

LOS USUARIOS DE DROGAS EN EL PERÚ. POLÍTICAS, DERECHOS Y PROBLEMAS.

Ricardo Soberón Garrido

Introducción

En el Estudio: “*Los Usuarios de Drogas en el Perú. Políticas, Derechos y Problemas*”, partimos por reconocer el límite al que ha llegado el paradigma político jurídico actual de la abstinencia para enfrentar y contener el uso problemático de drogas en el mundo, la sociedad y las personas. Consta de una Introducción, tres partes y un set de Conclusiones y Recomendaciones. Ellas son: i) La Evolución de las Políticas y el Problema de las Drogas en el Perú, ii) Los Derechos y Obligaciones Involucrados, y iii) Los Problemas detectados en términos de derechos individuales y servicios. El Estudio se sostiene en el reconocimiento de una perspectiva de promoción y protección de los Derechos Humanos, que debe alimentar las políticas de drogas, desde la **salud pública**, como prestación esencial a cargo del Estado.

El Perú, es formalmente respetuoso de los DD.HH al haber suscrito gran parte de los instrumentos internacionales que los reconocen, confirman y promueven. En la práctica, como sucede en el caso de la situación del Derecho a la Salud, se encuentra severamente condicionado por políticas sectoriales de salud reducidas presupuestalmente, percepciones conceptuales conservadoras y deficientes¹, en su eficacia social. Con mayor razón, en el caso de los derechos específicos de la población con problemas de salud mental, reconocidos por la Resolución 46/119 de la Asamblea General de la ONU del 17 de diciembre de 1991, que aprobó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental, o la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, adoptada por la Federación Mundial de Salud Mental, Auckland, 1989. No obstante, la propia OMS reconoce que más del 40% de países miembros carecen de políticas públicas²

La Primera Parte del Estudio, consta del desarrollo de la evolución normativa y de políticas públicas sobre drogas en el Perú. Para abordar este tema del consumo de drogas, se realiza desde la doble perspectiva de lo administrativo-sanitario a través de la entrega del control de la salud general, exclusivamente a los profesionales de la salud y la profundización de la visión penal para responder desde el Estado.

¹ como lo muestra el Estudio de CEDRO y CONTRADROGAS del año 2000: “*La mayor parte de los grandes traficantes se implican en la prostitución como clientes o como un medio de conseguir clientes y seguidores entre aquellos atraídos por la vida fácil y divertida. Violencia, prostitución y venta de drogas es una asociación frecuente en las noticias. Sin embargo, como se señalará más adelante, esta es una asociación que no tiene las características de causa-efecto, sino que obedece a factores concurrentes: adictos que se prostituyen y venden drogas para conseguir dinero con el propósito de mantener su adicción; sujetos que buscan lugares concurridos, poco vigilados y con posibilidad de ocultarse para ofrecer la drogas*”.

“Estudio Global de Mercados de Drogas Ilícitas en Lima Metropolitana”, CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID y UNICRI, Agosto 2000, página 51.

² Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas”, página 3.

La medicalización del tema se hizo evidente con la aparición y desarrollo de la psiquiatría, a finales del siglo XIX, como lo atestiguan los diversos trabajos del psicólogo social Cáceres³. Desde la época de Freud y la aparición de su ensayo *Uber Coca* (1884), hasta la posterior caracterización e incorporación del cocainismo como una psicopatología, por parte del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, la novel medicina mental peruana bebió de esta influencia e incorporó estos conceptos a partir de los trabajos de Hermilio Valdizán⁴ de Paz Soldán⁵, Ricketts⁶ y Sáenz⁷, proceso que fue concluido con los trabajos de Carlos Gutiérrez Noriega⁸ que determinaron que la costumbre del coqueo andino constituía una forma de toxicomanía, negando sus usos sociales y medicinales, en el contexto de la cultura andina.

El discurso desde el monopolio médico/ farmacéutico, fue alimentado de conceptos limitados por visiones moralistas (pensamiento religioso), o por, el que considera la adicción como una enfermedad, justificando, posteriormente, el ingreso del Estado en su función determinante en la definición de la salud. Alrededor de esta idea, surge la historia del prohibicionismo como construcción social en las Américas, como lo explica Musto⁹, a través del recorrido de las epidemias, y mediante el uso de definiciones limitadas sobre la salud y la enfermedad y con frecuencia, contradictorias, como es el caso de las drogas legales e ilegales. Los cambios y reformas producidas en la medicina norteamericana y europea¹⁰ en relación a las drogas, fueron luego reproducidos en América Latina¹¹ y definieron un sistema monolítico de “guerra” y de lucha que tiene al usuario como objetivo, al que continuaremos refiriéndonos a lo largo de este trabajo.

