

Mito número tres: que debido a la política de drogas de los Países Bajos hay un consumo muy alto de drogas. Les muestro una tabla, esta es una tabla que muestra el consumo de drogas, se ve que en cuanto a drogas blandas, como cannabis, Holanda se encuentra en el promedio en Europa y por debajo de los Estados Unidos, quien en cuanto a drogas duras, como cocaína, éxtasis, anfetaminas, también se encuentra más o menos en el promedio europeo y generalmente por debajo del consumo de los Estados Unidos.

También en Holanda el consumo ha sido estable siempre, la reforma a la política de drogas no ha causado ningún aumento en ningún momento.

El mito número cuatro: que en Holanda el uso de drogas no se considera como una amenaza para la salud. No es cierto, hay una inversión muy grande en prevención, tratamiento y reducción de daños. Otra persona habló antes que Holanda invirtió 1% de nuestro producto interno bruto en prevención, reducción de daños y tratamiento.

Hay programas especiales para grupos vulnerables y grupos de riesgos, hay programas especiales de tratamiento. Hay por ejemplo también un programa muy exitoso para consumidores de heroína, que en los años 80 era un consumo de heroína muy problemático en espacios públicos, en un ambiente criminal y muy feo.

Hoy día el consumidor de heroína se ha reducido a unos cientos de personas que no pueden deshacerse de su adicción y que consumen heroína ahora bajo supervisión médica y monitoreados.

También Holanda hoy día cuenta con cannabis medicinal por receta médica, que es cannabis producido especialmente en Holanda bajo supervisión de la Oficina para la Cannabis Medicinal.

Reducción de daños, programas múltiples, programas de metadona, un sustituto para heroína, menos dañino, muchos programas de intercambio de agujas, una campaña de vacunación contra la hepatitis B dirigida a grupos de riesgo, también evaluación prueba de pastillas en lugares donde se piensa que se va a consumir éxtasis, para saber el contenido de la pastilla y para minimizar los efectos negativos o los riesgos para el consumidor.

Conclusión. Holanda era uno de los primeros y tal vez también un primer país en que se dio un retroceso, un cambio en la actitud liberal que hubo un día en los años 70, se puede explicar parcialmente por las molestias generadas por el turismo de drogas, y por otra parte también se puede buscar una explicación en un ambiente general con normas sociales poco menos permisivas, con más preocupación por orden público, reducción del crimen.

Hoy día la política de Holanda no es tan diferente de la política en otros países europeos, hoy día se está disminuyendo la cantidad de coffee shops en Holanda. Esa fue mi presentación.

Muchas gracias.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias a Ellen, muchas gracias.

A continuación Lisa Sánchez, ella es maestra en ciencias políticas por la Universidad de Sorbona, en Francia, actualmente coordinada el Programa Latinoamericano para la Reforma de la Política de Drogas de México Unido

Contra la Delincuencia y de la Fundación Transform para la Política de Drogas, con sede en Bristol. Colaboró con la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Y si entiendo bien, ¿vas a hablar de Portugal, verdad Lisa, de la experiencia en Portugal? Adelante, 15 minutos.

**LA SRA. LISA SÁNCHEZ.-** Muchísimas gracias.

Nosotros vamos a hablar un poco de la experiencia portuguesa porque nos parecía extremadamente importante que en un panel donde se discutan las nuevas experiencias internacionales a nivel de la reforma de la política de drogas no estuviera el ejemplo más claro de una política que ha sido evaluada como efectiva por una serie de fuentes independientes y pertenecientes al mismo gobierno.

Yo voy a retomar en realidad la presentación que hiciera João Goulão, él es el Director de la Oficina Nacional de Drogas y Adicciones de Portugal, como comúnmente los conocemos nosotros, el zar antidrogas portugués, él hizo esta presentación en el marco de la Comisión de Narcóticos en Viena, en marzo de este año.

El caso portugués nosotros lo estamos trayendo a colación porque resulta el más paradigmático de una política que ha discriminalizado, despenalizado efectivamente tanto el consumo como la portación para uso personal y la adquisición para uso personal de sustancias psicoactivas de todas las drogas que hoy permanecen controladas bajo el sistema de fiscalización.

Portugal empezó con esta política, como breves antecedentes, en 1999 a través de un cambio de estrategia justamente que implicaba un abordaje más integral del fenómeno de drogas para atender dos vertientes preocupantes: lo primero que se habían dado cuenta los portugueses es que encarcelar o multar y castigar penalmente a los usuarios de drogas no necesariamente había tenido un impacto positivo en la reducción del abuso de drogas, y lo siguiente es que el encarcelamiento de personas no violentas, que principalmente estaban presas por haber violado las leyes de drogas generaba un costo social y económico inaceptablemente alto.

En el marco de esta reforma es justamente que Portugal empiece a repensar el fenómeno de drogas y entonces genera una ley en el año 2000 que permite justamente la despenalización efectiva del consumo, la portación y la adquisición de drogas en un modelo que se llamó el modelo de disuasión.

Este modelo se acompaña de un cambio legislativo, se acompaña también de una estrategia programática, como ya les estaba contando, pero también se acompaña de la creación de una institucionalidad integrada, capaz de gestionar la totalidad del modelo, y me voy a explicar a qué me refiero con esto.

El objetivo central del modelo de despenalización portugués fue evidentemente eficientar la acción del Estado, dado que el encarcelamiento se había evaluado como una medida no efectiva para la prevención del abuso, pero también justamente porque tenía un costo fiscal y social altísimo.

La reforma portuguesa, es lo más importante que yo quisiera decirles, es que está basada en 8 principios que sustentan justamente la política de despenalización, el más importante de los cuales es el principio humanista. Portugal lo que dijo es: "Lo primero que tenemos que hacer es reconocer la dignidad humana de quien usa, abusa y depende de las drogas". Lo que tenemos que hacer también es permitirnos a nosotros como autoridades e institucionalidad tanto policial como penal como de salud pública, es entender la historia del individuo, entender su historia clínica, pero también entender su ambiente social, en dónde se está desarrollando esta persona, cuáles son las carencias y las necesidades que tiene y cómo se comporta su consumo de drogas.

