

**RESPUESTAS ESTATALES AL CONSUMIDOR DE DROGAS ILÍCITAS EN BRASIL:
UN ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS (PENALES Y CIVILES)
PARA LOS CONSUMIDORES**

Luciana Boiteux, João Pedro Pádua

Introducción

Uno de los eslabones más débiles de la cadena de acción del Estado en cuanto a drogas (especialmente las ilícitas) es el consumidor. Por un lado, es el foco de acción de un Estado punitivo, a causa de la criminalización de sus conductas relacionadas al consumo de drogas. Por otro lado, el consumidor es objeto de acción de un Estado asistencialista, ya que es tratado como un enfermo que precisa ser “reinsertado socialmente”, o como el objetivo de “redes de atención” por el simple hecho de ser consumidor de drogas consideradas ilícitas.

La literatura jurídico-penal suele denominar “paternalismo” a la acción del Estado que quiere imponer a sus ciudadanos cierta concepción ética sobre lo que es una vida buena y digna, mediante la aplicación de normas jurídicas coercitivas.¹ En el caso del consumidor de drogas consideradas ilícitas, el paternalismo adopta esas dos vertientes: impone concepciones de lo que es el bien a través de castigos para conductas contrarias a esa visión y, de otro lado, refuerza concepciones del bien a través de la creación y proliferación de una red asistencial (y de salud).

El objetivo de este artículo es descubrir cómo se estructura normativamente esa red paternalista/terapéutica estatal en Brasil sobre el consumidor de ciertas drogas, y cómo actúa ésta en la realidad, con un énfasis especial en los resultados ya identificados de tal operación.

1. Marcos normativos del control penal sobre los consumidores de drogas ilícitas

Cuando es utilizada como sujeto en dispositivos legales, la categoría normativa “consumidor de drogas (ilícitas)”, normalmente invoca/indica las funciones sociales de criminal/desviado y, en la historia más reciente, de enfermo/paciente (como lo hace la normativa internacional).

Los antecedentes del control penal sobre las drogas en Brasil están marcados por la influencia de las convenciones internacionales en canto a la elaboración de normas internas. Hasta fines del siglo XIX el asunto no revestía mayor importancia. Debe advertirse, sin embargo, la prohibición de la marihuana en Rio de Janeiro en 1830 como uno de los primeros ejemplos de control sobre cualquier droga en

¹ Martinelli (2009). *Paternalismo na lei de drogas* [Paternalismo en la ley de drogas]. *Liberdades*. N° 2, pp. 13-24, setiembre-diciembre. (Disponible en: <http://www.ibccrim.org.br>. Información tomada el 18 de octubre de 2013).

Brasil, con el objetivo el de controlar a la numerosa población negra y esclava de la entonces capital del país (Fiore, 2007).²

La idea de contar con un control jurídico-penal sobre las drogas fue resultado de una creciente percepción sobre un supuesto abuso en el consumo de drogas (sin contar con datos concretos sobre tal abuso), a partir de la fundación en Sao Paulo de un club de toxicómanos en 1915³, al estilo del que ya existía en París, y también de una mayor relevancia del tema en la esfera internacional, como la adhesión de Brasil a la Convención de La Haya sobre Opio de 1912⁴, promulgada ese mismo año de 1915.

En ese momento el consumidor de drogas aún no era criminalizado, pero bajo esa influencia se emitió el Decreto N° 4.294/1921 que hacía referencia explícita a la cocaína, el opio y sus derivados, y que tipificaba conductas relativas al tráfico de esas sustancias sancionándolas con pena de cárcel. Tal decreto penaba la embriaguez “habitual” con internamiento forzado y, por medio de otro decreto (n° 14.969/21) se disponía en la ley por primera vez la figura del “toxicómano”, creándose el “Sanatorio para Toxicómanos”, donde el internamiento podía ser solicitado por la propia persona, por su familia o por un juez (Fiore, 2007:30).

En la década de 1930, mediante el Decreto N° 20.930, el cannabis fue incluido en la lista de sustancias prohibidas, se determinó la criminalización de la inducción al consumo, y se incrementó a cinco años de prisión la pena por la venta de sustancias prohibidas. Si bien de forma poco clara, se criminalizó la práctica de portar o tener en su poder una sustancia relacionada al Artículo 1° en una dosis superior “a la determinada como terapéutica”, sancionándosele con pena de tres a nueve meses de prisión, lo que puede ser considerado como un antecedente del control penal sobre el consumidor de una manera diferenciada al traficante. Además de ello, se incluyó la “toxicomanía” en la lista de enfermedades que debían ser notificadas obligatoriamente a las autoridades (Artículo 44).

El Compendio de Leyes Penales (CLP) de 1932 estipulaba el delito de “venta de estupefacientes”, o de mantener en su poder tales sustancias. Se mantuvo una previsión legal anterior de internamiento del “infractor toxicómano”, siguiendo un informe médico, que podría sustituir tal sentencia por el internamiento en un establecimiento hospitalario para fines de tratamiento. Una peculiaridad digna de mención, debido a que refuerza el carácter estigmatizante y excluyente del control penal sobre el consumidor, radica en la circunstancia de que un estudiante condenado por delitos relacionados a “estupefacientes” podría ser sancionado con la “exclusión y bloqueo de la matrícula por el tiempo correspondiente a la sanción, por más de un año”.

² Fiore, Mauricio. (2007). *Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público* [Consumo de Drogas: Controversias Médicas y Debate Público]. São Paulo: FAPESP/Mercado das Letras.

³ Greco Filho, Vicente (1993). *Tóxicos: prevenção, repressão* [Tóxicos: prevención, represión]. 9ª edición. Sao Paulo: Saraiva, p. 41. En el mismo sentido, Luisi, Luiz (1990), *A legislação penal brasileira sobre entorpecentes: notícia histórica* [La legislación penal brasileña sobre estupefacientes: recuento histórico]. *Fascículos de Ciências Penales*. Año 3. volumen 3. N° 2. abril/mayo/junio, p. 153.

⁴ El Decreto N° 11.481 del 10 de febrero de 1915 promulgó la Convención Internacional del Opio y su respectivo protocolo, firmados en La Haya el 23 de enero de 1912.

Dando continuidad al movimiento de “internacionalización del control de drogas”⁵, Brasil ratificó en 1933 la Segunda Convención sobre Opio elaborada en 1925, y en 1934 hizo lo propio con la Primera Convención de Ginebra que databa de 1931.

A continuación se aprobó una de las leyes más rígidas de la época: la “Ley de Fiscalización de Estupefacientes” (Decreto Ley N° 891/38). Dicha ley fue emitida durante la Dictadura del Nuevo Estado, pese a estar clausurado el Congreso, teniendo como base la Segunda Convención de Ginebra de 1936. Ésta establecía restricciones a la producción y al tráfico, detallaba normas para el internamiento e interdicción civil de los toxicómanos y, prohibía su internamiento domiciliario. Además de criminalizar la venta de drogas y otras prácticas afines con pena de uno a cinco años de prisión, se tipificaba expresamente la práctica de “tener consigo” una sustancia ilícita sin prescripción médica con una pena muy semejante al tráfico, de uno a cuatro años, siendo éste el primer dispositivo penal destinado a sancionar al consumidor de sustancias ilícitas.

Con todo, a partir de la década de 1940, se produjo un cambio en el régimen penal aplicable al consumidor de sustancias prohibidas, habiéndose descriminalizado el acto de portar drogas para consumo personal en el Código Penal de 1940, y previéndose en el Artículo 281 del Código Penal el delito de comercio clandestino o facilitación del consumo de estupefacientes con pena del mismo nivel que las legislaciones anteriores: reclusión de uno a cinco años, y pago de una multa.

De este modo, la visión sobre el consumidor que prevaleció en las décadas de 1930, 1940 y 1950 fue la de un enfermo que necesitaba tratamiento y no debía ser enviado a prisión, al mismo tiempo que se intensificaba progresivamente el rigor penal sobre la práctica del tráfico de drogas, con una creciente utilización del derecho penal como forma de control social sobre los autores de estas prácticas. Hay en este período una predominancia de una visión médica e higienista – no sólo respecto a las drogas. Considérese también que las medidas previstas en esas primeras normas ya establecen un contexto histórico inicial para el internamiento obligatorio como política pública – la cual será retomada en el siglo XXI.

Esa línea de acción más blanda en relación al consumidor duró hasta 1964, cuando ocurrió el Golpe Civil-Militar en Brasil. No es casual que el golpe de estado de 1964 generase condiciones propicias al aumento de la represión, al restringir las libertades democráticas. La política penal de la época en Brasil estuvo marcada por la intensificación del control penal sobre las drogas, considerándose el año 1964 como el “marco divisorio entre el modelo sanitario y el modelo bélico de la política penal para las drogas” (Batista 1998: p. 84), mismo año en que fue promulgada en Brasil la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961⁶.

⁵ Batista, Nilo (1998:80) y Carvalho, Salo de (1997). *A Política Criminal de Drogas no Brasil* [La Política Penal sobre Drogas en Brasil]. Rio de Janeiro: Luam, p. 20.

⁶ Por medio del Decreto N° 54.216 del 22 de agosto de 1964. En este período se emitieron además la Ley N° 4.451/66, que incluía el cultivo de especies productivas de estupefacientes en la lista de delitos y el Decreto Ley N° 159/67, que extendía la prohibición legal a las anfetaminas y alucinógenos.

En 1968 fue emitida una nueva legislación sobre drogas, el Decreto Ley N° 385, del 26 de diciembre de 1968, que criminalizaba una vez más el consumo de drogas y lo equiparaba al delito de tráfico, con penas de uno a cinco años de prisión y la aplicación de una multa⁷. En ese momento se produce el “rompimiento con el discurso oficial fundamentado por la ideología de la diferenciación entre traficante y consumidor” (Carvalho, 1997: pp. 25-26). La justificación oficial presentada para ese drástico cambio era criminalizar al consumidor como estrategia para combatir el tráfico.

En 1971, se emite la Ley N° 5.726/71, que modificaba nuevamente el artículo 281 del Código Penal, dando al tema una disciplina más amplia, aunque la conducta del consumidor continuase equiparada a la del tráfico, y tenía una pena máxima aumentada a seis años. Tal dispositivo legal establecía una medida para la “recuperación del infractor viciado”, mediante la determinación judicial del internamiento para tratamiento psiquiátrico (artículo 9° y 10°), pudiendo esta pena ser atenuada en caso de una capacidad disminuida de entendimiento en el acusado.