El Perú es uno de los pocos países de la región Andina en los que prevalece una concepción conservadora reacio a cualquier reforma política o normativa en materia de drogas. La política peruana sobre drogas y especialmente la relacionada a la Salud Mental y los usos problemáticos, nos permite identificar los límites, los obstáculos prácticos que tiene apostar por la continuidad del paradigma de la abstención y represión para enfrentar la situación de salud mental asociada a los usos problemáticos de drogas legales e ilegales. Los errores cometidos a lo largo del espectro de la acción del Estado (para efectos de este Estudio, en el caso peruano), se dan en relación a las labores de prevención general, las políticas e infraestructura disponibles en materia de salud mental, hasta el funcionamiento de las

³ Cáceres Baldomero, “Dos Escritos sobre Coca, Drogas y Psiquiatría” en *Hablan los Diablos. Amazonía, Coca y Narcotráfico en el Perú; Escritos Urgentes*, Ediciones Abya Yala, Primera Edición, Quito, Ecuador, Julio 2005, páginas 105 a 148.

⁴ “El Cocainismo y la Raza Indígena”, publicado en *La Crónica Médica de Lima*, el 15 de agosto de 1915.,

⁵ “El Problema Médico Social de la Coca en el Perú” en *Mercurio Peruano* No 19, 1929

⁶ “La Cocainomanía del Indígena, factor de degeneración racial” en *La Crónica Médica* no 57, 1939

⁷ “Coqueo y Metabolismo Basal” en *Revista Medica Peruana* No 10, 1938.

⁸ “Estudios sobre la Coca y la Cocaína en el Perú”, Ministerio de Educación Pública, Lima, 1947.

⁹ Musto David, “La Enfermedad Americana. Orígenes del Control Anti narcóticos en EU”, Ediciones Uniandes,, Bogotá, Colombia, febrero de 1993.

¹⁰ Drucker Ernest, “Reducción de Daños: Una Estrategia para la Salud Pública” en THOUMI y otros, *El Rompecabezas de las Drogas Ilegales en Estados Unidos*, septiembre 1997.

¹¹ Medina Mora María Elena y Mariño María del Carmen, “El Abuso de la Droga en América Latina”, página 86, 1993 en SMITH Peter (compilador), “El Combate a las Drogas en América Latina”, EFE.

posibilidades de tratamiento de los distintos tipos de usos y de sustancias en un país como el Perú, considerado el primer productor mundial de hoja de coca y pasta básica de cocaína (PBC).

En la Segunda Parte del Estudio, continúa la presentación y descripción del conjunto de derechos y obligaciones comprometidos alrededor del uso de sustancias psicoactivas, y que deben ser tomados en cuenta por el Estado peruano, sus instituciones y la sociedad en su conjunto, desde un análisis socio cultural, no exclusivamente represivo ni médico. **En primer lugar**, encontramos el derecho de los individuos miembros de nuestra sociedad, de recibir del Estado y la obligación de éste, de brindar una adecuada y oportuna información sobre las drogas en general, sus características, usos, riesgos, beneficios y consecuencias de un uso problemático. Esto es, desde la perspectiva de la salud pública y bajo una perspectiva eminentemente constitucional, se convierte en el primer factor de relacionamiento entre drogas y derechos individuales y sociales. Que los jóvenes y otras poblaciones en riesgo en el Perú, tengan toda la información necesaria, para tomar decisiones informadas en este aspecto.