Un tercer elemento de este principio humanista es justamente asumir que la adicción, aquellas personas que ya desarrollaron un consumo problemático y que tienen un consumo crónico-patológico son enfermos y que por lo tanto estas personas, en tanto que ciudadanos, nunca abdicar ni pierden su derecho a la salud, y por lo tanto el Estado portugués se hace responsable de garantizar el derecho a la salud de estas personas proveyendo los servicios de prevención, reducción del daño, tratamiento y, más importante, reinserción social de las personas adictas a las drogas.

Por último, hay una responsabilidad, que justamente como bien se explicaba en materia del caso holandés, que se asume total frente a los infractores de drogas que no son consumidores o que no son infractores de drogas detenidos o sorprendidos en posesión, sino que se les comprueba la intención de venta o el tráfico.

Entonces, en ese sentido lo más importante es decir que con toda la inclusión y este cambio de política, Portugal sigue persiguiendo el tráfico ilícito de drogas, pero su acción no se concentra en la criminalización ni en la persecución de usuarios.

La ley entonces contempla que el consumo, la adquisición y la posesión de plantas, sustancias y preparaciones para un consumo personal de hasta por diez días es sujeto a sanciones de tipo administrativo, pero no se considera un crimen y por lo tanto no está sancionado de manera penal, pone en marcha entonces un mecanismo que es de acercamiento y de presencia fuerte del Estado para con su ciudadanía, a través de la cual se busca integrar a los usuarios, a esas personas que usan, abusan y dependen de las drogas, a una serie de servicios sociales que van más allá sólo del tratamiento o van más allá del ámbito de la salud, para integrarse entonces en un esquema también de servicios un poquito más amplios como la vivienda, como el empleo, la formación de habilidades para la vida, etcétera.

¿De dónde viene y a dónde va entonces este modelo? Después de 10 años lo que nosotros vimos con el modelo portugués es justamente que se aprueba una ley que despenaliza efectivamente el consumo y la posesión y, como en México, establece una tabla de cuáles son las cantidades máximas permitidas para la portación, la adquisición y el consumo, como les dije, tomando en cuenta que en realidad estas cantidades están pensadas para que el individuo lo pueda hacer como un máximo de 10 días, es decir se calculan en función de cuánto un individuo podría consumir en 10 días.

Sólo para darles un ejemplo de cómo este modelo al mismo tiempo de tener similitudes con el caso mexicano encuentra también sus diferencias: la tabla de portación máxima en Portugal permite por ejemplo contar con hasta 25 gramos de cannabis, en comparación de una tabla mexicana que sólo permite 5 gramos; permite por ejemplo portar 2 gramos de clorhidrato de cocaína, en

México sólo permitimos medio gramo; permite por ejemplo un gramo de MDMA, cuando aquí lo medimos en microgramos.

El objetivo de esta tabla entonces sería establecer un modelo de disuasión cuyos objetivos son los siguientes:

Queremos disuadir el consumo, por lo tanto estamos generando una especie de advertencia y tarjeta amarilla para las personas que por acción policial sean sorprendidas en posesión de estupefacientes, pero lo más importante, como se apuntó también aquí, con respecto al modelo de los Países Bajos, es que no está centrado en prevenir el uso, está centrado en prevenir el abuso de drogas y está centrado en prevenir o disminuir los riesgos y daños asociados al abuso de drogas, pero también a las políticas que criminalizan y generan costos sociales adicionales.

Tiene herramientas de disuasión, o sea no solo buscamos disuadir por disuadir, sino que pusimos en marcha una serie de herramientas, entre las cuales la información juega un papel fundamental, el usuario de drogas en Portugal tiene acceso a información no dogmática, científica, pertinente y suficiente que entonces le va a permitir también conocer cuáles son los riesgos asociados a ese consumo y cuáles son las alternativas en caso de que decida discontinuarlo.

Se promueve también la reintegración social de las personas que han pasado por una problemática de abuso y se generan también mecanismos de detección de situaciones de sufrimiento social otras que no son necesariamente el abuso de drogas, sobre las cuales el Estado tendría que estar interviniendo.

Les pongo un ejemplo muy claro de esto, las comisiones o el modelo de disuasión portugués permite también identificar a personas que por ejemplo no cuentan con un empleo, no cuentan con un hogar o un techo, no cuentan con servicios sociales o atención médica y permite canalizarlos a la institucionalidad correspondiente para que puedan acceder a esos servicios.

¿Cómo se vigila este modelo? Se creó una ley, se establecieron las portaciones máximas, se dijo que iba a ser una ofensa administrativa, no iba a

ser una ofensa de tipo penal y se puso en marcha una institucionalidad para coordinar.

Portugal creó lo que se llama Comisiones de Disuasión de la Toxicomanía, que en realidad están compuestas por una serie de funcionarios y grupos de expertos que permiten la gestión del modelo y permiten que siga funcionando. Cada comisión tiene un presidente y dos miembros más, uno de los miembros es designado directamente por la autoridad en salud y otro de los miembros es designado por la autoridad de justicia y estos tres miembros cuentan con el apoyo permanente de un grupo multidisciplinario compuesto por sociólogos, trabajadores sociales, médicos, psicológicos, pero no únicamente psiquiatras, no únicamente personal de salud, sino personas que pueden identificar esas situaciones de sufrimiento social de las que hablábamos antes.

