



revista internacional
de derechos humanos

edición **21**

- DOSSIER SUR SOBRE DROGAS Y DERECHOS HUMANOS -

Organizaciones no gubernamentales y política de drogas
Rafael Custódio

Eslóganes vacíos, problemas reales
Carl L. Hart

Políticas de drogas y salud pública
Luís Fernando Tófoli

Brasil: reflexiones críticas sobre una política de drogas represiva
Luciana Boiteux

El elefante en la habitación: drogas y derechos humanos en América Latina
Juan Carlos Garzón, Luciana Pol

Asia: promoviendo políticas de droga más humanas y eficaces
Gloria Lai

África Occidental: ¿Una nueva frontera para las políticas de droga?
Adeolu Ogunrombi

Avances en la política de drogas en Uruguay
Milton Romani Gerner

La ONU en 2016: un momento decisivo
Anand Grover

- ENSAYOS -

Poderes regulatorios estatales en el pluralismo jurídico global
Víctor Abramovich

Mentiras grabadas en mármol y verdades pérdidas para siempre
Glenda Mezarobba

¿Es la acción humanitaria Independiente de intereses políticos?
Jonathan Whittall

- IMÁGENES -

“Protestas globales - A través del lente de los fotógrafos”
Leandro Viana

- EXPERIENCIAS -

Ocupando Hong Kong
Kin-man Chan

- PANORAMA INSTITUCIONAL -

Filantropía familiar en Brasil
Inês Mindlin Lafer

- DIÁLOGOS -

“Cada voz cuenta”
Kasha Jaqueline Nabagesera

“Ellos tienen que entregarnos a nuestros compañeros con vida”
Gerardo Torres Pérez, María Luisa Aguilar

- VOCES -

La vigilancia masiva de los E-mails: la próxima batalla
Anthony D. Romero

POLÍTICAS DE DROGAS Y SALUD PÚBLICA

Luís Fernando Tófoli

- *Algunas incongruencias entre las políticas de drogas, salud colectiva y derechos humanos en Brasil* •

RESÚMEN

En este artículo, el autor presenta una perspectiva médica sobre las políticas de drogas en Brasil y sus retos. Se tratan con más detalle dos dilemas ético-asistenciales procedentes del modelo actual de lucha contra las drogas en el país. En primer lugar, el autor aborda la aplicación real en Brasil de las estrategias de reducción de daños (RD) y su tensión con el modelo basado en la abstinencia. Luego analiza la financiación pública de comunidades terapéuticas para el tratamiento de dependientes químicos fundadas en la idea de la abstinencia. El autor concluye reflexionando sobre cómo esos dilemas contradicen y socavan la política oficial de reducción de daños.

PALABRAS CLAVE

Estados Unidos | América Latina | United States | Latin America | Prohibicionismo | ONG | Sistema penal

• • •

En marzo de 2012, doce entidades vinculadas a Naciones Unidas emitieron una declaración conjunta criticando los centros de detención y rehabilitación obligatoria para usuarios de drogas.¹ A pesar de la enorme divergencia del estatus reglamentario de centros de ese tipo, los relatos de abusos y de riesgos sanitarios de servicios inadecuados para el tratamiento de usuarios de drogas son monótonamente semejantes en todo el mundo, aunque más graves en el este de Asia, en Europa oriental y en América Latina.

Sin embargo, esa manifestación de los organismos internacionales puede considerarse una mera contradicción. La respuesta pragmática, gestada por la actual estructura prohibicionista de los acuerdos globales —y reforzada por el sistema de organismos internacionales—, desdeña todo intento de encontrar salidas para el problema del consumo de drogas que no estén basadas, de diversas maneras, en la erradicación de la demanda.²

Con un enemigo claro a combatir —el uso de drogas ilegales, independientemente de las evidencias sobre su impacto en la salud pública—, no resulta difícil considerar también como enemigos a todas las personas involucradas en ese contexto: los que consumen y/o comercializan esas sustancias. Diversas cuestiones ponen de manifiesto incongruencias de este tipo entre política de drogas, salud colectiva y derechos humanos en Brasil. Entre ellas se pueden citar la internación forzada, la oposición a la legalización del *cannabis*, la penalización de la tenencia de drogas para uso personal y la resistencia al uso terapéutico de sustancias prohibidas.