En 1976 se emitió la Ley N° 6.368, que substituía la legislación de 1971 y revocaba el artículo 281 del Código Penal, pasando el tema de las drogas a ser tratado en una ley especial. Se volvía al sistema de diferenciación del consumidor y el traficante de drogas, quienes deberían ser “combatidos” mediante la prevención y la represión, siendo la lucha contra las drogas ilícitas una invocación eugénica-moralista en la lucha del bien contra el mal⁸. Siguiendo la línea de la legislación anterior, se establecía en el artículo 19 una causa específica de inimputabilidad. La norma preveía el tratamiento obligatorio como sanción, aludiéndose el “peligro social de la droga”. Había la posibilidad de imposición de tratamiento siempre que la persona no hubiese cometido delito alguno (Greco Filho, 1993: p. 67).

En relación al tipo de sanción, se mantenía la obediencia al modelo represivo que tenía la prisión como pena principal, además de haber sido aumentadas las penas para el delito de tráfico en el artículo 12, cuya escala penal fue fijada en 3 a 15 años. Con todo, la gran transformación trazada por esa ley fue la creación del delito autónomo de posesión de estupefacientes “para el propio consumo” (artículo 16), con pena de 6 meses a 2 años y el pago de una multa, diferenciada del delito de tráfico. El artículo 37 fijaba los criterios legales⁹ para la tipificación de la conducta, sin indicar, sin embargo, una distinción objetiva de la cantidad de droga para establecer una diferencia entre consumidor y traficante.

Así, la Ley 6.368/76, que estuvo vigente durante treinta años, describía “nuevos estereotipos y una nueva legitimación represiva” con una estigmatización del “enemigo interno” –el traficante de

⁷ Por medio de la inclusión de un párrafo único al Artículo 281 del Código Penal, el consumidor pasó a estar sujeto a la misma pena prevista en el enunciado del artículo, para la práctica de “llevar consigo, para el uso propio, una sustancia estupefaciente o que produzca dependencia física o psíquica”.

⁸ Morais, Paulo César de Campos (s/f). *Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecentes na região metropolitana de Belo Horizonte* [Mitos y omisiones: repercusiones de la legislación de estupefacientes en la región metropolitana de Belo Horizonte]. Disponible en: <https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMISSA%20ES.pdf>, p. 8. Información tomada el 3 de diciembre de 2013.

⁹ Tales como: naturaleza y cantidad de la sustancia, lugar y condiciones de la acción delictiva, así como las circunstancias del encarcelamiento, la conducta y los antecedentes del agente.

drogas—, al mismo tiempo que flexibilizaba la pena para el consumidor, lo que constituyó una característica del control penal sobre drogas en Brasil a partir de ese momento. El final de la década de 1970 marca el período en que el derecho penal se consolidó en Brasil como la estrategia considerada más adecuada para lidiar con la cuestión de las drogas de uso prohibido, siguiendo una línea internacional, aunque ésta nunca haya tenido resultados positivos.

En la transición hacia una apertura democrática, poco cambió en la legislación sobre drogas. Con todo, con la promulgación de la Constitución de 1988, paradójicamente hubo en Brasil un endurecimiento de las políticas penales con la inclusión del concepto de delitos aberrantes en el texto constitucional (artículo 5º, XLIII de CF/88), y la equiparación del “tráfico de estupefacientes” a este tipo de delito mediante la Ley de Delitos Aberrantes (Nº 8.072/90). Para esos delitos quedaban prohibidas las figuras legales de fianza, indulto, gracia, libertad provisional o recurso de permanecer acusado en libertad. Bajo un marco de represión, se prohibió también la progresión del régimen carcelario¹⁰, lo que generó graves consecuencias en el encarcelamiento por tráfico.

Con una nueva presentación, la vieja “ideología de la seguridad nacional” que marcó la Dictadura se transformó en la nueva “ideología de la seguridad urbana”, con la importación por parte de Brasil del modelo norteamericano de control del delito, que se adhiere al reforzamiento del control social sobre las clases más bajas mediante el incremento del número de personas encarceladas. La consecuencia de la implementación de ese modelo en el país fue, evidentemente, la potencialización de los graves problemas del sistema penitenciario brasileño, siendo el tráfico de drogas el delito con mayor crecimiento en cuanto a número de presos en Brasil hasta la actualidad (Boiteux, 2011)¹¹. En 1991 se promulgó en el país la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

En resumen, el discurso de la ley y el orden en el campo de la política de drogas en Brasil reforzó más que nunca la división entre el sistema aplicable al consumidor de drogas de clase media, que tiene dinero suficiente para pagar su droga, y el consumidor-traficante, que precisa vender la droga para sustentar sus necesidades. Tal sistema se vio reforzado con la nueva Ley de 2006.

La Ley Nº 11.343/06, todavía vigente, impulsó una política que tenía por objetivo instituir “el Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Esa Ley estipulaba medidas para la prevención del consumo indebido, así como la atención y reinserción social de consumidores y dependientes a drogas; se establecían normas para reprimir la producción no autorizada y el tráfico ilícito de drogas; y se definían nuevos delitos, amén de otros dispositivos”.

¹⁰ El STF consideraba tal ley constitucional durante más de quince años, hasta que en 2006 una recomposición del tribunal modificó ese entendimiento en el dictamen sobre el *Hábeas Corpus* Nº 82.959/SP, que asumió la posición de inconstitucionalidad de la prohibición progresiva del régimen prevista en la Ley de Delitos Aberrantes.

¹¹ Boiteux, Luciana (2011). Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil, en: Metaal, P., Youngers, C. Eds. *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Ámsterdam, Washington: TNI/WOLA, 2010, v.1, pp. 30-39.

La nueva Ley de Drogas estipulaba expresamente principios importantes, tales como: “el respeto a los derechos fundamentales de la persona humana, especialmente en cuanto a su autonomía y libertad”, y la adopción de un abordaje multidisciplinario. Están previstas en el texto importantes directrices relativas a la prevención del consumo de drogas, por medio del “fortalecimiento de la autonomía y de la responsabilidad individual en relación al consumo indebido de drogas” (artículo 19, III) y el “reconocimiento de la reducción de riesgos como resultado deseable de las actividades de naturaleza preventiva” (inciso VI). La estipulación expresa del término “reducción de riesgos” en la ley puede ser considerada un punto bastante importante para marcar una orientación diferenciada de esa ley en comparación a la anterior.¹²

Una novedad mucho mayor fue la despenalización de la posesión para el propio consumo (artículo 28) y el cultivo de la planta para el consumo personal (artículo 28, § 1º), donde ya no se prevé la pena privativa de la libertad para el consumidor, sujeto únicamente a penas alternativas, además de otros aspectos positivos como la disponibilidad de tipos penales intermedios con penas reducidas que antes eran equiparados al tráfico de drogas, como la inducción/instigación al consumo (artículo 33, § 2º), o el consumo compartido de drogas (artículo 33, § 3º) y la colaboración, como informante, para el tráfico de estas sustancias (artículo 37).

De otro lado, la Ley se endureció en relación al delito del tráfico de drogas, aumentando su pena mínima a cinco años en el artículo 33. De este modo, se incrementaba aún más la distancia entre la responsabilidad del consumidor y del traficante, sin que se hayan previsto requisitos objetivos y claros para esa diferenciación, que continúa aplicándose caso por caso, sin una posibilidad de distinción legal a priori o cuantitativa, como debería ser.¹³

A la vez, se dio una significativa transformación con la inclusión del § 4º del artículo 33, el cual permite la reducción de la pena en hasta dos tercios para traficantes de poca monta, primerizos y sin vínculos con el crimen organizado, pero cuya aplicación se ve dificultada por interpretaciones bastante represivas de los agentes del derecho, como ya se verificó en una investigación anterior (Boiteux, 2009).¹⁴

Adviértase que, sin embargo, la Ley de Drogas plantea la hipótesis de exención de la pena para el agente que “en razón de su dependencia de la droga, o bajo sus efectos, producida por caso fortuito o fuerza”, fuese “totalmente incapaz de entender el carácter ilícito del hecho o de tomar decisiones de

¹² Consultar Boiteux, Luciana (2006b). *A nova lei antidrogas e aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes* [Una nueva ley antidrogas y el aumento de la pena para el delito del tráfico de estupefacientes]. *Boletim IBCrim*. 167 (14), octubre, pp. 8-9.

¹³ Ese tema fue estudiado en la investigación realizada sobre sentencias en Brasilia y Rio de Janeiro, en relación a los condenados por tráfico de drogas sobre la base de la Ley N° 11.343/06. Cf. Boiteux, Luciana *et al.* (2009). *Tráfico de Drogas e Constituição* [Tráfico de Drogas y Constitución]. Brasilia: Ministerio de Justicia.

¹⁴ En la redación original: § 4º. En los delitos definidos en el enunciado y en el § 1º de este artículo, las penas podrán ser reducidas de 1/6 (un sexto) a 2/3 (dos tercios), conversión prohibida en penas restrictivas de derechos, si el agente es primerizo, tiene buenos antecedentes, no se dedica a actividades criminales y no integra una organización criminal. Posteriormente, en 2009, la STF consideró inconstitucional el fragmento “conversión prohibida en penas restrictivas de derechos”, por la violación del principio de la individualización de la pena, en el *Hábeas Corpus* N° 97.256.

acuerdo a este entendimiento” (artículo 45), debiendo el juez, en ese caso, determinar “su derivación a un tratamiento médico adecuado”.

Por lo tanto, el consumidor de drogas en la actual ley de drogas brasileña es el foco de control penal pero, al mismo tiempo, no se le puede imponer una pena privativa de libertad, siempre que no se le confunda con un traficante, por lo cual la Ley actual mantiene el mismo problema que ya se observaba en la ley anterior, es decir, la falta de criterios objetivos de distinción entre consumidor y traficante (consultar el artículo 28, § 2º).

Adviértase que los datos oficiales, compilados por la SENAD¹⁵ daban cuenta que el número de delitos tanto de posesión de drogas como de tráfico de estas sustancias, ha variado de 2004 a 2007 de forma independiente a la puesta en vigencia de la Ley 11.343/2006. O sea, esta Ley no alteró en nada el perfil o la prevalencia de los delitos de drogas en Brasil, ya sea para aumentar o disminuir su ocurrencia o la relación entre delitos de posesión de drogas y delitos de tráfico de éstas. Eso quiere decir que no parece haberse alcanzado ninguno de los dos efectos pretendidos por la Ley 11.343/2006 – menos consumidores de drogas comprendidos por el sistema penal y reducción del delito de tráfico de drogas-. En la realidad, los datos de SENAD muestran que a partir de 2005 hubo un crecimiento del número de ocurrencias policiales de ese delito.