El procedimiento es relativamente simple, cuando una persona es sorprendida por la policía en posesión de drogas, en lugar de llevarlo al ministerio público o en lugar de llevarlo directamente a enfrentarse con el sistema penal, lo que se hace es que se levanta un reporte en el cual se le cita dentro de las próximas 72 horas asistir a esta comisión de disuasión, la persona debe presentarse y una vez que se presenta es recibida por la comisión y entonces lo que se establece es la evaluación psicosocial de la persona, es decir se le hace una evaluación psicológica, pero también se le pide a la persona que tenga una audiencia y pueda explicar su caso, pueda explicar cuáles son las condiciones en las que se dio ese reporte de portación, por qué está utilizando drogas, cuáles son las circunstancias en las que las usa, cuáles son sus problemáticas y en función de eso se toma una decisión, esta decisión tiene evidentemente efectos inmediatos que son supervisados por la comisión y que pueden variar en los siguientes resultados.

Se hace por ejemplo la suspensión del proceso de seguimiento de la persona, se le puede pedir que se presente de manera periódica a la comisión para generar una evaluación sostenida sobre su condición, se le pueden administrar amonestaciones o advertencias, servicio comunitario, algunas multas económicas o bien se le puede simplemente confiscar la droga en la que se le encontró en posesión.

Los resultados interesantes del caso portugués es uno que se integra al enfoque integral del abordaje drogas; dos, que no se criminaliza a las personas que usan drogas, tres, que permite entonces la identificación de otras problemáticas sociales de las cuales muchas veces el abuso de drogas es simplemente un síntoma y permitió los siguientes resultados, que voy a hablar de manera muy esquemática.

Permitió por ejemplo la reducción del uso de drogas ilícitas entre adolescentes, aunque se experimentó un incremento estacional en el uso de drogas ilícitas entre algunos grupos de adultos.

Permitió también reducir la carga en el sistema de justicia penal por la detección de usuarios de drogas.

Redujo la prevalencia de drogas inyectables.

Redujo la transmisión de enfermedades infecciosas.

Redujo también la estigmatización de los usuarios de drogas.

Permitió también incrementar el número de drogas confiscadas por las autoridades en este tema de justamente salirnos del mito de que Portugal no persigue el tráfico de drogas.

Permitió también incrementar la eficiencia de la policía para concentrarse en delitos que afectan a la sociedad y que no necesariamente están relacionados con las drogas.

Importante simplemente decir que el gobierno portugués no necesariamente establece una relación lineal y única entre la despenalización del consumo y la portación para explicar los resultados hasta ahora obtenidos, más bien se los atribuyen a que esta es una estrategia integral que permitió atender de manera más efectiva estas problemáticas y generar una sinergia institucional interesante y que ahora permite al estado portugués tener una cercanía con estas poblaciones más allá del uso de drogas.

Yo lo dejaría hasta aquí. Si alguien tiene alguna pregunta lo podemos ver en la siguiente sesión.

Gracias.

**EL MODERADOR.-** Gracias a Lisa Sánchez. Vamos con nuestro último panelista, para luego pasar a las preguntas y al debate de nuestros panelistas.

Luis Isidoro Alfonso Bello es psiquiatra y epidemiólogo venezolano, especialista en dependencia de sustancias psicoactivas y asesor regional sobre abuso de sustancias de la OPS desde 2011, es experto en reducción de la demanda en la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de las Drogas de la OEA, esto fue entre 2006 y 2011; en Venezuela fue asesor en tratamiento de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas, jefe del programa nacional de salud mental, jefe del programa nacional de adicciones y profesor en la Universidad Central de Venezuela.

Adelante, 15 minutos, por favor.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Gracias.

Me tocó abrir esta mañana la sesión de los panelistas y me toca cerrarla ahora. Hemos caminado un periplo muy amplio en relación a visiones sobre este tema.

Primero que no voy a hablar en representación de un país, voy a hablar en representación de una organización que tiene mucho que ver con el sistema de salud de los países.

A pesar de que este es un tema cuyas políticas de control y fiscalización han estado siempre justificadas sobre la base del daño a la salud pública, llamaba la atención que para la región de las Américas el organismo que vela por las políticas de salud no hubiese hecho un planteamiento con la suficiente fuerza y consistencia para ubicar este tema, algo así como si podemos utilizar una metáfora, abrirle una especie de registro en nacimiento a este problema de salud y crearle visos de legitimidad, al igual que por ejemplo tenemos con la hipertensión arterial, con la diabetes, con la artritis reumatoide, e incluso como si la abrimos a problemas un poco complicados como el Sida y otros temas que tradicionalmente han generado muchísima dificultad para su inclusión como tema de salud.

Es por eso que la Organización Panamericana de la Salud en el año 2010 y 2011 aprueba una estrategia la cual fue suscrita en el consejo directivo por los ministros de salud de los países, esta estrategia se basa fundamentalmente en

el enfoque de salud pública y este es un elemento que no es menor, es un elemento que surge como un ingrediente de alguna manera de balance en las políticas de drogas en la región. Las políticas de drogas en la región están entonces fundamentadas, uno de los principios fundamentales es la equidad, el respeto a los derechos humanos, la participación comunitaria.

Seguimos más adelante para hablar de las 5 áreas estratégicas que son digamos donde fundamentamos nosotros el compromiso de los países en relación al abordaje de salud pública en este tema. Estas 5 áreas estratégicas en primer lugar abren el espacio que debiera ser el marco de referencia más importante, es imposible que este tema lo podamos abordar seriamente, que podamos tener un compromiso si ese compromiso no se ve plasmado en la legislación, no se ve plasmado en las políticas públicas, porque vemos en todos los discursos que este es un tema de salud, que este es un tema de salud, que este es un tema de salud, pero muy difícilmente encontramos en los países donde se ubica este tema dentro del sector salud.

Es por ello que la mayor parte de la intervención con aciertos y desaciertos, pero en muchos sitios lo único que existe está en manos de las ONG. Eso ha servido como paliativo y no quiero de ninguna manera cuestionar la labor de las ONG, quiero más bien cuestionar lo que ha sido el compromiso de los estados en relación con la garantía del derecho a la salud de las personas que sufren problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.