Entre otros temas igualmente importantes en una discusión sobre derechos humanos y política de drogas desde el punto de vista de la salud, trataré aquí de la cuestión del abuso de derechos y la ausencia de efectividad de los centros de rehabilitación para usuarios de drogas. En este texto, abordo brevemente dos de los dilemas ético-asistenciales del modelo actual de tratamiento del consumo problemático de drogas y los presento en el marco del contexto brasileño actual. En primer lugar, analizo la aplicación real en Brasil de las estrategias de reducción de daños (RD) y su tensión con el modelo basado en la abstinencia. Después, trato de la financiación pública de comunidades terapéuticas para el tratamiento de dependientes químicos, que van en una dirección contraria a la política oficial de reducción de daños.

La reducción de daños en Brasil: más en el papel que en la práctica

La reducción de daños es una estrategia pragmática relacionada con el uso abusivo de drogas que no presupone la necesidad de abstinencia. Se dirige —o debería dirigirse— principalmente a las personas que no desean o no logran abandonar el consumo de drogas, y su foco se dirige principalmente a mitigar los impactos negativos de ese consumo y a promover la salud del usuario. Al respecto, hay que destacar la interesante literatura existente en torno a la reducción de daños y su relación con los derechos de las personas que consumen drogas.³ En Brasil tuvieron lugar, a finales del siglo XX, acciones pioneras en materia de reducción de daños respecto al uso de drogas. Esas acciones surgieron a iniciativa de los especialistas en salud pública y activistas ligados a las áreas de VIH/sida y salud mental. No estuvieron exentas de polémicas y, de hecho, sus responsables tuvieron que hacer frente a demandas por apología del consumo de drogas cuando, a fines de la década de 1980, intentaron poner en marcha un programa de cambio de jeringas en la ciudad costera de Santos, en el estado de São Paulo.

Con el tiempo, se fueron estableciendo acciones de reducción de daños, aunque distaban mucho de formar parte del escenario usual de las iniciativas brasileñas en el campo de las drogas. Aun así, se mantuvieron acciones de reducción de daños de manera aislada en ciertas ciudades brasileñas, a ejemplo de Salvador y Campinas. Aunque la Política Nacional Antidrogas ya había oficializado las acciones de reducción de daños en 2001 —de forma tímida, bien es cierto—, esa estrategia se convirtió formalmente en la principal estrategia brasileña para tratar el uso problemático de sustancias por parte del Ministerio de Salud a partir de 2003,⁴ cuando el grupo político históricamente vinculado a los defensores de la reducción de daños llegó al poder.

Sin embargo, pese a la política oficial, el conjunto de servicios financiado por el Estado brasileño para el tratamiento del consumo problemático de sustancias —los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas (CAPS-AD)— quedó a remolque de otros dispositivos cuyo modelo principal era el tratamiento de trastornos mentales graves. En el discurso oficial en materia de salud, la atención primaria —compuesta por la red de profesionales de los centros de salud que dispensan la primera atención a la población— debería ser también un lugar de atención para demandas relacionadas con el uso de sustancias. No obstante, los equipos de Salud de la Familia (modelo en que se centra la atención primaria brasileña) han sido considerados poco capaces de cuidar de usuarios que abusan de sustancias, remitiéndolos en general hacia servicios especializados.⁵

Además de las potenciales críticas relacionadas a la relativa ineficiencia del modelo CAPS para la “clientela AD”, por el hecho de que fuera originalmente desarrollado para atender a las necesidades de reinserción social de pacientes diagnosticados con psicosis, los CAPS-AD tienen una misión paradójica. Al tiempo que su funcionamiento debe centrarse en el modelo de reducción de daños —una estrategia destinada principalmente a situaciones de consumo, y no a la abstinencia—, su público está formado, la mayoría de las veces, casi exclusivamente por usuarios que se encuentran en una fase de su problema en que buscan, muchas veces, abstenerse del consumo, como se demostró en otros países.⁶

Debemos recordar que, aunque los tratamientos centrados en la abstinencia también pueden formar parte del horizonte de la reducción de daños,⁷ no puede decirse que un espacio que trate básicamente de usuarios en busca de abstinencia pueda considerarse un lugar destinado a la reducción de daños. Así, no debería ignorarse la tensión derivada de la afiliación “oficial” a un modelo dentro de un escenario no tan adecuado para su aplicación.