Una vez clasificado por el sistema judicial como consumidor, la ley prevé en el artículo 28 las siguientes penas: advertencia sobre los efectos de las drogas, prestación de servicios a la comunidad y medida educativa de comparecimiento al programa o curso educativo. Es importante destacar que no hay la menor posibilidad de aplicación de una pena privativa de libertad para este delito y, aunque ello no está previsto, el agente tampoco puede rehusarse a cumplir las medidas alternativas o dejar de pagar a multa por incumplimiento. Se ha producido, *de jure*, una despenalización o des-encarcelamiento de la conducta de posesión de drogas para consumo personal prevista en el enunciado del artículo 28, y lo mismo para la práctica del auto-cultivo, tipificada en el § 1º.

Se considera que la sistemática del artículo 28 y sus párrafos no permiten que se instituya forma alguna de tratamiento forzado, precepto terapéutico o mecanismo del tipo Tribunales de Drogas (*Drug Courts*)¹⁶ especialmente para la amenaza de aplicación de pena de prisión en caso de que el consumidor rechace el tratamiento. Tal posibilidad llegó a ser discutida en el Congreso, durante la tramitación del proyecto que dio origen a la Ley de 2006, pero los legisladores optaron por rechazar la posibilidad de tratamiento obligatorio¹⁷ dentro de las alternativas de sanción previstas en el artículo 28. Así, según la

¹⁵ SENAD (2009).

¹⁶ Cf. Boiteux, Luciana, Ribeiro, Mauricio de Mello (2010). *Justiça Terapêutica: Redução De Danos Ou Proibicionismo Dissimulado?* [Justicia Terapéutica: ¿Reducción de Daños o Prohibicionismo Disimulado?]. En: Seibel, Sérgio Dario (editor). *Dependência de Drogas*. 2ª edición São Paulo: Atheneu, pp. 1113-1122.

¹⁷ Esa posibilidad había sido ventilada inicialmente en el Sustitutivo de la Cámara de Diputados al Proyecto de Ley N° 7.134-A de 2002 del Senado Federal (PLS N° 115/02 en la Cámara de origen), que disponía expresamente en el § 2º del artículo 28 que: “El juez podrá, en la homologación del trámite penal al que se refiere la Ley N° 9.099 del 26 de setiembre de 1995, que dispone sobre los Juzgados Penales Especiales, o en la sentencia, derivar al agente para tratamiento, en base a una evaluación que fundamente su

ley, un consumidor que acepta recibir una sanción alternativa puede recibir una indicación para el tratamiento pero ésta es de carácter voluntario (artículo 28, § 7º), no pudiendo el juez obligarle a tratarse, ni amenazar con pena de prisión en caso de que el acusado no acepte, ya que tal previsión legal está ausente.

A despecho de la falta de soporte legal específico, en algunos estados brasileños como Rio Grande do Sul, Goiás y Rio de Janeiro, hay programas denominados de “Justicia Terapéutica” (JT)¹⁸, que son diferenciados del modelo norteamericano. Hay muchas críticas a esta estrategia. Además de la inconstitucionalidad, hay en juego cuestiones éticas, como la actuación de psicólogos en la ejecución de penalidades, lo que está prohibido por el Código de Ética Profesional¹⁹, aparte de cuestionamientos sobre la propia eficacia de la medida, como la aceptación de la abstinencia como meta y la ilegal ampliación de la función del juez.

Tal como ya ha sido analizado por Boiteux y Ribeiro (2010), la obligación de tratamiento impuesta al consumidor viola los principios de la libertad individual, de la privacidad y la intimidad, no existiendo mecanismos en el derecho brasileño para admitir tal imposición contra la voluntad del consumidor.

2. Políticas públicas y consumo problemático de drogas

En este siglo, el gobierno federal adoptó oficialmente dos “Planes Nacionales”, en 2002 (durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso) y en 2005 (durante el gobierno de Lula), que contenían las líneas generales de la política estatal sobre el tema.

En 2002, tuvimos el primer Plan previsto en el Decreto (del Poder Ejecutivo) N° 4.345/02, que establecía una “Política Nacional Antidrogas” dividida en el tradicional trinomio prevención, tratamiento y represión, que establecía el contenido programático de la política de drogas oficial e indicaba las directrices y orientaciones a seguirse. Advértase el tono alarmista y emocional adoptado, destacando el siguiente fragmento del plan: “El uso indebido de drogas constituye en la actualidad una amenaza seria y persistente a la humanidad y la estabilidad de las estructuras y valores políticos, económicos, sociales y culturales de todos los Estados y sociedades”. Se hablaba incluso de “efectos adversos generados por el consumo indebido de drogas [como] la asociación del tráfico de drogas ilícitas y de los delitos relacionados, generalmente de carácter transnacional, con la delincuencia y la violencia”. Tal visión reforzaba el mantenimiento del *estatus quo*, pues al atribuir la responsabilidad a los

necesidad en función del riesgo a la integridad física y emocional de la propia persona, su familia o de la comunidad, realizada por un profesional de la salud con competencia específica en aspectos legales”. Consultar Boiteux y Ribeiro, 2010.

¹⁸ Consultar Cartilla del Tribunal de Justicia de Goiás, en:

http://www.tjgo.jus.br/docs/institucional/projetoseacoes/justicaterapeutica/DOC_cartilha_divulgacao.pdf. Información tomada el 3 de diciembre de 2013.

¹⁹ http://www.crprs.org.br/noticias_internas.php?idNoticia=2

consumidores, absolvía al sistema, siguiendo la línea del miedo y la intimidación del derecho penal simbólico.

Las políticas oficiales de 2002 defendían el modelo de “reducción de la oferta de drogas” como meta a ser alcanzada por medio del procesamiento penal. Por otro lado, se señalaba la “prevención” como prioridad, además de hacer referencia, aunque tímidamente, a la estrategia de reducción de daños, aplicada conjuntamente con “estrategias de reducción de la demanda”. Así, se mantiene el modelo prohibicionista, pero coexistiendo con ciertas medidas de reducción de daños. En ese mismo año, por primera vez se establece en la ley la estrategia de reducción de daños como una norma programática prevista en la Ley N° 10.409/02²⁰. No obstante, tal dispositivo solamente fue reglamentado en la esfera federal de la salud pública en 2005, a pesar de los avances prácticos instituidos por las leyes de los estados.

Se instituye además la ya tradicional línea de municipalización de las acciones de prevención por medio de la creación de los “Consejos Municipales Antidrogas”. Además, fue considerado como un avance la creación del Observatorio Brasileño de Información sobre Drogas, que tenía por objetivos la recolección y el intercambio de información científica, y la validación de investigaciones sobre drogas. No obstante, hasta hoy el observatorio no alcanzó dicho objetivo, dado que, además de una difícil visualización, es incompleto en cuanto a información y no logró convertirse en una fuente de consulta obligatoria académica y técnica, como era su objetivo inicial.

En el 2005, ya en el gobierno de Lula, se elaboró una nueva Política Nacional sobre Drogas, anterior a la propia Ley de 2006, mediante Resolución del entonces Consejo Nacional de Políticas Antidrogas, posteriormente renombrado “Consejo Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas”.²¹ En 2005 se advierte una mayor participación de la sociedad civil en el desarrollo de las políticas, hasta hoy en vigor, a pesar de que se considera que el CONAD acabó perdiendo su importancia política en el Gobierno de Dilma Rousseff a partir de 2010, después de haber sido fortalecido en el gobierno del Presidente Lula.

En términos generales, la “Política Nacional” de 2005 prioriza la “prevención del consumo indebido de drogas, por ser una intervención más eficaz y de menor costo para la sociedad”; y se estipula “el derecho de toda persona con problemas derivados del consumo indebido de drogas a recibir tratamiento adecuado”. Además, en sus presupuestos, se determina que se debe “reconocer las “diferencias entre un consumidor, una persona con consumo indebido, un adicto y un traficante de drogas, tratándolos de forma diferenciada”.

Se considera como puntos positivos que la represión ha pasado a un segundo plano (al menos en teoría) y el abandono del tratamiento forzado como estrategia. En términos de prevención, se garantiza

²⁰ La Ley N° 10.409/02, Art. 12, § 20, dispone que: “Corresponde al Ministerio de Salud reglamentar las acciones orientadas a la reducción de daños sociales y a la salud”.

²¹ Consultar Ley N° 11.754 del 23 de julio de 2008.

el acceso al tratamiento y la recuperación en las unidades de salud, hospitales de la red pública y centros de atención psico-social, además del Sistema Único de Salud. No obstante, más importante aún fue el reconocimiento de la “estrategia de reducción de daños estipulada por el artículo 196 de la Constitución Federal, como medida de intervención preventiva, asistencial, de promoción de la salud y de los derechos humanos”, y el hecho de que ésta haya sido reglamentada en el capítulo dedicado a las directrices de la estrategia. A diferencia del plan anterior, la reducción de daños fue prevista tanto para las drogas ilícitas como para las lícitas.

Oficialmente, se daba apoyo a la implementación de estrategias desarrolladas por organizaciones gubernamentales y ONG, además del compromiso de reglamentar la actividad del agente regulador de daños como profesional de salud. A diferencia del Plan anterior, no hay mención del incentivo al tratamiento forzado, ni a la “Justicia Terapéutica”. Aunque, tal como ocurría con el plan anterior, el Plan de 2005 adoptaba una estrategia equivocada de promoción del miedo en el consumidor al buscar “concientizarle de que el consumo de drogas alimenta las actividades de organizaciones criminales”, o sea, insistiendo en la intimidación. El mantenimiento de la línea prohibicionista, aunque moderada, era resguardado mediante la “reducción de la oferta de drogas mediante la acción coordinada e integrada de los órganos responsables del procesamiento penal (...) que buscan realizar acciones represivas y procesos penales contra los responsables de la producción y el tráfico de sustancias prohibidas”. Se sigue trabajando con propuestas represivas e irreales de políticas de seguridad, frente a la idea de una represión “eficaz”.

Se estipulaba también la directriz de “promover e incentivar las acciones de desarrollo regional de culturas y actividades alternativas, orientadas a la erradicación de cultivos ilegales en el país”. En esa línea, destaca el dispositivo legal de expropiación para fines de reforma agraria de las tierras utilizadas para cultivos ilegales, contenida en el artículo 243 de la Constitución Federal, sin la previsión de indemnización a los propietarios.