Entonces fundamentalmente el área de acción apunta hacia dos componentes fundamentales dentro del ámbito de las políticas públicas. Las comisiones nacionales de drogas donde debe plasmarse las políticas nacionales sobre drogas, la visión de salud pública y los ministerios de salud donde contrariamente a lo que uno debiera pensar, hemos encontrado enormes resistencias para incorporar este tema como un tema equivalente a los demás problemas de salud, tanto en el término de política, organización de servicios, el mismo personal que siente que no está muy convencido, dice no pero que este es un tema, si lo hablamos en México, este es un tema de 6 notas o este es un tema de hogares crea o este es un tema de cualquier ONG, no es un tema que compete a los sistemas de salud. En ese sentido compartimos mucho el terreno con los problemas de salud mental que han sufrido más o menos del

mismo mal desde comenzar a pensar que los problemas mentales son problemas de salud, como lo que sería visto desde el ámbito más razonable, el derecho a la salud incluye el derecho a la salud mental. Entonces viéndolo desde esa perspectiva es que la OPS se aproxima a este tema.

El segundo término tiene que ver con la inclusión del soporte de evidencia para los programas de prevención, es decir donde la prevención va más allá de un planteamiento de buenas intenciones y de algo bien encaminado donde cualquier cosa se vale, sino vamos a apuntar exactamente qué es lo que estamos buscando prevenir, bajo qué criterio, con qué evidencia, con qué resultados esperados y de qué manera lo que se ha invertido en prevención pueda ser realmente una inversión con resultados tangibles.

En tercer lugar o la tercera área estratégica tiene que ver con el ordenamiento de los servicios. No es justo y no es comprensible que un tema de salud pública tenga como vía preferente de abordaje un canal paralelo a lo que es el sistema de servicios de salud. Una persona que tiene la necesidad o que siente el problema o que requiere los servicios, bien sea para orientación o prevención, debe poder acudir al sistema de salud de manera abierta, clara, precisa, a través de una atención normalizada, con énfasis en los servicios de atención primaria de salud y de ahí con énfasis en aquellos servicios que promueven la detección temprana y la intervención breve como una manera costo efectiva de poder detectar aquellas personas que están en mayor riesgo y a través de intervenciones de bajo costo y amplia cobertura, responder a sus necesidades antes de que los daños principales y el estigma se hayan establecido de manera definitiva y esto incluye de muchas maneras también la garantía a tener servicios de calidad y con respeto a los derechos humanos, donde las normas sean normas que respondan realmente a un sujeto, lo que decía Lisa hace un momento, servicios con dignidad, encontramos innumerables ejemplos, muchas veces bien intencionados, otras veces no tanto de violaciones fragantes de los derechos humanos en aras de preservar el orden público o de responder a problemas que no necesariamente son el bienestar de los sujetos, y ahí se incluyen por supuesto las estrategias de reducción de daños. Entendido para la salud pública lo importante es la

reducción del impacto de la salud, no el planteamiento moral en relación a como se llega a esto.

Entonces si eso lo podemos medir en términos de reducción de morbilidad, reducción de mortalidad, las estrategias de reducción de daños cuentan con el mayor aval desde el punto de vista de la eficiencia y vemos la reducción de daños como filosofía de intervención, no como ejemplos prácticos, porque a lo mejor en la región no está justificado de inyección o intercambio de jeringas, pero sí la aproximación de una perspectiva que no condiciona la intervención en salud a una abstinencia que muchas veces el sujeto no puede o no tiene el deseo de buscarlo. Entonces ahí en ese tema estamos planteándolo también.

La otra área estratégica tiene que ver con el uso de la información y el desarrollo de recursos humanos para la intervención, donde construyan y utilicen la evidencia disponible para que estos programas puedan ser beneficiosos.

Por último la quinta área estratégica tiene que ver con las alianzas fundamentales, alianzas estratégicas que hemos venido abordando de manera muy enérgica durante los dos años que tiene de ejecución esta estrategia hemisférica, una que ya la tenemos concretada con la OEA a través de un memorando de entendimiento y que ha colocado en el terreno de la OPS la mayor responsabilidad en términos de la conducción de las estrategias de reducción de la demanda y otra que pretendemos en algún momento ya conversaremos con la gente de Naciones Unidas para ver si podemos establecer un programa de cooperación como el que existe ya entre la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito y la OMS a través de un programa regional conjunto, que creo que sería una experiencia interesante que pudiéramos construir a través de estas tres principales agencias, el abordaje.

Tenemos por otro lado la relación con las ONG que consideramos que en este territorio es una estrategia fundamental ya que ellas han venido de alguna manera soportando durante mucho tiempo la carga sobre la atención y la prevención en muchísimas oportunidades.

Este es el resumen que quería en relación a lo que es la posición de la OPS en relación con el tema de regulación y de políticas.

Muchas gracias.

**EL MODERADOR.-** Muchas gracias a Luis Isidro Alfonzo.

Tenemos 15 minutos. Se supone que yo tendría que en este momento hacer un recuento de lo que dijeron los panelistas, pero me parece más importante, no porque no lo quiera hacer, darle entrada a algunas de las múltiples preguntas que nos han llegado aquí para tratar de desahogar la mayoría de ellas.

Vamos a dividir en dos esta sesión de preguntas y respuestas. Las primeras que están dirigidas a todo el panel, los que quieran contestar aquí adelante y luego haremos unas en particular a cada uno de los panelistas que nos han llegado también por acá.

Tomando en cuenta que este foro es espero un foro antes de que discuta este tema en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para tocar el tema de la despenalización o la legalización de la marihuana, nos llegan preguntas al panel que dicen lo siguiente:

¿Cómo decidir por una política que se pueda llevar a cabo a la despenalización y descriminalización en el caso de México, qué opinan los panelistas?