Por otro lado, hasta la publicación de la orden ministerial del Ministerio de Salud brasileño que estableció la Red de Atención Psicosocial (RAPS) en 2011,⁸ no había formas claras de financiación federal para las acciones de reducción de daños. Tras hacerse oficial la RAPS, esas acciones pudieron asignarse por vez primera, en cierta forma, a un dispositivo llamado “Consultorio en la Calle”, un programa de atención primaria a la salud de la población de calle que trae, empero, un fuerte componente de reducción de daños al consumo de drogas en su práctica.

Aun así, pese a su carácter oficial, la reducción de daños está lejos de ser una política consolidada en Brasil. La profesión de reductor de daños nunca ha llegado a regularse y las acciones sobre el terreno que no están cubiertas por el Consultorio en la Calle se financian únicamente mediante iniciativas locales. Los servicios que no exigen la abstinencia de los usuarios constituyen una excepción, no hay salas destinadas al consumo seguro de drogas, y programas innovadores como el De Brazos Abiertos —iniciado en 2014, que ofrece vivienda, alimentación y trabajo a los consumidores problemáticos de crack en la ciudad de São Paulo sin exigir abstinencia a cambio— son excepciones honrosas, pero aisladas.

En Brasil se ha producido recientemente un crecimiento de las fuerzas políticas conservadoras, muchas veces relacionadas con grupos religiosos e íntimamente asociadas a modelos de tratamiento centrados en la abstinencia. Eso ha dificultado la comprensión de las potencialidades e indicaciones de la reducción de daños y no ha facilitado el avance y la expansión de ese enfoque, pese a que siga constituyendo la política oficial del Estado brasileño.

El caso de las comunidades terapéuticas en Brasil: Estado laico y el tratamiento religioso?

En Brasil ha tenido lugar un vertiginoso crecimiento del número de CAPS-AD: de cero en 2002 a más de cuatrocientos en la actualidad.⁹ Pese a que ello supone una inversión nada desdeñable, Brasil es aún claramente deficitario en la atención a las demandas generadas por usuarios del sistema de salud que buscan tratamiento para el uso problemático de drogas.

Ciertamente, la figura más tradicional en Brasil en el panorama de cuidados para esas personas son las comunidades terapéuticas (CT). El modelo de recuperación de usuarios de drogas propuesto por las CT brasileñas es semejante al de inspiración norteamericana, y mezcla el modelo de la comunidad terapéutica, que constituyó uno de los pilares del movimiento de reforma de la atención a la salud mental, con elementos de los programas de doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA).¹⁰ Esos programas tienen diversos presupuestos, pero destaco aquí el principio de que el uso problemático de drogas es, para todos, una enfermedad crónica e incurable, así como una oportunidad para desarrollar la espiritualidad. Ambas nociones son esenciales para la estructura de las Comunidades Terapéuticas, y la segunda supone una identificación con grupos que, ante el vacío casi absoluto dejado por el Estado hasta el siglo XXI, invirtieron en esos tipos de centro de tratamiento: evangélicos, católicos y espiritistas.

Las CT brasileñas son sumamente heterogéneas y las estimaciones en cuanto a su número son imprecisas.¹¹ Uno de los problemas es el uso extremadamente flexible de esa denominación, algo que algunas de las federaciones de CT afirman querer combatir. En rigor, una CT debe estar centrada en la convivencia voluntaria y no implicar la administración de un tratamiento medicamentoso. Visto de esa forma, tendría sentido lo que reclaman muchas de esas comunidades: que no se consideren servicios de salud. Sin embargo, la experiencia muestra que hay diversos servicios —especialmente de naturaleza privada— que no cumplen esos criterios y que pese a ello se les denomina CT.