Específicamente en relación al uso religioso de sustancias prohibidas, en 2005 se publicó, a continuación del Plan Nacional de 2005, la Resolución CONAD 01/2005²² que regulamentaba y autorizaba el consumo de ayahuasca, reconociendo su importancia cultural. Posteriormente, el artículo 2º de la Ley 11.343/06 reconocía el respeto al uso de plantas de índole estrictamente ritualístico-religioso.

En suma, ambos planes nacionales pecan de constituir políticas penal-represivas, pues se restringen a enunciar medidas genéricas, la mayoría de ellas represivas, sin cuestionar o proponer alternativas.

Actualmente Brasil atraviesa por un período de cambios, con marcadas contradicciones. Mientras vemos la implementación de las metas defendidas por la lucha contra los manicomios, con la

²² A partir del Grupo Multidisciplinario creado por la Resolución CONAD 05/04.

extinción progresiva de los hospicios en Brasil y la disminución de la oferta de camas en los hospitales psiquiátricos, observamos también el desarrollo de una política pública de enfrentamiento al *crack* que favorece el internamiento obligatorio de los consumidores en centros privados de tratamiento, un recrudescimiento de la visión conservadora, orientada por el higienismo que caracterizó la legislación durante la primera mitad del siglo XX.

De este modo, como aducen Machado y Boarini (2013: p. 591)²³ en relación incluso a las estrategias de reducción ya incorporadas en las políticas nacionales sobre drogas, “las experiencias prácticas muchas veces se focalizan todavía en la prevención de enfermedades, dejando de lado cuestiones sociales como la violencia, la exclusión y el prejuicio hacia los consumidores de drogas”.

En la siguiente sección analizamos los marcos normativos de la reducción de daños en Brasil.

2.1. Reducción de Daños en Brasil

Por definición, las políticas de reducción de daños son toda estrategia de cuidado dirigida a personas que no quieren o no pueden dejar de consumir drogas, lo cual incluye la adopción de estrategias más seguras para el consumo, como la inclusión en políticas sociales, educativas y de salud sin exigir la abstinencia.²⁴ Aunque en Brasil esa estrategia se haya hecho conocida a partir de una de sus modalidades, el intercambio de jeringas, deben citarse aquí otros ejemplos: orientación sobre consumo seguro de sustancias (lícitas e ilícitas), salas de consumo seguro, acogida para dependientes y disponibilidad de tratamiento médico voluntario; implementación de programas de sustitución; prescripción y suministro de drogas para tratamiento de la dependencia (ejemplo: metadona para la dependencia de heroína y morfina, un problema de salud de escasa prevalencia en el país); implementación de programas de reinserción social y de mejora de la calidad de vida de los consumidores para la prevención de la sobredosis de drogas; todo ello sin exigir de los consumidores la abstinencia como condición para proporcionarles asistencia.

Dicho momento en Brasil estuvo marcado por dos movimientos opuestos de políticas públicas sobre drogas: mientras que las políticas penales oficiales se volvían cada vez más punitivas, por otro lado en la salud pública, con el movimiento anti-manicomios y la introducción en Brasil de políticas de reducción de daños, se puede decir que hubo un avance en cuanto a la adopción de políticas más humanas y capaces de garantizar los derechos de los consumidores. La cercanía entre la reducción de daños y el movimiento de reforma psiquiátrica es un fenómeno muy brasileño, los vincula a una “ética de

²³ Machado, Letícia Vier y Maria Lúcia Boarini (2013). *Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos* [Políticas Sobre Drogas en Brasil: La Estrategia de Reducción de Daños]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), pp. 580-95.

²⁴ Petuco, Dênis Roberto da Silva (2001). *Entre imagens e palavras. O discurso de uma campanha de prevenção ao crack* [Entre imágenes y palabras. El discurso de una campaña de prevención del consumo de *crack*]. Disertación para obtener el grado de Magister, presentada al Programa de Posgrado en Educación de la Universidad Federal de Paraíba. Disponible en: <http://denispetuco.com.br/imagensepalavras.pdf>

la atención” que respeta los derechos, las libertades individuales y los deseos de las personas, como una forma diferente de ser y de vivir en el mundo²⁵.

Motivados por una demanda impostergable, la epidemia del SIDA, a inicios de la década de 1990 se implementaron en el país programas-piloto pioneros de distribución de jeringas para consumidores de cocaína inyectable (en Salvador-BA y en Santos-SP). Después de estas iniciativas, entre 1995 y 2003 se abrieron en el país más de 200 programas de reducción de daños²⁶, política oficialmente asumida como estrategia de salud pública por varios municipios brasileños, demostrando el vigor de las políticas y de los resultados prácticos alcanzados. Como señala Mesquita (2012): “los principios de la Reducción de Daños no deben estar limitados a controlar únicamente la epidemia del SIDA, sino todos los efectos nocivos causados por el uso indebido de drogas, tanto sociales como de salud”²⁷.

En Brasil, en la esfera federal, la política de reducción de daños fue oficialmente reconocida por el Gobierno Federal solamente el 4 de julio de 2005, o sea, más de diez años más tarde, por el Decreto N° 1.028/2005 del Ministerio de Salud, considerada como un marco histórico al reglamentar “las acciones orientadas a la reducción de daños sociales y a la salud derivados del consumo de productos, sustancias o drogas que causen dependencia”, que pasaron oficialmente al campo de la Salud Pública. Dentro de las medidas previstas en el Decreto, que hasta hoy se encuentra vigente, destaca la previsión legal para la implementación de la reducción de daños en el sistema penitenciario, incluyendo como meta a alcanzar los establecimientos para internamiento de menores y los hospitales psiquiátricos, y la preservación de la identidad y la libertad de decisión del consumidor como principios preponderantes sobre cualquier procedimiento de prevención. Finalmente, en cuanto a la contratación de personal, se señala la importancia del acceso a la población blanca, independientemente de la instrucción formal. Se trata de un punto esencial en la implementación de los programas, que deben necesariamente incluir ex-dependientes y miembros de la comunidad en el esfuerzo de prevención por medio de acciones comunitarias.

Según Andrade (2011), sin embargo, la evolución de las políticas de reducción de daños en Brasil no fue lineal, habiéndose producido un declive en el número de programas a partir de 2004. Los motivos para ello pueden estar relacionados a varios factores: la descentralización hacia los Estados y Municipios del financiamiento para los programas, y la falta de reglamentación específica, más allá del genérico Decreto de 2005. Aunque puede decirse que las acciones más progresistas de reducción de daños, como el tratamiento de sustitución y las salas para consumo controlado, no están prohibidas por la ley, el

²⁵ Los autores agradecen la colaboración de Denis Petuco en las reflexiones sobre el papel de la Reducción de Daños en Brasil y en la revisión del presente texto.

²⁶ Andrade, Tarcísio Matos de (2011). *Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil* [Reflexiones sobre políticas de drogas en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4665-4674. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S1413-81232011001300015. Información tomada el 4 de enero de 2014.

²⁷ Mesquita, Fábio (2012). *A Perspectiva da Redução de Danos* [La Perspectiva de la Reducción de Daños]. Disponible en: http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/exibir_artigos.php?id=4746. Información tomada el 4 de enero de 2014.

hecho es que la falta de reglamentación de tales acciones dificulta la obtención de financiamiento e incluso genera temor entre quienes promueven la reducción de daños, quienes quedan expuestos a acciones (i)legales por parte de las autoridades, tal como ya ocurrió en el pasado.

A partir de ese cuadro, se puede concluir dicha parte afirmando que, en Brasil, el ámbito de actuación de programas de reducción de daños todavía es muy limitado, tanto en financiamiento como en reglamentación, aunque la normativa haya avanzado en comparación a lo que tenía en la década de 1990. Especialmente en relación al tratamiento alarmista otorgado a la cocaína que se fuma, en lugar de ampliarse la política de reducción de daños y nuevas estrategias en este campo para tal sustancia en el país para atender especialmente a la población más vulnerable²⁸, lo que se vio, especialmente a partir de 2011, fue un cambio de directriz, de la reducción de daños hacia una política higienista en las grandes ciudades, con preponderancia del internamiento forzado de consumidores de *crack*.

La política de drogas brasileña sigue los modelos internacionales represivos y no tiene la misma creatividad observada en otras áreas de salud pública, en las cuales el gobierno se atrevió a adoptar políticas de vanguardia, como es el caso de la experiencia en la lucha contra el SIDA, que incluyó medidas como la eliminación de patentes.

Pasamos a hora a analizar los más importantes marcos jurídicos de la salud en Brasil a partir del año 2001, cuando se promulgó la Ley 10.216, considerada un cambio de paradigma en la protección a quienes sufrían de trastornos mentales.

2.2. Marcos Jurídicos de Salud (Modalidades de Prevención, Atención y Reinserción Social)

La Ley 10.216/2011 trata de los derechos de los pacientes que presentan trastornos mentales y quedó reconocida como Ley de la Reforma Psiquiátrica o “Anti-manicomio”²⁹, siendo el resultado de grandes luchas del movimiento “anti-manicomio” en Brasil, opuesto a las políticas de internamiento en hospitales psiquiátricos con características de asilo que prevalecían hasta entonces, que excluían a los pacientes de la vida social con el pretexto de tratarlos.

La ley en cuestión prioriza el formato abierto para el tratamiento, al determinar que el internamiento sea la última opción y considerando la reclusión en instituciones como perjudicial a quien

²⁸ Cf. Domanico, Andrea (2006). *Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nórias – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil* [Consumidores de *crack* y personas que trabajan con adictos al *crack*: Bienvenido al mundo de los paranoicos – Estudio sobre la implementación de estrategias de reducción de daños para consumidores de *crack* en los cinco proyectos-piloto de Brasil]. Tesis (Doctorado en Ciencias Sociales). Universidad Federal de Bahia, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas.

²⁹ Para entender mejor el proceso que generó la creación de la actual ley de Reforma Psiquiátrica en Brasil, consultar Amarante, Paulo (coordinador), 1995. *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* [Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil]. Río de Janeiro: Fiocruz.

presentan trastornos mentales. Además, establece principios de atención y enuncia los derechos de los pacientes.

Dentro de los derechos básicos, está el derecho de la persona a “ser tratada con humanidad y respeto y en el interés exclusivo de beneficiar su salud, tratando de alcanzar su recuperación mediante la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad” (inciso II), y el de “ser tratada en un ambiente terapéutico por los medios menos invasivos posibles” (inciso VIII).