¿Qué país tiene los mejores índices de deshabituación a las drogas, supongo qué país es el que ha logrado bajar más el consumo y la adicción de las drogas y esto tiene que ver con que si México da este paso o la Ciudad de México da este paso a la despenalización, tenemos la fortuna de que hay efectivamente otras experiencias internacionales y de que no tenemos que andar inventando el hilo negro?

Una pregunta también relacionada con eso es que dicen, bueno si yo viviera en los países bajos o en Suiza pues sí estaría de acuerdo con la regulación de las drogas, pero vivimos en México y aquí somos víctimas de la cultura del consumismo y las políticas de prevención de atención a la salud en general son insuficientes, entonces también tiene que ver con esta cuestión de que tanto estos modelos pueden viajar a otros países que tan excepcionales somos los

mexicanos y por lo tanto tenemos que tener más bien, no podemos imitar a los suizos o a los países bajo, un poco como la reforma energética por cierto también hay esa pregunta de que si podemos imitar o no esos modelos.

Finalmente, no he escuchado a alguno de los panelistas que mencione sobre la desintegración social y familiar que causa a las personas el consumo de la marihuana, que si existe algún estudio que mencione algún tipo de desintegración social de los consumidores de cannabis, supongo que tiene que ver en los países donde efectivamente se ha dado este paso.

Todas estas preguntas me parecen relacionadas e importantes para que los mexicanos entendamos la experiencia internacional ahora que se va a estar debatiendo eso.

Quién le quiere entrar. Lisa.

**LA SRA LISA SÁNCHEZ.-** Yo me quiero referir nada más a dos preguntas, la primera que es una que es que siempre termina surgiendo en este tipo de discusiones y es México no está preparado para debatir el tema, México no está preparado para tomar acciones concretas en materia de drogas, no tenemos la institucionalidad suficiente y tampoco tenemos la suficiente inversión e infraestructura en materia de salud para hacer frente al problema de las drogas. Creo que hay una preocupación que es genuina y es cómo, es una cuestión operativa, cómo lo vamos a hacer dados los recursos y la cultura y el ambiente institucional que tenemos; sin embargo me parece que es un falso cuestionamiento en un sentido. Nosotros no podemos seguir aplazando una discusión que tiene consecuencias reales y concretas en este momento, que las ha tenido además históricamente esperando a ver si en algún momento desarrollamos la institucionalidad suiza o desarrollamos la institucionalidad de los países bajos. Me parece que haya una responsabilidad de base aquí, es un tema ineludible, me parece que además es un tema que no puede esperar mucho más, uno porque hay personas que en este momento tienen necesidades de tratamiento y mayoritariamente están en manos de ONG, independientemente de que tengamos avances interesantes en los últimos años en materia de tratamiento y le hayamos apostado hacia la profesionalización de los recursos humanos, entonces ahí hay un tema.

Y el segundo tema es que este tipo de discusiones también generan área de oportunidad para hacer mejor las cosas que ya estamos haciendo, es decir ahorita nosotros podemos ver que la adopción del enfoque de salud pública necesita forzosamente de la asignación presupuestal en el ámbito de salud, entonces son cosas que más allá de la regulación o no del cannabis al estilo holandés o al estilo uruguayo, esas son cosas que se tienen que hacer hoy y se pueden hacer hoy y este tipo de discusiones dan mucha lucha sobre cuáles son las necesidades y las prioridades de inversión.

Entonces es un poco como no podemos esperar el dilema del huevo y la gallina, qué va a ser primero la regulación de las drogas o la generación de institucionalidad o la generación de institucionalidad y luego la regulación de las drogas, creo que es un proceso en paralelo.

La segunda pregunta a la que yo me quería referir es justamente este tema de la despenalización efectiva o de cuáles han sido las experiencias en las que nosotros pudiéramos descansar para avanzar este tema en la Ciudad de México, bueno creo que el tema se puede avanzar por dos sencillas razones.

Ya tenemos antecedentes de voluntad política para transitar hacia la despenalización del consumo y la aportación para uso personal, existe una ley que ha sido varias veces referida en este foro del 2009. Lo que hay son áreas de oportunidad para la mejora de esa ley. O sea esa ley puede acompañarse con un enfoque más integral del problema; esa ley puede mejorar las cantidades de portación máxima, esa ley puede despenalizar esa sanción administrativa o esa excusa absoluta de la que incluso habló Aram Barra el día de ayer, que sigue criminalizando al usuario aunque sea como una consecuencia negativa no esperada. Se pueden hacer varias cosas y se puede aprender de la experiencia internacional justo para ver que muchas veces lo más importante no es la reducción de las prevalencias de uso en general, a mí me causa mucho conflicto que terminamos utilizando siempre la métrica de consumo alguna vez en la vida. Sería muchísimo más importante ver cómo podemos reducir los riesgos y daños asociados al abuso y a la dependencia de sustancias, pero también a las políticas que el día de hoy criminalizan mucho a las personas que utilizan drogas.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias Lisa. ¿Alguien más? Diputado.

**EL DIPUTADO SEBASTIAN SABINI.-** Muy cortito. Simplemente varias cosas.

Con respecto a qué va a hacer México. Yo creo que los extranjeros, los latinoamericanos podemos contar nuestras experiencias, podemos explicar los procesos, los modelos que queremos desarrollar, pero serán los mexicanos con su cultura, con su forma de ver el fenómeno los que tengan que buscar un camino propio.

Los modelos sirven simplemente para analizar, para idealizar ciertas cuestiones, pero no son trasladables, porque justamente en el tema de drogas la cuestión cultural pesa mucho porque lo que en algunas culturas está penalizado, incluso hasta con la muerte, decir no sólo como un delito, en otras está permitido y fomentado. En la cultura musulmana el consumo de alcohol, particularmente con los musulmanes más ortodoxos, lo ven como un acto de alejamiento a Alá, entonces el consumo de alcohol está penado a través de uno de los uras en el Corán.