Las dificultades y los intereses del Estado peruano en el manejo de la información, índices y estadística respecto a la salud mental asociada al uso de drogas entre nuestra población, se manifiestan en lo que es el manejo de indicadores de prevalencia, percepción, epidemiología¹², emergencias, mortalidad, pérdida productiva, no han permitido conocer con certeza el problema en su verdadera dimensión para la generación de un debate informado. Así como tampoco es frecuente la coherencia metodológica sobre las dinámicas de inicio, estabilización, reducción o no. Así lo reconocían incluso, los defensores de las perspectivas más conservadoras y abstencionistas, como León y Castro de la Matta: *“El extenso capítulo a cargo de Federico R. León presenta un análisis de 15 fuentes de datos acumulados desde 1976 (cinco casuísticas clínicas, siete encuestas en colegios y tres encuestas en viviendas) descubriendo diversas limitaciones metodológicas que dificultan la obtención de conclusiones definitivas de vasta cobertura poblacional y temporal”*¹³.

En segundo lugar, surge la libertad estrictamente individualísima y personal de cada individuo responsable de sus actos¹⁴, en tomar la decisión de usar o no usar drogas, sin consideración de su carácter lícito o ilícito, en condiciones/ contextos sociales, culturales y sanitarios explícitos y adecuados.

Se trata del establecimiento de límites a las acciones del gobernante, respecto de los gobernados a través de las agencias de seguridad y específicamente, la labor de policías en las calles, jueces en los tribunales, funcionarios médicos en los consultorios y municipales, en las calles y mercados. Es la posición libertaria¹⁵ entre la máxima autonomía/ heteronimia de los ciudadanos (as) que refleja Cato

¹² Bajo el manejo de la epidemia, infectación, contagio. KOPP Pierre, “Un Análisis Económico del Tráfico de Drogas y las Políticas Públicas” en Tokatlian Juan Gabriel, “Drogas y Prohibición”, 2010.

¹³ León Federico y Castro de la Matta Ramiro, “Pasta Básica de Cocaína Un Estudio Multidisciplinario”, CEDRO, página 26.

¹⁴ Stuart Mill John, “On Liberty”, 1859.

¹⁵ Szasz Thomas y sus trabajos sobre adicciones y brujerías, su crítica al concepto de medicina, enfermedad, salud mental y quien los determina.

Institute, entre otros, que parten de concebir la realidad desde la perspectiva de prohibir intervenir en asuntos privados, e incluso avanzando hacia un derecho a la libre disposición del cuerpo. Las consecuencias del miedo generado **por y contra las drogas** ilícitas se dejan ver en el Perú, donde persiste el prejuicio y la desinformación, y las poblaciones jóvenes y los usuarios, carecen de los servicios necesarios en cualquiera de las modalidades de tratamiento que existieran; tenemos el extremo de la contradicción y el dilema que se percibe en el Perú, entre una libertad de disposición personal respecto a su uso (no criminalización del consumo, art.299 C.P), y la existencia de una prohibición concreta al acceso de tales sustancias, pasando por el (des) conocimiento del enfermo mental por adicciones, como sujeto de derechos.

Aunque formalmente se reconoce en el Perú la existencia de múltiples formas y contextos para el uso de sustancias con capacidad psicoactiva, entre las que se encuentran las prácticas culturales en el mundo andino amazónico (rito, san pedro, ayahuasca, coca)¹⁶, el comportamiento oficial desde la Presidencia de la República, la Iglesia, la prensa, DEVIDA, las autoridades judiciales y otros actores, es altamente conservador, restrictivo y restringido en relación a los usos, las personas que usan y las respuestas del Estado. En el Perú, no se supera el hecho que el problema no son las sustancias en sí, sino sus diversos usos por 200 millones de personas en el mundo¹⁷. El Estudio muestra los altos costos y consecuencias no deseadas de la aplicación de las medidas de Control de la Oferta y la Demanda basadas en la represión penal, tales como Estrategias, leyes, reglamentos, Planes, Programas, entre otras, sustentadas en el mismo discurso de la abstención y represión. Otros de sus costos es que promueven, reproducen y fomentan el aumento de la corrupción en todo el Estado, multiplican las formas y grados de violencia, promueven la agudización de los conflictos, y violentan diversos derechos fundamentales. La pertinencia actual del debate entre restricción y libertad para abordar el uso de drogas, pasa por la crítica al actual sistema y su reemplazo en las distintas esferas de acción; las variantes de política son muchas: pura de criminalización, des penalización, criminalización selectiva, tribunales de drogas, una visión garantista, políticas de reducción de daños, entre los más importantes, en la permanente búsqueda de nuevas propuestas hacia la substitución o el manejo en el uso de de sustancias