Dos problemas complejos que el Estado brasileño aún no ha resuelto satisfactoriamente son la reglamentación y la financiación de esos servicios. Al contrario de lo que solicitan las CT organizadas en federaciones, la orden ministerial del Ministerio de Salud brasileño que estableció la Red de Atención Psicosocial (RAPS) incluye las CT como dispositivos de la red de salud, lo que exigiría que operaran bajo la normativa en vigor en el Sistema Único de Salud brasileño (SUS), que, como dijimos, incluye las estrategias de reducción de daños, algo que las comunidades terapéuticas

rechazan de forma categórica. Recientemente se emitió una resolución del Consejo Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) con el objetivo de intentar poner orden en la maraña de las CT.¹² Diversos actores sociales de las esferas sanitaria y de derechos humanos de Brasil han emitido críticas severas, al entender que la resolución establece mecanismos regulatorios excesivamente laxos en espacios donde hay riesgo de trabajo esclavo, entre otras violaciones de derechos humanos, así como de adoctrinamiento religioso como forma de tratamiento, todo ello bajo financiación estatal.

Pese a inestabilidad que se observa aún en la regulación, la financiación de las CT se está dando ya en instancias municipales, estatales e incluso federales, a través de la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), algo potencialmente problemático en un Estado que se define constitucionalmente como laico. La existencia de instituciones de carácter religioso que usen sus doctrinas como forma de tratamiento no es, en sí, un problema, si se tratara de un recurso filantrópico sin fondos estatales, destinado únicamente al cuidado de sus comunidades de fieles. Sin embargo, en un contexto de salud pública, eso significa la financiación pública del proselitismo para cualquier ciudadano brasileño. Agnósticos, ateos y quienes profesen una fe minoritaria no tendrían más opción pública que verse sometidos al tratamiento de una determinada corriente religiosa, de ser remitidos a una CT confesional.

Aunque el componente de la espiritualidad podría, en teoría, tener un efecto positivo en los cuidados de quienes tienen un uso problemático de sustancias, la posibilidad de cualquier coerción —aunque muy sutil— en la dirección de la doctrina de una determinada religión es, como mínimo, cuestionable para las acciones financiadas por el Estado, máxime en una situación en que se han dado denuncias graves.

Un informe sobre violaciones de los derechos humanos en servicios de tratamiento para dependientes químicos, realizado por el Consejo Federal de Psicología de Brasil, señaló hasta dónde pueden llegar tales abusos.¹³ Resulta difícil cuantificar las comunidades en que se dan esas graves situaciones apuntadas —detención ilegal, trabajo análogo a la esclavitud, falta de asistencia sanitaria, etc.—, pero incluso suponiendo que se trate de situaciones excepcionales, eso exigiría que el Estado brasileño estableciera reglas rígidas y una fiscalización intensa, habida cuenta de que las fuerzas políticas que simpatizan con las CT parecen no permitir —salvo en raras excepciones— que se creen suficientes servicios laicos y cercanos a las RAPS para aquellos que necesiten y deseen una acogida temporal en servicios residenciales. Tales dispositivos, las denominadas Unidades de Acogida, existen, aunque por lo general de forma incipiente.

Comentarios finales

Como hasta este breve relato ha podido apuntar, las denominadas respuestas oficiales a las políticas de drogas son evidentemente un campo en plena disputa. Pese a los doce años transcurridos desde la llegada al poder de un grupo político supuestamente afín a la defensa de la reducción de daños, del fortalecimiento del SUS y de los derechos humanos, esa defensa no tiene fuerza suficiente para vencer la base de pensamiento conservador que se adscribe a la ética de la “Guerra a las Drogas” incrustada en el ideario de una nación diariamente bombardeada con casos sobre violencia, y transforma en un terreno repleto de contradicciones el debate sobre la separación entre la política oficial y el ámbito de la ejecución pragmática de tales políticas.