Si uno va y hace ese planteo en Uruguay, bueno nos cuelgan a nosotros. Entonces no se puede discutir el tema de la política. Va separar a la cultura del país, de cómo se entiende el consumo de una sustancia en particular.

Lo otro que surge habitualmente, tendemos a darle a las drogas un papel casi de chivo expiatorio. Es más fácil decir que la marihuana, la pasta base o la cocaína o el alcohol nos genera problemas, cuando los problemas a veces están en otros lados. Es decir los consumos problemáticos y por eso es importante discutir sobre política de drogas, no son la generalidad. Hay consumos recreativos, hay consumos problemáticos, hay adicciones y no son la misma cosa y hay que discutir cada una de esas cosas en forma separada.

Ahora, si una persona tiene un consumo problemático y uno dice, bueno pero le generó la desintegración familiar. Lo que pasa es que la familia estaba desintegrada antes. Capaz que la persona tiene un consumo problemático porque no tiene una familia que lo sostenga o no tiene un proyecto de vida o no tiene las posibilidades de desarrollar su educación, su trabajo o sus relaciones familiares, porque los consumos problemáticos son procesos sumamente complejos y multidimensionales, no podemos reducir el problema a la pasa

base como dicen allá en Uruguay, maldita pasa base y es más fácil echarle la culpa a la pasta base.

Ahora el problema es ver en qué nos estamos equivocando para que de repente la pasta base en un barrio que no tiene todos los recursos, genera las cosas que genera y no las generan en los barrios de clase media o media alta, porque evidentemente una persona que tiene un consumo problemático y tiene recursos ilimitados a nivel económico, no va a tener que salir a robar para consumir. Entonces eso no va ser nunca un problema de seguridad pública, va a ser un solo un problema sanitario y la persona podrá pagarse una clínica y seguramente va a tener a la familia atrás. Entonces por eso me cuestiona la cuestión esta de si las sustancias generan desintegración o si hay otras cosas que están ahí operando que no son sólo las sustancias.

**EL MINISTRO CONSEJERO MIRKO GIULETI.-** Gracias. Unos comentarios acerca de lo que tiene que hacer México. Comparto la declaración del diputado de Uruguay, no es el extranjero decir lo que México tiene o lo que puede hacer, pero quizás una cosa que acumula toda nuestra experiencia de España, ahora de Uruguay, de Portugal, de Holanda y de Suiza, es que pasamos en unos años por supuesto, no son cosas que se hacen en poco tiempo, pasamos de una visión de criminalización del usuario de drogas a una visión de salud del usuario de drogas.

El drogadicto tiene derecho a su salud; el drogadicto tiene derecho a su dignidad. Hay modelos diferentes. Suiza, repito, sigue criminalizando el uso de la venta de drogas, es tolerado el llevar consigo una dosis personal, no llegamos a los diez días, como en Portugal, es tolerancia, no es permitido por la ley como puede ser en otros países, no es legalización de drogas.

Otra cosa muy importante que vivimos en Suiza, es el debate público. A nosotros nos gusta debatir, somos aburridos, por eso nos gusta mucho debatir y este modelo de los 4 pilares fue adoptada por la población Suiza al 70 por ciento. Hubo más o menos en los años 2000, en la primera década de los años 2000 hubo votaciones en Suiza, una acerca de liberalizar el comercio de droga, fue rechazada por el mismo porcentaje y una para restringir aún más la tolerancia que estamos viviendo hoy que también fue rechazada.

Así que esta idea fue la idea que Suiza escogió a través de un largo debate público, paso del basta de Mafalda hasta que nos hayamos un tema en el debate público de Suiza. Si fue un suceso o no, no sabría decirle de los demás países, en Suiza seguramente esta política llevó sus sucesos, el número de drogadictos es difícil tener estadísticas precisas, pero según bajaron los delitos ligados al consumo y la venta de drogas, hay menos robos, hay menos homicidios, hay menos enfermos de VIH-SIDA, hay quizás donde fallamos es en el consumo, en el acercamiento de los jóvenes a la primera, a la primera no sé, fumaron marihuana, quizás es ahí donde en el futuro tendremos que poner el acento.

Gracias.

**EL C. MODERADOR.-** ¿Alguien más? Doctor.

Adelante doctor y ya luego vamos a hacer las preguntas a cada uno de los panelistas.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Hay un tema que yo creo que en el fondo de esta discusión siempre está presente y yo creo que el enfoque de salud pública históricamente ha logrado contraponer una racionalidad distinta al hecho de enfermarse y es que la enfermedad no es un castigo por algo.

Cuando asumimos que el tema de que hay enfermedades buenas y enfermedades malas y hay personas que se enferman y merecen estar enfermos porque algo malo hicieron, estamos violando los derechos de esta persona, los estamos estigmatizando de entrada.

Cuando pensamos por ejemplo sin tener las bases para ello que los problemas sociales como decía el compañero de Uruguay, se deben a causas únicas, a chivos expiatorios identificados, no estamos aportándole mucho porque estamos además sobrecargando la mano. Hay quien puede pensar que entonces el tema, si el tema de los problemas que se generan por droga se van a resolver legalizando única y exclusivamente, entonces vamos a estar pensando que a través de la legalización se van a resolver los problemas sociales que responden a otras áreas. Ese no es el punto. El punto es que hay problemas específicos y daños específicos que pueden ser resueltos con una visión de salud pública, y a lo sumo en algunas circunstancias cuando

encontramos una asociación estadística entre pobreza, marginalidad, desarticulación familiar, violencia y consumo de sustancias, únicamente vemos que los temas están enredados, más no sabemos cuál es la causa.