En tercer lugar, el Estudio aborda el caso de la criminalización del uso y la posesión del uso deviene en un problema de afectación de derechos, cuando en aras de una lucha frontal contra el delito de tráfico de drogas y sin guardar ninguna proporcionalidad entre el hecho que se pretende reprimir y la situación planteada, se termina confundiendo sujetos, afectando la libertad, la integridad de las personas por el hecho de consumir una sustancia. Se parte de evaluar las consecuencias de aplicar modelos punitivos a los casos de uso y posesión para uso personal (como si se tratara de una ofensa criminal y no una enfermedad), además de otras conductas no deseadas relacionadas (énfasis en el

¹⁶escotado Antonio, "Historia General de las Drogas", Madrid 2002.

¹⁷World Drug Report, UNODC 2012

costo/beneficio y sus impactos negativos). Desde esta perspectiva se pasa del liberalismo económico y se roza el ámbito de la seguridad en todas sus dimensiones (individual, ciudadana y nacional).

El Estudio parte del reconocimiento de que todos las personas, incluidos los usuarios de drogas, **tienen derechos y obligaciones** en un entorno social normal propio de un Estado de derecho democrático; entre ellos, el de no ser tachados, victimizados, estigmatizados, aislados o considerados como personas incapaces de sus actos, enfermos, o peligrosas para la sociedad. Por otro lado, la aplicación de conceptos y marcos proporcionados por la **Reducción de Daños, deben servir** como guía y deben alimentar las políticas públicas, especialmente en el campo de la salud mental. Es solamente en los casos de **uso problemáticos**, compulsivos, donde el Estado se puede irrogar el derecho de intervenir, incluso enfrentándose y pudiendo alterar el principio de respeto a la autonomía de las personas.

La última y Tercera Parte del Estudio, está dedicado a la identificación de los dos principales problemas hallados: la afectación de derechos por la falta de voluntad, y la absoluta falta de servicios. Un primer problema identificado y a resolver, es la construcción de evidencia científica para la toma de decisiones. Las dificultades y los intereses del Estado peruano en el manejo de la información, índices y estadística respecto a la salud mental asociada al uso de drogas entre nuestra población, tales como el manejo de indicadores de prevalencia, percepción, epidemiología¹⁸, emergencias, mortalidad, pérdida productiva, no han permitido conocer con certeza el problema en su verdadera dimensión para la generación de un debate informado. Así como tampoco es frecuente la coherencia metodológica sobre las dinámicas de inicio, estabilización, reducción o no. Así lo reconocían incluso, los defensores de las perspectivas más conservadoras y abstencionistas, como León y Castro de la Matta: *“El extenso capítulo a cargo de Federico R. León presenta un análisis de 15 fuentes de datos acumulados desde 1976 (cinco casuísticas clínicas, siete encuestas en colegios y tres encuestas en viviendas) descubriendo diversas limitaciones metodológicas que dificultan la obtención de conclusiones definitivas de vasta cobertura poblacional y temporal”*¹⁹.

Tenemos, la confusión terminológica para la identificación, denominación de los usuarios en los principales documentos e instrumentos de gestión, cuando se procede a identificarlas en su relación con ellas, sin distinción respecto al tipo de uso, el contexto del mismo, considerando al *“usuario”* y *“adicto”*²⁰ como síntoma de enfermo, en un escenario amplio del padecimiento. Por ello, partimos por reconocer la necesidad de una **aproximación multi causal y multi dimensional** para formular dicho marco de aproximación a la respuesta del Estado peruano, frente al uso de sustancias psicoactivas.

Finalizamos con un set de Conclusiones y Recomendaciones que deben servir para la adecuada toma de decisiones de los próximos gobiernos del Perú, quienes deben evaluar, revisar, evaluar y

¹⁸ Bajo el manejo de la epidemia, infección, contagio. Kopp Pierre, “Un Análisis Económico del Tráfico de Drogas y las Políticas Públicas” en tokatlian Juan Gabriel, “Drogas y Prohibición”, 2010.

¹⁹ LEON Federico y castro de la Matta Ramiro, “Pasta Básica de Cocaína Un Estudio Multidisciplinario”, CEDRO, página 26.