La ley también establece que el tratamiento, incluso en el régimen de internamiento, debe proporcionar “asistencia integral”, debe incluir, además de servicios médicos, servicios de asistencia social, psicológica, ocupacional y recreativa. De este modo, si el internamiento fuese excepcionalmente necesario, éste debe tener un abordaje multidisciplinario, no exclusivamente médico.

Está prohibido el internamiento de pacientes que sufren trastornos mentales en instituciones con características de asilos, o sea, aquellos desprovistos de los recursos mencionados en la Ley y que no aseguren a los pacientes todos sus derechos.

Están previstos actualmente tres tipos básicos de internamiento (voluntario, involuntario y obligatorio), estando el internamiento obligatorio definido como “decretado según la legislación vigente y por el juez competente, quien tendrá en cuenta las condiciones de seguridad del establecimiento, en cuando a la protección del paciente, de los demás internados y de los funcionarios del establecimiento” Las primeras modalidades de internamiento citadas arriba ya eran conocidas en la práctica médica cotidiana. La tercera –internamiento por decisión judicial con dictamen médico contra la voluntad del paciente— sí se inserta en la lógica del Código Civil, *pudiendo ser determinada, con carácter excepcional* el internamiento de las personas civilmente interdictas³⁰ en establecimientos adecuados mediante una orden judicial, en caso de que el paciente “no consiga establecer una convivencia familiar” (artículo 1.777 de Código Civil). En ese caso, por lo tanto, debe garantizarse el debido proceso legal, con participación del Ministerio Público y de un perito médico, o sea, tiene que haber un proceso judicial con garantía de derechos.

La otra modalidad de internamiento por orden judicial está prevista en el Código Penal, en la aplicación de las Medidas de Seguridad a las personas consideradas inimputables (artículo 26 del CP), que está determinada por el magistrado, en caso de que se ponga en duda la salud mental, determinada en el incidente correspondiente³¹.

Puede decirse que, a partir de esta ley, el reconocimiento de los derechos de consumidores de drogas está contemplado dentro del marco normativo de salud, aun cuando estas personas están

³⁰ El Derecho Civil Brasileño considera a los “ebrios habituales y a los *enviciados en tóxicos*” como relativamente incapaces (artículo 4º), los cuales pueden, por lo tanto, ser declarados interdictos, exigiéndose para ello el atestado médico de que aquella persona es consumidora dependiente de drogas.

³¹ De acuerdo al artículo 152 § 1º del Código de Proceso Penal. Corresponderá además una medida de garantía en el caso de dispositivos cautelares diversos de prisión (artículo. 319, VII del Código de Proceso Penal), cuando el delito cometido hiciera uso de la violencia o amenaza grave y hubiera riesgo de reiteración, con una necesaria declaración de la pericia que concluya que el sujeto es inimputable o semi-imputable.

sometidas a una red de atención. Sin embargo, una importante discrepancia de ese escenario general es el tratamiento jurídico dado por el Orden Jurídico en Brasil en relación al *crack*, fenómeno que viene siendo tratado de forma diferenciada por las políticas públicas, especialmente debido al abordaje de los medios de comunicación al tema.³²

2.2.1. Marcos Jurídicos de Salud Mental y Asistencia al Consumidor de Drogas

El marco jurídico de salud en Brasil (incluyendo la prevención, atención y reinserción social) relacionado a las drogas está compuesto por una maraña amplia y compleja de normas jurídicas de diversas jerarquías. Si consideramos solamente las normas que fueron emitidas después de la última Política Nacional sobre Drogas (Resolución CONAD 3/2005) y la Ley N° 11.343/2006, tenemos, incluyendo estas dos normas, diecisiete normas jurídicas principales, siendo dos de ellas leyes ordinarias y otras quince normas infralegales. De estas últimas, tres son Decretos presidenciales y las demás (doce) son decretos y resoluciones de diversos órganos que componen el SISNAD³³.

A continuación, vamos a abordar tres cuestiones primordiales para comprender cómo esas normas se insertan en el Orden Jurídico Brasileño y cómo se les puede comparar entre sí para efectos de la formación de un Sistema de Tratamiento Jurídico del consumo y del consumidor de drogas (lícitas o ilícitas), con un enfoque en las acciones de salud. La primera se refiere a la definición del consumidor de drogas, en el papel de destinatario de servicios del Estado, bajo el punto de vista de la salud. La segunda se refiere al diseño institucional de esa actuación del Estado. Y la tercera se ocupa del cambio de la perspectiva de salud, luego del surgimiento de la construcción de una supuesta “epidemia” de *crack* en Brasil.

2.2.2. Definición del Consumidor de Drogas y Distinción entre Tipos de Consumo

Como vimos, el Plan de 2005 preveía la necesidad de distinguir tipos de consumidores de drogas a partir de sus patrones de consumo. Era de esperarse que el marco normativo de prevención y atención al consumidor de drogas tuviese en consideración tal distinción. Sin embargo, lo que se aprecia es una gran variación respecto a este tema.

³² Sobre la crítica a la aplicación de la Ley 11.216/01 para consumidores de *crack*, consultar Boiteux, Luciana (2013). *Liberdades Individuais, Direitos Humanos e a Internação Forçada em Massa de Usuários de Drogas* [Libertades Individuales, Derechos Humanos e Internamiento Forzado Masivo de Consumidores de Drogas]. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais (RBEC)*, 25 (7), enero-abril, pp. 53-80.

³³ La selección de las normas se basaba, en primer lugar, en indagaciones libres en los archivos de legislación de los sitios del Ministerio de Salud (www.saude.gov.br), de la Secretaría Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (www.senad.gov.br) y del Observatorio Brasileño de Información sobre Drogas (www.obid.senad.gov.br). A continuación, se realizó un análisis previo de esas normas, y otros dispositivos fueron identificados a partir de la referencia de aquellas normas halladas en la pesquisa inicial. Finalmente, utilizamos nuestro conocimiento previo del campo de estudio para identificar otras normas que eventualmente no habían sido encontradas en las búsquedas iniciales.

El cuadro a continuación plantea una definición del consumidor de acuerdo a cada una de las normas analizadas (incluyendo el ya citado Decreto GM/MS 1.028/2005³⁴).

Tabla 1. Definición de Consumidor

Norma	Tema(s)	¿Cómo define al consumidor?
Decreto GM/MS 1.028, 1 julio 2005	Regula acciones de reducción de daños	“Consumidores o dependientes de alcohol y otras drogas”
Resolución CONAD 03, 27 octubre 2005	Política Nacional sobre Drogas	“personas con trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas”/“personas con problemas derivados del uso indebido de drogas”
Ley 11.343, 23 agosto 2006	Instituye el SISNAD, regula medidas de prevención, establece delitos y penas, dispone procedimiento penal	“Consumidor o dependiente de drogas”; “uso indebido de drogas como factor de interferencia en la calidad de vida de la persona y en su relación con la comunidad” (artículo 19, I)
Decreto 5.912, 27 setiembre 2006	Reglamenta la Ley 11.434/2006	“personas que consumen o son dependientes” – artículo 14, I, g
Decreto 6.117, 22 mayo 2007	Política Nacional sobre el Alcohol	No hay
Decreto 7.179, 20 mayo 2010	Plan integrado de lucha contra el <i>crack</i>	“consumidor de <i>crack</i> y otras drogas”
Decreto GM/MS 122, 25 enero 2011	Funcionamiento de Consultorios de la Calle	“consumidor de alcohol, <i>crack</i> y otras drogas”
Resolución RDC/ANVISA 29, 30 junio 2011	Requisitos de seguridad sanitaria para “instituciones”/comunidades terapéuticas	“Personas con trastornos derivados del consumo, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas”
Resolución del Consejo Nacional de Salud 448, 6 octubre 2011	Directrices para las acciones de salud mental en las Redes de Atención Psico-social	No define
Decreto GM/MS 3.088, 23 diciembre 2011	Red de Atención Psico-social para personas con sufrimiento o trastorno mental	“personas con sufrimiento o trastorno mental, incluyendo aquellas con necesidades derivadas del consumo de <i>crack</i> , alcohol y otras drogas”
Decreto GM/MS 121, 25 enero 2012	Unidad de Acogida para personas con consumo de drogas	“personas con necesidades derivadas del consumo de <i>crack</i> , alcohol y otras drogas (en situación de vulnerabilidad social y familiar, y que requieran acompañamiento terapéutico y

³⁴ Aunque anterior al Plan Nacional sobre Drogas de 2005, este decreto fue la primera reglamentación jurídica sobre la reducción de daños en Brasil.

		protección)
Decreto GM/MS 130, 26 enero 2012	Redefine CAPS AD III (24/7)	“personas con necesidades derivadas del consumo de crack, alcohol y otras drogas”
Decreto GM/MS 131, 26 enero 2012	Incentivo financiero a Estados y Municipios para el Componente de Atención en Régimen Residencial, incluyendo Comunidades Terapéuticas	“personas con necesidades derivadas del consumo de alcohol, <i>crack</i> y otras drogas”
Decreto GM/MS 132, 26 enero 2012	Incentivo financiero para el componente de Rehabilitación Psico-social de la Red de Atención Psico-social	“personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del consumo de <i>crack</i> , alcohol y otras drogas” (último considerando)
Decreto GM/MS 148, 31 enero 2012	Normas de Funcionamiento del Servicio Hospitalario de Referencia (Componente Hospitalario de la Red de Atención Psico-social)	“personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del consumo de <i>crack</i> , alcohol y otras drogas”
Decreto SAS/MS 856, 22 agosto 2012	Unidades de Atención en el Régimen Residencial en SUS	“personas (adultas) con necesidades derivadas del consumo de alcohol, <i>crack</i> y otras drogas”
Decreto GM/MS 615, 15 abril 2013	Incentivo financiero para construcción de CAPS y Unidades de Acogida	“personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades derivadas del consumo de <i>crack</i> , alcohol y otras drogas”

Fuente: Elaboración propia

De todas las normas, apenas dos (la Resolución CONAD 3/2005 y el Decreto 6.117/2007) establecen una distinción normativamente relevante entre consumidores de drogas que no son problemáticos o dependientes y aquellos que lo son. La primera establece el Plan Nacional sobre Drogas (vigente), como se ha visto antes, mientras que la segunda instituía el Plan Nacional sobre Alcohol. Ese decreto trata principalmente de principios y objetivos preventivos del Plan, no equipara el consumidor con el dependiente, y llega a emplear la categoría “uso responsable” como un objetivo de la política pública³⁵.