Entonces pretender que tal persona consume drogas porque sus padres son divorciados o porque su padre es alcohólico, hay algunos condicionantes genéticos y nos orientan hacia algunos temas, pero yo creo que vale la pena entender que estamos ante una situación problemática compleja y que las verdades absolutas no existen y que debemos de aproximarnos con una visión científica y centrada en el bienestar, no en el que si era bueno o si era malo, lo bueno es que la persona esté bien, y creo que la salud pública en ese sentido tiene mucho que aportar a la discusión de este tema.

**EL C. MODERADOR.-** Me quedan ya cinco minutos, porque si no se van a morir de hambre aquí la gente. Voy a hacer una pregunta nada más a cada uno de ustedes, hay muchísimas más, lo siento muchísimo, pero se tiene que terminar el panel, supongo que después del panel le pueden ustedes hacerles la pregunta directamente a los panelistas. Yo voy a tratar de hacer la que más me llegó, la que más preguntaron a cada uno de los panelistas.

Para el representante de España. ¿Al considerar a la persona como adicto no se lesionan sus derechos humanos?

**EL MINISTRO CARLOS CESAR MORALES SANCHEZ.-** Gracias.

No, el adicto, vamos a ver la política española en este sentido no es muy distinto de lo que he estado escuchando de la política de al menos de los otros países de Europa, de la Unión Europea, como en el caso de Países Bajos y Portugal o de Europa en el caso de Suiza.

Por supuesto que todas estas, el derecho a la salud, el considerar al adicto como un enfermo, en fin son paradigmas que han cambiado y que en España se han cambiado pues a lo largo pues probablemente ya desde los años 70 cuando este problema empezó a ser muy complejo en España como consecuencia de la heroína.

La dignidad, en fin, estos planes o la protección del adicto o su consideración como enfermo, además encuentran su reflejo en que el tratamiento terapéutico

del adicto forma parte del sistema nacional de seguridad social, en fin está financiado por la seguridad social y bueno es como una enfermedad más.

Solamente si el moderador me permite un minuto, añadir una cosa que hace que el caso español sea un poco diferente al caso de otros países europeos o que quizás quisiera matizarlo y que se acercan en algunas formas al caso mexicano.

España evidentemente es un país de consumo no solamente por su propia población que tiene un determinado nivel de vida, sino porque todos los años recibe a unos 60, 65 millones de turistas. Entonces eso genera evidentemente un alto grado de consumo.

Pero España sobre todo no un país productor, pero si un país de tráfico, es un país de tráfico y por lo tanto uno de los aspectos fundamentales de la política española contra las drogas es no perseguir evidentemente o tener cierta tolerancia hacia el usuario, pero ser totalmente intolerante hacia el pez gordo, es decir lo que hay todo un sistema policial, en este caso de la Guardia Civil, el equivalente de la Gendarmería que se intenta aquí introducir, incluso hay tribunales especiales como es la Audiencia Nacional, que juzga estos delitos como el terrorismo o los delitos fiscales y son dos digamos las finalidades de la política española contra las drogas, que es los grandes traficantes y por supuesto el lavado y el blanqueo de dinero y todos los perjuicios que eso lleva para la economía española y por supuesto para todos los españoles. Quería puntualizar eso porque bueno pues España está ahí, por su situación geográfica es un poco puente América, Africa y un mercado importante de consumo como es la propia España y el resto de Europa.

Gracias.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias al representante de España. Le pregunto al diputado Sabini, cuando vote finalmente el Senado esta regulación del cannabis, por cierto no sé cuándo o si ya se tiene pensando cuánto, si no les preocupa precisamente el tema del turismo de las drogas que ahorita tocó el representante de España y que para el caso de los países bajos parece ser que fue muy importante.

**EL DIPUTADO SEBASTIAN SABINI.-** Ahora en la tarde vamos a presentar más detalladamente el proyecto, pero el proyecto establece algunas prohibiciones y bueno dentro de esas prohibiciones la venta a menores, el uso de los espacios públicos, la prohibición de la publicidad y también dentro del planteo regulatorio está la no venta a los turistas, que no significa que en un futuro no pueda cambiar, es decir pero se van a tener que digamos identificar como uruguayos para poder, residentes.

**EL MODERADOR.-** ¿Para cuando piensa el Senado?

**EL DIPUTADO SEBASTIAN SABINI.-** Bueno, pensamos que para octubre seguramente estemos votando en el senado y bueno si no tiene modificaciones se va cuatro meses a la regulación y así se comenzaría con el sistema.

Para Mirko, nuestro amigo de Suiza, te preguntan cómo funcionan los dispensarios donde se permite el consumo de la droga, cuál es la cantidad de consumo personal permitida.

**EL MINISTRO MIRKO GIULETI.-** En la segunda parte de la pregunta, no sabría decirle, pero si me dan su dirección de mail lo voy a averiguar para darles los datos más precisos. ¿De manera general cómo funciona?

Por supuesto no es cualquier persona que vaya cargando su dosis de droga, tiene que ser por supuesto escrito, tiene que haber pasado prueba médica, tiene que ser reconocidos por los servicios sociales del municipio y así de seguida, no es el turista de cualquier país que llega y directamente me voy a Berna, o me voy a este lugar y me dan mis dosis de cocaína y nada más.

Es todo muy controlado, se sabe quiénes son esas personas, reciben su dosis diaria y en Suiza hay más o menos 20 mil personas que reciben este tipo de tratamiento y hay mil más o menos que reciben un tratamiento de lugar de ser encerrados, es decir hospitales u otro tipo de instituciones que no le permiten salir, son lugares abiertos, hay horarios y una persona se presenta y recibe su dosis.

**EL C. MODERADOR.-** Muchas gracias. Para Ellen, aquí sí llegaron como 500 preguntas al respecto, la misma, dice ¿si la producción de cannabis está prohibida en Holanda, pero está tolerado el consumo en los coffee Shops, de

dónde sacan los coffee shops la mercancía, que por cierto es una pregunta que siempre se le hacen a los amigos de los Países Bajos.