²⁰ Del latín *addictum*, esclavo entregado como premio a soldados vencedores, Basalo Sebastián, “El problema de la Droga. Un Acercamiento a la Sustancia del Asunto”, V y VI Conferencia nacional sobre Políticas de Drogas, Argentina, página 73

corregir en los textos normativos domésticos, así como en los instrumentos de la gestión pública, una mejor delimitación y alcances de los conceptos asociados a la salud, salud mental y usos de sustancias, para pasar de la ambigüedad del antiguo *pharmakon* (remedio o veneno), o de la reducción conceptual en el que suelen caer los tratados internacionales sobre control de drogas²¹, las diversas leyes peruanas que han abordado el tema, así como los actuales instrumentos de gestión en materia de salud pública, justicia penal, respecto de las “drogas” en general.

1. La evolución de las políticas y del problema del uso de drogas en el Perú

Debemos empezar haciendo consideraciones generales sobre el concepto de salud, como bienestar general, ausencia de enfermedad, y dentro de ella, la categoría de la salud mental, entendida como:

“es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. Incluye, entre otros, el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia inter generacional y la auto actualización del propio intelecto y potencial emocional”

1.1. Informe mundial de la Salud 2001, emitido por la OMS, “Salud Mental: Una Nueva Comprensión, una Nueva Esperanza.

Es el debilitamiento o desaparición de alguno de estos componentes, ocasionado por el consumo descontrolado de sustancias psicoactivas, o la realización de una actividad determinada, las que deben recibir alguna respuesta psicológica y/o médica; veremos más adelante las cifras que se manejan sobre usos de drogas legales e ilegales. La respuesta normativa institucional del Perú puede clasificarse en cuatro momentos en el tiempo: (i) la aduanera, (ii) la penal, (iii) la incorporación de los aspectos sanitarios y por último, (iv) la profundización de la respuesta penal²², particularmente durante la década fujimorista y luego, con el retorno a la democracia (durante los mandatos de los presidentes Alejandro Toledo, Alan García y Ollanta Humala, desde el 2001 hasta el 2013).

En este tema en particular, en el Perú ha existido un escaso y desordenado desarrollo normativo. Peor aún, en el desarrollo de políticas públicas específicas con el debido acompañamiento presupuestario. Históricamente, el tratamiento del problema de las drogas surgió como un asunto de orden aduanero y no de salud pública, lo cual representa una novedad en relación a lo que ocurrido en otros países. Esto se relaciona al hecho que durante el siglo XIX se desarrolló una intensa actividad

²¹ Artículo 33 de la Convención Única de 1961 que dice: “Las Partes solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal” o el artículo 38 que señala: “Las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento educación, post tratamiento, rehabilitación y readaptación de las personas....”

²² Rubio Correa Marcial, Monografía de Investigación No 2, “Legislación Peruana sobre Drogas a partir de 1920, CEDRO, 1988

comercial entre los miembros de las comunidades chinas que vivían en las costas del Perú que consumían y fumaban el opio producido en las regiones de Amazonas y Cajamarca; asimismo, desde 1870 se creó un complejo mercado internacional de productos legales de coca proveniente de las regiones de Huánuco y Cusco, tales como el sulfato de cocaína y otras sales. Era lógica una entrada desde lo comercial, fiscal y aduanero.

El Código de Aduanas del 11 de marzo de 1920 estableció los primeros criterios administrativos para poder exportar sustancias provenientes de la coca u otras sustancias psicoactivas, al que tuvieron que acogerse los empresarios peruanos que eran dueños de haciendas, laboratorios y tiendas comerciales de coca y sus productos. Luego, mediante la Ley 4428 del 26 de noviembre de 1921 se amplía la perspectiva de comercio exterior, estableciendo un procedimiento de autorización previa de las operaciones de comercio exterior. Una Resolución Suprema del 16 de noviembre de 1923, reservó para el Estado, el derecho de importación/exportación de las sustancias mencionadas. Luego, una Resolución Suprema del 8 de enero de 1926 estableció que la posesión de las drogas establecidas en la Ley 4428, es considerado contrabando, siempre desde la perspectiva de la afectación de bienes jurídicos relacionados a la economía y el comercio. Esta ley, formalizó la obligación de la receta médica y prohíbe la explotación de fumaderos de opio, mientras que el Reglamento de esta Ley, publicado por Resolución Suprema del 7 de marzo de 1923, menciona a las drogas fiscalizadas: Opio, Morfina, Cocaína, Heroína y sus Sales. En el Proyecto de Código Penal Cornejo Jiménez, de 1928, el legislador se plantea la punición del tráfico de drogas en defensa de la salud pública²³.