Resulta significativo que una de las dos únicas normas jurídicas que establecen una distinción, siquiera puntual, entre los consumidores “simples” (responsables) y los consumidores problemáticos o dependientes, sea una norma relativa a una droga lícita (alcohol). El contraste resulta claro entre este marco normativo para una droga lícita, y los marcos normativos para drogas ilícitas, en relación a los

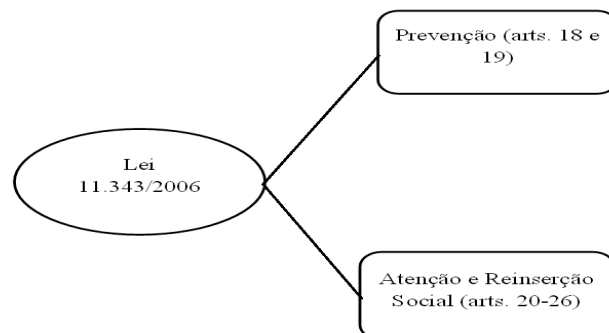
³⁵ Adviértase que el Decreto 6.117/2007 no hace una definición normativa de consumidores de drogas, incluso porque solamente se aplica a consumo de alcohol, una droga lícita y que, por eso, frecuentemente escapa de la categoría jurídica y social de “droga” cuando ésta es usada sin calificadores. Sin embargo, al tratar del fenómeno del consumo de alcohol, dicho decreto usa la expresión “consumo responsable”, que es implícitamente opuesto al consumo “irresponsable” o “problemático”. De ahí que mencionamos ese Decreto como ejemplo de diferenciación de usos, incluso cuando no haya en él una definición jurídica para el consumidor de drogas.

cuales se neutraliza la distinción entre consumo responsable y consumo problemático/dependiente. Se considera que algunas otras normas no establecen distinciones entre categorías de consumidores porque ni siquiera definen o mencionan al consumidor (o dependiente).

2.2.4. El Diseño Institucional del Sistema de Salud (en relación al consumo de drogas)

Las normas jurídicas referidas al consumo de usuarios de drogas se estructuran en un sistema cuyo objetivo es dividir los recursos institucionales, humanos y financieros del Estado en ejes de acción que contemplen lo que se percibe como necesario en términos de acción del poder público sobre la cuestión. Siguiendo la inspiración de normas anteriores, la Ley N° 11.343/06 dividía en dos ejes la acción estatal de salud relativa a las drogas: “prevención” y “atención y reinserción social”. La misma ley, en su primera parte, implementaba la reducción de daños (formulada como “reducción de riesgos” o “reducción de los riesgos y de los daños”), como un componente tanto del eje de “prevención”, como del eje de “atención y reinserción social”.

La ilustración abajo constituye un esquema representativo del modelo normativo de salud constituido por la Ley N° 11.343/2006:



Fuente: Elaboración Propia

Sin embargo, tanto la prevención como la atención y la reinserción social son destinadas al “consumidor o dependiente”, neutralizando cualquier distinción posible entre consumidores problemáticos y no problemáticos de drogas (ilícitas), así como eventuales estrategias diferentes para esos dos grupos, por ejemplo: el eje de prevención también podría estar dirigido a usuarios no problemáticos, pero para evitar que se vuelvan problemáticos, no necesariamente para eliminar todo consumo o algún nivel de éste³⁶.

³⁶ Lo que constituye, además, la lógica de la reducción de daños. Como lo aclara Domanico (2006: 67), la reducción de daños es “un conjunto de estrategias que se proponen minimizar los daños causados por el consumo de diferentes drogas, sin necesariamente tener que abstenerse de dicho consumo”.

A su vez, la pormenorización del eje de “tratamiento” en “atención y reinserción social”, sigue la lógica de salud que orienta una configuración institucional de las acciones del Ministerio de Salud. El Decreto GM/MS 3.088/2011 prevé seis componentes de la Red de Atención Psico-social (artículo 5º), que son esquematizados en la figura de abajo:



Fuente: Elaboración Propia (a partir del Decreto GM/MS 3.088/2011)

En cada uno de esos componentes hay diversos establecimientos y servicios distintos de salud. Por ejemplo, en el componente “atención psicosocial especializada”, figuran los Centros de Atención Psico-social (CAPS) y los Centros de Atención Psico-social – Alcohol y Drogas (CAPS-AD), que son la unidad de tratamiento en un espacio abierto, destinada a atender consumidores (problemáticos) de drogas, uno de los ejes principales de la política de atención a la salud mental en Brasil. Ya en el componente de “atención residencial de carácter transitorio”, se encuentran las llamadas comunidades terapéuticas. Adviértase también que varios de los otros instrumentos normativos constantes del cuadro que figura arriba son reglamentaciones específicas para los diversos componentes de la RAPS, a la cual el CAPS está vinculado.

Finalmente es de notar que cada uno de los componentes de RAPS es el de “estrategias de des-institucionalización”, el cual se compone de unidades de acogida, consultorios de/en la calle, además de camas de hospitales generales y ambulatorios especializados (CAPS); de modo general, la meta parece ser la abolición del internamiento como método principal de tratamiento. Esa limitación del internamiento quedó marcada jurídicamente en Brasil, principalmente por la Ley N° 10.216/2001, como ya se ha visto antes.

La importancia de los CAPS en el tratamiento de un segmento de la población vulnerable e históricamente estigmatizada, justifica que la inversión destinada hacia esta deba tener carácter prioritario. Sin embargo, debido a que los montos resultan insuficientes, Brasil acabó optando por la

tercerización de esos servicios, por medio del traslado de fondos públicos hacia organizaciones no gubernamentales que pasarán a asumir la responsabilidad por esta actividad típica del Estado, y que recibirán considerable financiamiento público para este fin.

De hecho, durante los últimos años se produjo un aumento del número de CAPS en el país, aunque debe destacarse que ese crecimiento fue considerablemente menor en comparación a los números de las Comunidades Terapéuticas (instituciones de acogida – CT) habilitadas en todo el país, que superan de lejos la creación y ampliación de las unidades de atención pública.

Para comprender esa política de asistencia a consumidores de alcohol y otras drogas, es necesario destacar que el inicio del Gobierno de Dilma Rousseff en 2010 marca un momento de inestabilidad en la elaboración y ejecución de políticas nacionales sobre drogas que, más que nunca, pasan a ser controladas por los medios de comunicación marcados por el sensacionalismo represivo y la influencia de discursos religiosos conservadores.

2.3. Un Giro Conservador y el Programa “Crack y otras Drogas” (2010-2013)

El principal marco normativo enfocado en el consumo y en el consumidor de *crack* en Brasil es el Decreto N° 7.179/2010 (de la Presidencia de la República) que oficialmente instituyó el “Plan Integrado de Lucha contra el *Crack*” en el último año del gobierno de Lula. Creado en el contexto de una considerable alarma social relacionada a una supuesta “epidemia” de consumo de *crack*, llama la atención desde el inicio que esa norma haya sido redactada en el ámbito de la Presidencia de la República y mediante un decreto, no en el ámbito de Ministerio de Salud, ni en el SENAD (ubicado actualmente en el Ministerio de Justicia).

Desde el inicio, se percibe la gran influencia de los medios de comunicación en las respuestas estatales a la cuestión del *crack*, puesto que toda la política gubernamental pasó a dirigirse a la prevención y la represión enfocada en esa sustancia, sin contar siquiera con datos concretos que demostrasen si había o no una epidemia de consumo.

Según Nappo, Sánchez y Ribeiro (2012), “el Gobierno Federal y la sociedad brasileños se expresan y obran en función de una epidemia de *crack* exacerbada por los medios de comunicación”, mientras que, según los datos disponibles, “el consumo de *crack* entre estudiantes no aumentó en las proporciones presentadas por los medios de comunicación en Brasil”, concluyéndose que “el término epidemia ha sido usado de manera impropia para representar la prevalencia estática del consumo de *crack*”.³⁷

³⁷ Nappo, Solange Aparecida; Zila M. Sanchez y Luciana Abeid Ribeiro (2012). *Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues* [¿Existe una epidemia de consumo de crack entre los estudiantes en Brasil?: Comentarios en los medios de comunicación y aspectos de salud pública]. *Cadernos Saúde Pública* [en Internet]. 28 (9), pp. 1643-49.

Lo que más importaba en la elaboración de ese Plan fue el clamor público y el “pánico moral” creado por la prensa, que llevó al Gobierno a demostrar públicamente que estaba reaccionando a esa demanda con estrategias de mercadeo y lanzamientos públicos del plan y campañas publicitarias³⁸. En estas campañas, el consumidor de *crack* es mostrado como una “figura monstruosa y peligrosa, capaz de perjudicar y/o hacer sufrir a las personas que lo rodean” (Petuco, 2011).

Luego, al año siguiente, se emitió el Decreto N° 7.673/2011 que es la base de un “nuevo” programa contra el *crack* llamado: “*Crack, es posible vencerlo*”, el cual se divide en: atención, prevención y aplicación de la ley, y se proponía una perspectiva de seguridad pública integrada al discurso de salud. El eje de prevención se basa en la capacitación de agentes públicos y de la sociedad civil a fin de instruir a diversos segmentos de la población sobre los riesgos vinculados al consumo de drogas, y se concretiza en trabajos de prevención en las escuelas, capacitación de profesionales de las más diversas áreas y la difusión de información.

El eje de atención se orienta al contacto con SUS y RAPS. Las acciones son dirigidas a la ampliación de los servicios específicos para la atención multidisciplinaria del consumidor de *crack* por medio de la preparación de la red de atención de SUS orientada a la reinserción social y el apoyo integral a los consumidores y sus familias. Dentro de los servicios previstos figuran: Consultorio de la calle, CAPS-AD, Enfermerías especializadas, Unidades de Acogida para Adultos, Unidades de Acogida Infantil-Juvenil, y Comunidades Terapéuticas, si bien éstas últimas han sido las más beneficiadas con fondos públicos.

El eje de autoridad busca combatir el tráfico de drogas y el crimen organizado con el fortalecimiento de acciones de inteligencia e investigación por medio de alianzas con estados y municipios para la promoción de la seguridad en los espacios urbanos. Los principales puntos de acción del eje de autoridad son una intervención en las llamadas “*cracolândias*” [fumaderos de *crack*] con una articulación con las áreas de salud, asistencia social y seguridad, con una orientación de los consumidores hacia los servicios de acogida y tratamiento³⁹.