**LA SRA. ELLEN BEIJERS.-** Muy buena pregunta. Es un híbrido, es la puerta, un coffee shop tiene la puerta atrás donde compra su stock, es ilegal, la compra es ilegal, la persona que lo vende es ilegal y la puerta de enfrente, del consumidor, es tolerado. Ilegal pero tolerado. Es un híbrido que existe en la práctica, será muy fácil para la política de postularse en la puerta de atrás para registrar un crimen y no lo hacen, así es la situación en la práctica que es incongruente y muy difícil de entender, pero ya funciona por 30 años.

**EL C. MODERADOR.-** Entonces digamos que toleras la parte de atrás, o sea la puerta de atrás.

**LA SRA. ELLEN BEIJERS.-** No se tolera oficialmente.

**EL C. MODERADOR.-** No solamente es México, hay simulaciones al parecer, pero bueno.

Para Lisa Sánchez, en el caso de Portugal y en general el caso de los otros países, cuando se despenaliza o discriminaliza o se legaliza, ¿cómo queda este tema con respecto a los Tratados Internacionales que existen?

**LA SRA. LISA SANCHEZ.-** Esa es una excelente pregunta porque el tema justamente de Portugal de la despenalización y la discriminalización efectiva cabe dentro de las Convenciones de Naciones Unidas. Cabe porque ninguna de las tres Convenciones de Naciones Unidas jamás tipificó el uso como un crimen; el uso de droga no está tipificado por las Convenciones, por lo tanto la despenalización del uso es perfectamente, va de acuerdo a las Convenciones.

Ahora bien, si estamos hablando de la última parte de la pregunta que aquí aprovecharía este paréntesis de 30 segundos para que no se siga confundiendo el debate, no es lo mismo evidentemente despenalizar o discriminalizar que legalizar, si lo seguimos utilizando como sinónimos en realidad no hemos entendido nada del debate y tampoco le estamos abonando nada al debate; la legalización es un cambio únicamente jurídico de la sustancia y lo que viene después es un régimen que puede ser o de regulación legal que es lo que está haciendo Uruguay o de liberalización donde los

mercados y las leyes de oferta y demanda determinarían los niveles de precio, de demanda, de oferta, etcétera.

Entonces es muy importante saber si estamos hablando de regulación legal o de un modelo de libre mercado para las drogas también legal, ahí sí estaríamos en abierta violación a los Tratados Internacionales.

Lo más importante con respecto a los tratados internacionales es decir que uno no están escritos en piedra, y dos simplemente reflejan la voluntad de los estados que lo firmaron. Por lo tanto si esas voluntades empiezan a modificarse y empiezan a cambiarse, los Tratados habrán eventualmente que recibir esas modificaciones y conciliar con el resto de la comunidad internacional cómo tendrán que evolucionar y cómo tendrán que adaptarse a una realidad que no es evidentemente la realidad con la que fueron escritos.

**EL C. MODERADOR.-** Gracias Lisa. Finalmente para el doctor, dice, si hay estudios donde se muestren que para legalizar la marihuana se eleva el número de adictos a esa sustancia.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Hay algunas experiencias donde hay por ejemplo en Australia en donde ha habido un incremento en el consumo, pero experiencias en cuanto a legalización no existe. Como hablamos de legalización es el mayor temor de la gente en términos de legalización. La UPS publicó la versión en español de un libro que es un libro clave que se llama *Las Drogas y el Bien Público*, que es accesible a través de la Página Web de UPS en donde se hace una revisión de todos los aspectos que tienen que ver con políticas sobre drogas y uno de los temas que se revisa es justamente ese, no existen experiencias sobre las cuales fundamentar ninguna conclusión acerca de los aspectos de la legalización.

**EL C. MODERADOR.-** Es evidencia empírica.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Eso es absolutamente. No hay evidencias de lo que va a ocurrir. Es terreno incierto. Los principales autores son justamente los autores en ese libro que concluyen esto, hay algunas experiencias en regímenes regulados donde ha habido incremento inicial del consumo sin consecuencias mayores para la salud pública, pero sólo son

aplicables en el contexto en el cual se vieron, no son extrapolares a otras realidades.

Cada país va a construir su propia verdad en función de los criterios que utilice para tomar las decisiones que tome.

**EL C. MODERADOR.-** Aquí preguntaba la diputada que por qué no existe esa evidencia.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Porque no hay experiencias de legalización, porque no se ha legalizado en ninguna parte.

**EL C. MODERADOR.-** Pero bueno ahí está ya. Pero el tema de discriminación y de despenalización, sí hay evidencias.

**EL DR. LUIS ISIDORO ALFONZO BELLO.-** Eso sí hay, no es mi área de experticia ese tema, pero sí existen estos.

**EL C. MODERADOR.-** Lisa.

**LA SRA. LISA SANCHEZ.-** Pero sí podemos nada más referir a un estudio que se llama *La Revolución Silenciosa*, donde se estudió justamente el impacto de la discriminación en 31 jurisdicciones, la evidencia es mixta. Hay ciertos incrementos estacionales en algunas jurisdicciones y hay ciertos incluso decrementos de esas prevalencias de consumo en otros lugares en donde se ha transitado también a la libre descarga.

**EL C. MODERADOR.-** Bueno, usted diputada quiere decir algo o aprendió ya todo para el próximo debate.

Yo quisiera agradecer a la VI Legislatura de la Asamblea Legislativa que me hayan invitado a moderar este panel. Muy interesante, muchas gracias. Me da mucho gusto que en México se esté debatiendo estos temas y ojalá pronto veamos el debate pero en la Asamblea dirigida a cambiar la política relacionada con el tema de la cannabis.

Muchas gracias. Buen provecho y buenas tardes.