En una segunda etapa, el Decreto Ley 11005 del 28 de marzo de 1949 se convierte en la primera norma estrictamente penal en abordar la problemática de las drogas, su tráfico y uso. En sus considerandos señala que *“es notorio que se ha intensificado en la República ese tráfico ilícito, alcanzando magnitud alarmante y causando evidente daño a la salud del pueblo”*. El artículo 12 del mencionado decreto establece que: *“Los consumidores individuales de drogas, en forma clandestina, serán considerados como autores o cómplices de los delitos previstos por el presente Decreto Ley...”*. Esta segunda etapa, según Rubio, se caracteriza por la incorporación de lo sanitario. El Decreto Ley 17505 del 18 de Marzo de 1969, también llamado Código Sanitario, reconoce la toxicomanía como un problema de salud pública, *“no solo por el daño sufrido por el adicto, sino porque el contagio por sugestión, produce la forma endémica”*²⁴, es decir de forma asombrosa habla de un contagio mental por sugestión.... Otra de las excentricidades de este cuerpo normativo es el artículo 137 que dispone que *“La autoridad de Salud está obligada a mantener un estricto control sobre el uso indebido de toda droga o estupefaciente, que obra sobre el organismo del hombre con todas las modalidades de los venenos que degeneran la raza y especie humana”*.

²³ https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/anuario/an_1988_04.pdf

²⁴ RUBIO CORREA Marcial, “Legislación Peruana sobre Drogas a partir de 1920”, Monografía de Investigación del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas”, Lima, Perú 1988, página 12.

La tercera etapa de la evolución legislativa en el Perú, se materializa con el Decreto Ley 19505, del 22 de agosto de 1972, es la primera en diferenciar el lucro del consumo, despenaliza la adquisición o consumo individual y dicta medidas de protección al consumidor, tratando la toxicomanía como un problema social; además, dispone la creación de centros de tratamiento y rehabilitación del drogadicto, para superar su adicción. El artículo 8 dispuso:

“Tratándose de consumidores individuales de drogas estupefacientes u otras sustancias alucinógenas, si fueren menores de edad, serán puestos inmediatamente bajo responsabilidad, a disposición de las personas a que se refiere el artículo 5, remitiéndose al Juez de Menores, un informe para que dicte las medidas pertinentes. Si se tratare de mayores de edad, se pondrá el hecho en conocimiento del Juez de Turno en lo Civil, quien lo citará bajo apercibimiento de ser conducido por la fuerza pública para interrogarlo.

Esclarecida su situación el Juez convocará a los allegados del compareciente, dispondrá su internación en establecimiento adecuado o dictará las medidas que considere convenientes”.

La última etapa se corresponde propiamente con el inicio de la denominada Guerra contra las Drogas en la región Andina, que se refleja a partir de 1978 con la dación del Decreto Ley 22095, primera ley antidrogas comprehensiva del país, con la firma de convenios bilaterales con EE.UU, que permitieron el acercamiento de la cooperación antidroga norteamericana en el Perú, así como con la concreción de una perspectiva represiva y de la dación de un significativo número de leyes sustantivas y procesales en el Perú, destinadas a combatir este problema por la vía penal, policivo militar.

Este desarrollo normativo se concretó en un escenario globalizado que representaba un conjunto de retos a los sistemas jurídicos nacionales²⁵, al producirse con posterioridad al Consenso de Washington (propuestos desde la plataforma del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional). La ejecución de los procesos neo liberales de ajuste fiscal y reducción del gasto público, y el reforzamiento de una economía primario exportadora (minería), fueron hechos de orden político y económico que tuvieron un impacto a la hora de concretar el gran reto a la prestación de salud como un deber fundamental del Estado para con sus ciudadanos. Esto ha tenido profundos impactos sociales (marginación y exclusión social) y en la reforma del Estado peruano. *“Paralelamente a la globalización de la economía, la desestabilización social ha generado una pauperización mayor de los estratos pobres de la sociedad (y con esto, la marginalización y exclusión sociales)”*²⁶.