Dicho programa tiene prevista una inversión de hasta cuatro billones de reales articulada entre la Federación, los Estados, los Municipios y el Distrito Federal en sus tres ejes. Dentro de los principales gastos ya efectuados hasta el momento figuran predominantemente los dirigidos a las CT. El Ministerio de Justicia/SENAD transfirió fondos a unas 183 Comunidades Terapéuticas, lo que resultó

³⁸ Para una visión crítica sobre las campañas publicitarias de prevención del *crack*, consultar Petuco, Dênis Roberto da Silva (2001). *Entre imagens e palavras. O discurso de uma campanha de prevenção ao crack* [Entre imágenes y palabras. El discurso de una campaña de prevención del consumo de *crack*]. Disertación para obtener el grado de Magister, presentada al Programa de Posgrado en Educación de la Universidad Federal de Paraíba. Disponible en: <http://denispetuco.com.br/imagensepalavras.pdf>.

³⁹ Las inversiones fueron de R\$ 51 millones de reales por año (hasta noviembre de 2013). Disponible en: <http://www2.planalto.gov.br/especiais/caderno-destaques/marco-2012/gestao-em-destaque/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>. Información tomada el 2 de diciembre de 2013

en el ofrecimiento de cuatro mil vacantes en esos locales y considerables inversiones⁴⁰. Para ampliar las CT se redujeron las exigencias normativas para su funcionamiento, mediante el Decreto GM/MS 131/2012. Pese a ser ello ilegal, las CT terminaron operando como centros de internamiento forzado para consumidores dependientes – y, en algunos casos, hasta para consumidores no dependientes.

Los informes de visitas a CT comprueban el incumplimiento de las directrices legales y el desvío de sus finalidades⁴¹. Las violaciones de derechos fundamentales de los pacientes incluyen interceptación y violación de correspondencia, violencia física, castigos, torturas, exposición a situaciones de humillación, imposición de credo religioso, intimidaciones, falta de respeto hacia la orientación sexual, registros vejatorios a familiares, violación de la privacidad, entre otras. Incluso cuando el local posee una estructura física aceptable, las violaciones de los derechos están presentes. Se señala que el tratamiento consiste en someter a los sujetos tratados y que la mayoría de esas prácticas sociales adopta la opción por un credo, por la fe religiosa, como recurso de tratamiento.

En el plano normativo, se aprecia que el Decreto 7.179/2010 también altera la caracterización del ciudadano afectado por la norma: “consumidores de *crack* y otras drogas”. Tal formulación sería desde ese momento repetida (a veces con alguna modificación) en otras normas, inclusive del Ministerio de Salud, como, por ejemplo, en los Decretos GM/MS 122/2011 y 3.088/2012 (“personas que padecen un trastorno mental, incluyendo aquellas que tienen necesidades derivadas del consumo de *crack*, alcohol y otras drogas”). Por lo tanto, se advierte un cambio de enfoque del Ministerio de Salud respecto al alcohol como la principal droga consumida por los ciudadanos brasileños (indicada en la expresión “alcohol y otras drogas” en diversas normas), que se orienta hacia el *crack*, a pesar de no contar (hasta entonces) con datos concretos confiables sobre el consumo de esa sustancia en la población.

También cabe notar que el mismo instrumento normativo incorpora el eje “autoridad” de manera conjunta e integrada a las acciones de salud (prevención y atención), de modo que se produce una paradoja en la orientación predominante de reducción de daños⁴² que parecía orientar el diseño institucional de las iniciativas de salud del Estado brasileño en cuanto al fenómeno del consumo de drogas (lícitas o ilícitas). El binomio abstinencia/represión marca la aplicación concreta de las medidas del Plan del *Crack*, a pesar de que en su texto se refiere a la reducción de daños.

⁴⁰ Fuente: sitio del programa *Crack, é possível vencer* [Crack, es posible vencerlo], artículo publicado el 26 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/noticias/mj-oferta-4-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Información tomada el 2 de diciembre de 2013.

⁴¹ Cf. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* [Informe de la 4ta Inspección Nacional de Derechos Humanos: locales de internamiento para consumidores de drogas]. Disponible en: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspcao_Direitos_Humanos.pdf. Acesso em 02/12/2013; *Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro* [Informe de Inspección en Comunidades Terapéuticas financiadas por el Gobierno del Estado de Rio de Janeiro]. Disponible en: <http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/relatorio-ct-financiadas-pelo-gov-est-rj-junho-13.pdf>. Información tomada el 2 de diciembre de 2013.

⁴² De otro lado, el Decreto 7.179/2010 es uno de los pocos instrumentos normativos sobre el consumo de drogas que siquiera menciona la expresión “reducción de daños”.

3. Consumo de sustancias de uso ilícito en Brasil

Brasil no figura como país productor en la geopolítica internacional, sino que sirve como ruta de consumo y tránsito de drogas tradicionalmente producidas en países vecinos, que son exportadas hacia los mercados consumidores de Norteamérica y Europa.

No se puede negar que el mercado brasileño de la droga está plenamente operativo, a pesar de que las autoridades consigan una que otra vez detener parte de los embarques circulantes, conforme se deduce de las estadísticas oficiales de la Policía Federal sobre las detenciones efectuadas⁴³. En los grandes centros urbanos, el negocio más lucrativo es la distribución de las drogas a los consumidores, actividad que absorbe a gran parte de las personas excluidas del sistema económico, o sea, trabajadores informales al margen de la actividad lícita.

Los datos sobre consumo de drogas en Brasil tienen como base los censos domiciliarios realizados en las capitales brasileñas (no en la población total), en 2001 y 2005, y el más reciente censo, realizado en 2013, enfocado en el consumo de *crack*, pero que también recogía datos sobre otras drogas⁴⁴.

En el cuadro que figura a continuación, se hace una comparación entre los censos domiciliarios (2001-2005). Pese a que en la información obtenida no se apreció gran variación en el consumo de estas sustancias, se identificó entre los entrevistados un pequeño aumento en la prevalencia de consumo a lo largo de sus vidas durante los períodos estudiados, especialmente de alcohol.

⁴³ Fuente: <http://www.jcnet.com.br/Nacional/2014/01/apreensao-de-drogas-bate-recorde-em-2013-diz-policia-federal.html>. Consultar el Informe de SENAD de 2009, que señala el aumento sostenido del número de detenciones relacionadas a drogas ilícitas en Brasil.

⁴⁴ Los análisis realizados fueron empleados como fuente de estas encuestas, las cuales, a pesar de las limitaciones (no incluyen datos a nivel nacional sino sólo de las capitales) son reconocidas por el gobierno y los especialistas como bases confiables de consulta.

Tabla 2. Brasil, Prevalencia de consumo de drogas entre los entrevistados en las 108 ciudades con más de 200 mil habitantes (2001-2005)⁴⁵

Droga	Prevalencia de uso (%)			
	2001	2005		
	En la vida	En la vida	En el año	En el mes
Alcohol	68.7	74.6	49.8	38.3
Tabaco	41.1	44.0	19.2	18.4
Marihuana	6.9	8.8	2.6	1.9
Solventes	5.8	6.1	1.2	0.4
Benzodiazepínicos	3.3	5.6	2.1	1.3
Orexígenos	4.3	4.1	3.8	0.1
Cocaína	2.3	2.9	0.7	0.4
Xaropes (codeína)	2	1.9	0.4	0.2
Estimulantes	1.5	3.2	0.7	0.3
Baritúricos	0.5	0.7	0.2	0.1
Esteroides	0.3	0.9	0.2	0.1
Opiáceos	1.4	1.3	0.5	0.3
Anticolinérgicos	1.1	0.5	0.0	0.0
Alucinógenos	0.6	1.1	0.3	0.2
Crack	0.4	0.7	0.1	0.1
Merla	0.2	0.2	0.0	0.0
Heroína	0.1	0.1	0.0	0.0
Cualquier droga excepto alcohol o tabaco	19.4	22.8	10.3	4.5

Fuente: SENAD/CEBRID/II Censo Domiciliario sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas en Brasil, 2005.

Adviértase que, siguiendo una tendencia mundial, la marihuana se mantiene como la droga ilícita más consumida en Brasil, teniendo como base los datos de 2001 (6.9% de consumo a lo largo de la vida), siendo ese porcentaje muy inferior al de los EE.UU., con 34.2%, y a los del Reino Unido y Dinamarca, con 25% y 24.3%, respectivamente⁴⁶.

En el cuadro que figura abajo, el rasgo es la dependencia, debiendo advertirse que son las drogas lícitas las que presentan un mayor porcentaje de personas en esa condición, y es pequeño el porcentaje de personas que declaran tener consumo problemático de drogas ilícitas, destacando la marihuana indicada como la droga con mayor porcentaje de consumidores que se declaran adictos a ella entre las sustancias ilícitas.

⁴⁵ Los datos sobre prevalencia del consumo por año y por mes no están disponibles para 2001.

⁴⁶ Según Carlini, E.A. [et al.] (2002). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001* [I Censo domiciliario sobre consumo de drogas psicotrópicas en Brasil: estudio que incluye las 107 ciudades principales del país: 2001]. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileño de Informaciones Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidad Federal de São Paulo.

Tabla 3. Dependencia⁴⁷ de drogas entre los entrevistados en las 108 ciudades con más de 200 mil habitantes en Brasil (2001-2005)

Droga	Dependencia (%)	
	2001	2005
Alcohol	11.2	12.3
Tabaco	9.0	10.1
Marihuana	1.0	1.2
Solventes	0.8	0.2
Benzodiazepínicos	1.1	0.5
Estimulantes	0.4	0.2

Fuente: SENAD/CEBRID/II Censo Domiciliario sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas en Brasil, 2005.

Un hecho curioso es que el consumo de *crack* a lo largo de la vida representaba apenas un 0.7% del total para las 108 principales ciudades del país, lo que representa, según SENAD, cerca de la mitad del valor presentado en un estudio semejante en los Estados Unidos.

Otro dato importante se basa en el Estudio sobre Consumidores de *Crack* en condiciones de vulnerabilidad (2013), realizado por la Fiocruz, considerada como la encuesta más importante y completa realizada sobre *crack* en el mundo, y la fuente más importante y actualizada de datos epidemiológicos sobre drogas en Brasil. La llamada “Estimación del Número de Consumidores de *Crack* y/o similares en las Capitales del País” fue lanzada en 2013, coordinada por Francisco Inácio Bastos, en asociación con el SENAD.

El resultado del estudio estima que la población de las capitales brasileñas y del Distrito Federal que consume *crack* y productos similares regularmente es de aproximadamente un 0.81%. Una estimación del porcentaje de consumidores de otras drogas ilícitas (con excepción de la marihuana) es de 2.28%, o sea, aproximadamente 1’035,000 consumidores. En tal sentido, se afirma que los consumidores de *crack* corresponden al 35% de los consumidores de drogas ilícitas en las capitales. Por lo tanto, el *crack* no es la droga de mayor consumo en Brasil.