Más grave aún resulta el hecho de que la firme defensa de los derechos humanos también se ve debilitada por esas contradicciones. Actualmente, en Brasil, no está claro que la defensa de los derechos de las personas que usan drogas sea, en la práctica, una prioridad. De la misma forma, la noción de la necesidad de una fiscalización seria y de un cuestionamiento del modelo de las CT como servicios públicos está en un estado de tensión patente. Por lo tanto, esa situación muestra la importancia de que las entidades comprometidas con los derechos humanos en Brasil estén atentas, presentes e informadas, pues ciertamente necesitarán estar listas para contribuir y reducir los daños derivados de esas paradojas.

NOTAS

1. ILO et al., "Joint Statement: Compulsory Drug Detention and Rehabilitation Centres." *UNAIDS*, mar. 2012, visitado en mayo de 2015, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf.
2. Damon Barrett, "Security, Development and Human Rights: Normative, Legal and Policy Challenges for the *International Drug Control System*." *International Journal of Drug Policy* 21, no. 2 (2010): 140–44; Luciana Boiteux, Luciana Peluzio Chernicharo and Camila Souza Alves, 2014. "Prohibition, Religious Freedom, and Human Rights: Regulating Traditional Drug Use," in *Prohibition, Religious Freedom, and Human Rights: Regulating Traditional Drug Use*, ed. Beatriz Caiuby Labate and Clancy Cavnar, 1st ed. (Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 2014), 1–23.
3. Helen Keane, "Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights." *International Journal of Drug Policy* 14, no. 3 (2003): 227–32; Neil Hunt, "Public health or human rights?" *International Journal of Drug Policy* 16, no. 1 (2005): 5–7.
4. Letícia Vier Machado e Maria Lúcia Boarini, "Políticas sobre drogas no Brasil: A estratégia de redução de danos." *Psicologia: Ciência e Profissão* 33, no. 3 (2013): 580–95.
5. Bruno J. B. Fontanella et al., "Os usuários de álcool, atenção primária à saúde e o que é 'perdido na tradução.'" *Interface -Comunicação, Saúde, Educação* 15, no. 37(2011): 573–85.
6. Neil McKeganey et al., "What are drug users looking for when they contact drug services: Abstinence or harm reduction?" *Drugs: Education, Prevention, and Policy* 11, no. 5 (2004): 423–35.
7. G. Alan Marlatt, "Harm reduction: Come as you are." *Addictive Behaviors* 21, no. 6 (1996): 779–88.
8. Brasil, Ministério da Saúde, *Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011*, Brasília-DF, 2011.
9. Brasil. Datasus. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*, acesso em junho 2015, <http://cnes.datasus.gov.br/>.
10. Laura Fracasso, "As mudanças no processo de criação das comunidades terapêuticas," in *Capacitação para comunidades terapêuticas: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*, ed. Florence Kerr-Corrêa e Vitore A. Z. Maximiano (Brasília-DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013), 37–45.
11. Pablo A. Kurlander Perrone, "A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?" *Ciência & Saúde Coletiva* 19, no. 2 (2014): 569–80.
12. Brasil, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, *Resolução CONAD n. 01/2015*. Brasília-DF, 2015.
13. Conselho Federal de Psicologia, Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2ª ed. (Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011), visitado en mayo de 2015, http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.
13. Conselho Federal de Psicologia, *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2ª ed. (Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011), visitado en mayo de 2015, http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.

**LUÍS FERNANDO TÓFOLI - Brasil**

Luís Fernando Tófoli es licenciado en Medicina por la Universidad de São Paulo (1996) y doctor en Psiquiatría por la misma universidad (2004). Actualmente es profesor-doctor del Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas. Tófoli es cofundador del Laboratorio de Estudios Interdisciplinarios sobre Sustancias Psicoactivas (LEIPSI). Actúa principalmente en temas de políticas públicas de salud mental y sustancias psicoactivas, entre otros.

email: tofoli@fcm.unicamp.br

Recibido en abril de 2015.

Original en portugués. Traducido por Fernando Campos Leza.

"Este artículo es publicado bajo la *Creative Commons Noncommercial Attribution-Share Alike 4.0 International License*"