La investigación demostró que, en lugar de “zombis” o “locos incontrolables”, la mayoría de los consumidores de *crack* en Brasil son, en realidad, personas vulnerables, negros y mulatos, jóvenes (unos 30 años en promedio), hombres, solteros (lo que demuestra relajamiento de los lazos familiares), con escasa escolaridad, poli-consumidores (más del 80% de los consumidores de *crack* también hacen uso de alcohol y tabaco), y que consumen la sustancia en público. Por lo tanto, dicho consumo sólo se vuelve visible en la medida en que incomoda a los demás en la vía pública, estando el uso de *crack* asociado a distintos factores de vulnerabilidad social, como falta de vivienda, de servicios básicos y, de modo general, de una inserción social menos desigual.

Incluso se destaca el hecho de que casi la mitad de la población de consumidores de *crack* afirmaba haber sido “detenida” en el último año, reforzando la percepción anecdótica de que la Ley

⁴⁷ El criterio utilizado por el estudio de SENAD/CEBRID correspondía a SAMHSA.

11.343/2006, con su definición poco clara del delito de posesión de drogas para uso personal, permite una neutralización arbitraria de la distinción entre consumidor y traficante, al gusto de la autoridad policial o judicial que considere el caso.

Consideraciones finales y recomendaciones

Un análisis de la evolución de las políticas y normas sobre el consumo y los consumidores de drogas (ilícitas) evidenció la ambigüedad que orienta(ba) su formulación. La ambigüedad de las políticas públicas brasileñas sobre drogas queda aún más clara cuando consideramos los marcos normativos y las ofertas institucionales del Estado en relación al consumidor, actualmente considerado como alguien que precisa de una intervención socio-sanitaria (no tanto como un delincuente, aunque todavía criminalizado), pero al mismo tiempo sin acceso a la provisión de servicios. Frecuentemente, los marcos de la actuación de salud (iniciativas de prevención y/o tratamiento – reducción de la demanda) se mezclan y son vistos como paradójicamente integrados a los marcos punitivos (iniciativas de seguridad pública – reducción de la oferta), lo que contradice los supuestos de reducción de daños tantas veces reafirmados en las propias declaraciones normativas. Ello es especialmente cierto en relación a los marcos legales relativos al consumo de *crack*, en los cuales el eje “autoridad” está integrado y asumido como compatible con los ejes “prevención” y “atención”, aunque en la realidad, y como lo reconoce la literatura al respecto, el sistema penal perjudica la efectividad de las intervenciones de salud⁴⁸.

Por otro lado, las políticas públicas brasileñas no parecen tener ningún efecto sobre los patrones de consumo y sobre el tipo de consumo de drogas (lícitas o ilícitas) en Brasil. Las oscilaciones no se correlacionan con los cambios de políticas y no parecen ser impactadas ni por el Estado asistencialista, ni mucho menos por el Estado punitivo.

Específicamente en cuanto al *crack*, el reciente censo nacional sobre consumo de *crack* revela que se trata de una cuestión no tan relevante en términos estadísticos en el escenario del consumo de drogas en el país, especialmente en comparación a las verdaderas tragedias de salud pública ocasionadas por el alcohol.

Además, el consumo de *crack* está asociado a varios factores de vulnerabilidad social, como falta de vivienda, de servicios básicos y, de modo general, de inserción social menos desigual. Los consumidores también son, en su gran mayoría, poli-consumidores de drogas, lo que elimina el papel de predominancia que se le atribuía al *crack*.

⁴⁸ Domanico, 2006.

Consideraciones finales y recomendaciones

Se concluye que, al asumir una posición paternalista, dividida ambiguamente entre Estado asistencial y Estado punitivo, Brasil crea marcos normativos complejos, de difícil coordinación y contradictorios entre sí, además de estar arbitrariamente relacionados, como en el caso de la integración forzada entre “aplicación de la ley” y “prevención/tratamiento” en las normas referidas al *crack*. Esas políticas públicas oscilantes no parecen tener efecto alguno sobre los indicadores, patrones y tipos de consumo/consumidores, especialmente consumidores de *crack*, en quienes ha recaído la mayor parte de la atención del Estado en los últimos tiempos.

Ante estas conclusiones, nuestras recomendaciones son las siguientes:

1. La descriminalización de todas las conductas asociadas al consumo de drogas, como una forma de eliminar el eje punitivo de la acción estatal sobre el fenómeno del consumo de drogas, abandonando el estigma social sobre los consumidores de drogas y, con ello, facilitando las respuestas estatales de salud (y reducción de daños), y dejando de lado el paradigma de represión/abstinencia que se sigue actualmente;
2. El establecimiento de un marco normativo seguro detallado y unificado para la reducción de riesgos y daños, a nivel de ley ordinaria, como una manera de establecer un paradigma único para políticas de prevención y atención a consumidores problemáticos y dependientes de drogas;
3. El establecimiento de políticas públicas de prevención que diferencien al consumidor problemático, al consumidor dependiente, y al consumidor no-problemático, siendo que para éste último debe dirigirse únicamente políticas de prevención, ya que su consumo no precisa de políticas de atención/tratamiento;
4. El abandono de políticas de internamiento obligatorio y/o tratamiento forzado de consumidores –tanto problemáticos como dependientes– a no ser en situaciones excepcionales – por indicación médica, y únicamente en cuanto sea necesario y por el mínimo tiempo posible;
5. La separación en las políticas públicas y acciones concretas de los ejes de prevención y atención respecto al eje “aplicación de la ley” o represión, las cuales deben ser llevadas a cabo por agencias distintas y con objetivos distintos y diferenciados entre sí;
6. La asignación de la mayor parte del presupuesto destinado a iniciativas estatales relacionadas a drogas (lícitas e ilícitas) hacia la prevención y la atención, reduciendo los fondos destinados a la represión, eje comprobadamente ineficiente y costoso;
7. La orientación de la política de drogas hacia las sustancias que más daños causan a la salud pública, especialmente el alcohol, y la adopción de estrategias de reducción de daños relacionados al *crack*, siguiendo criterios y patrones basados en evidencias.

Bibliografía

- Amarante, Paulo (Coord.) (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, Tarcísio Matos de (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4665-4674. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300015&lng=pt&tln_g=pt.10.1590/S1413
- Batista, Nilo (1998). Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos*. Ano 3. n. 5-6, 1-2. Sem, p. 81.
- Boiteux, Luciana (2006a). *O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo sobre o sistema penal e a sociedade*. Tese de Doutorado. Faculdade de Direito da USP.
- _____ (2006b). A nova lei antidrogas e aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. *Boletim IBCrim*. 167 (14), outubro, p. 8-9.
- _____ *et alli* (2009). *Tráfico de Drogas e Constituição*. Brasília: Ministério da Justiça.
- _____ (2013). Liberdades Individuais, Direitos Humanos e a Internação Forçada em Massa de Usuários de Drogas. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais (RBEC)*, 25 (7), jan-abr, p. 53-80.
- _____, Ribeiro, Mauricio de Mello (2010). Justiça Terapêutica: Redução De Danos Ou Proibicionismo Dissimulado? In: SEIBEL, Sérgio Dario (Ed.). *Dependência de Drogas*. 2ª. Ed. São Paulo: Atheneu, p. 1113-1122.
- _____, Pádua, João Pedro (2013). *A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual lei de drogas no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ e Psicotropicus.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Saúde Mental em Dados-10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília. Acesso em 02.12.13.
- Caballero, Francis, Bisiou, Yann (2000). *Droit de la drogue*. Paris: Dalloz.
- Carvalho, Salo de (1997). *A Política Criminal de Drogas no Brasil*. Rio de Janeiro: Luam.
- Domanico, Andrea (2006). *Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo dos nórias – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- Fiore, Mauricio (2007). *Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público*. São Paulo: FAPESP/Mercado das Letras.
- Gomes, Geraldo (1972). *Os alucinógenos e o direito: LSD*. São Paulo: Juriscred.
- Greco Filho, Vicente (1993). *Tóxicos: prevenção, repressão*. 9.ed. São Paulo: Saraiva.

- Hungria, Nelson (1959). *Comentários ao Código Penal*. v. 9. Rio de Janeiro: Forense V. IX.
- Iulianelli, Jorge Atílio Silva (2004). Brasil Rural: a cannabis e a violência. *Drogas e Conflito*. n. 11. novembro, p. 7-16.
- Brasil (2011). *Legislação E Políticas Públicas sobre Drogas No Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Lima, Lana Lage da, Souza Da Silva, Sabrina (2012). Programa de Justiça Terapêutica do Estado do Rio de Janeiro. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, 33 (17), p. 375-398.
- Luisi, Luiz (1990) A legislação penal brasileira sobre entorpecentes: notícia histórica. *Fascículos de Ciências Penais*. Ano 3. v. 3. n. 2. abr./mai./jun.
- Machado, Letícia Vier e Boarine, Maria Lúcia. (2013). Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), 580-595.
- Martinelli (2009). Paternalismo na lei de drogas. *Liberdades*. n. 2, p. 13-24, set-dez. (Disponível em <http://www.ibccrim.org.br>. Acesso em 18 out 2013).
- Mesquita, Fábio (2012). A Perspectiva da Redução de Danos. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/exibir_artigos.php?id=4746. Acesso em 04.01.2014.
- Morais, Paulo César de Campos (s/d). Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecentes na região metropolitana de Belo Horizonte. Disponível em: <https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/MITOS%20E%20OMISSÃO•ES.pdf>, p. 8. Acesso em 03.12.2013.
- Nappo, Solange Aparecida; Sanchez, Zila M. And Ribeiro, Luciana Abeid (2012). Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. *Cad. Saúde Pública* [online]. 28 (9), pp. 1643-1649.
- Oglobo. (2013). Maconha: Brasil discute mudanças, mas não vai votar agora (<http://oglobo.globo.com/sociedade/maconha-brasil-discute-mudancas-mas-nao-vai-votar-agora-12105622#ixzz2yRcsVIMP>)
- Pierangeli, José Henrique (2001). *Códigos Penais do Brasil: evolução histórica*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Procópio, Argemiro (1999). *O Brasil no mundo das drogas*. Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, Ana Maria Motta (2008). *O pólo sindical do submédio São Francisco: Das lutas por reassentamento à incorporação do cultivo de maconha na agenda*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais.
- SENAD (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf> Acesso el día 03.12.2013