Los temas y asuntos relacionados a la salud de la población, pueden ser abordados desde una perspectiva de mercado, de subsidio del Estado como compensación o, desde una visión propia de los Derechos Humanos, en definitiva, es cuestión de elección política. En el Perú, a pesar de la estabilidad y el crecimiento económico continuo en los últimos veinte años, se han desplazado a un lugar

²⁵ Carbonell Miguel, “Globalización y Derecho: Algunas Coordenadas para el Debate”, en Globalización y Derecho, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ecuador, abril 2009, página 22.

²⁶ Cancado Trindade Antonio Augusto y Ruiz De Santiago Jaime, “La Nueva Dimensión de las Necesidades de Protección del Ser Humano en el Inicio del Siglo XXI”, 2da edición. Costa Rica, 2003, página 33.

subordinado los temas sociales de la agenda pública. Al optar por una perspectiva mercantil, se produce, como refiere Ugarteche, la informalización del aparato productivo²⁷, que se ve reflejada en nuestro tema de investigación: desde hace mucho tiempo, la mayoría de los centros de atención a usuarios de drogas problemáticos, se encuentran en manos de la iniciativa privada, sin control del Estado peruano.

La Reforma de la Salud producida en los años 90, durante el Gobierno de Alberto Fujimori, estuvo dirigida a focalizar el gasto público de forma selectiva, los programas de administración compartida con el sector privado, el fortalecimiento de los servicios de reforma de seguridad social, entre otros mecanismos, desde una perspectiva esencialmente asistencialista, propia de ese gobierno y en un contexto difícil relativo a los contenidos específicos, la exigibilidad y/o la judicialización de los derechos económicos y sociales: la situación se hace más difícil en un campo como el de las adicciones en donde hay aun, muchas dudas, prejuicios y zonas grises. Hay pocos resultados y persisten muchísimos problemas sin visos de solución: deficiencias de equipos e infraestructura, alta prevalencia de enfermedades, elevada desnutrición, mortalidad infantil y materna, reducida cobertura, barreras económicas, geográficas y culturales²⁸, entre los más importantes.

Aun ahora, durante el gobierno de Humala, según *Foro Salud* (www.forosalud.org.pe), se siguen produciendo intentos de relativizar, re conceptualizar el concepto de derecho de salud, igualando lo público con lo colectivo y relativizando lo individual, bajo el pretexto de la reforma estructural del sistema (julio 2013), pese a los intentos del mandatario por convocar en enero del 2013, al Consejo Nacional de Salud, entidad multi sectorial que debiera trazar y monitorear las grandes políticas sectoriales.

Ahora bien, dentro de la problemática general de la salud, debemos ubicar el tema de la salud mental y dentro de ella, el de las adicciones. Su tratamiento requiere primero la identificación precisa del fenómeno del uso de drogas declaradas ilícitas en el Perú, intentando cubrir la falta de información y de análisis más específicos y periódicos sobre la dinámica de dicho comportamiento en distintos grupos etarios, o superar, problemas específicos como la dependencia a la información creada a partir de ciertos grupos u ONGs especializada. Esto nos debe permitir llegar, más adelante, al concepto de **usos problemáticos** y/o **adicciones**, que ameritan la intervención médica y un monitoreo del Estado. La necesidad de diferenciar la existencia de diversos usos de sustancias y distinto tipo de usos, por cantidad, contextos y frecuencia. Lamentablemente, es frecuente que en la legislación peruana relacionada a las drogas y las adicciones, así como en el resto de políticas públicas contenidas en Planes, Programas, Estrategias y/o Directivas, no se haga estas diferencias entre usos ocasionales, recreativos y aquellos de índole problemática.

²⁷ Ugarteche Oscar, "La Vigencia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales" en Los Derechos Humanos y la Globalización: Avances y retrocesos, CAJ, página 48.

²⁸ Ugarte Ubilluz Oscar, "El Impacto de las Políticas Públicas en la Salud y la Seguridad Social. El caso peruano en la década de los 90", en "El Enfoque de los Derechos Humanos", página 113 y ss.

El 2000, un psiquiatra nacional refería que: “*los problemas de salud mental se han agravado, muy estrechamente relacionados con factores socio económicos y culturales, como la desorganización y disfunción familiar, las consecuencias de la violencia política, las diversas expresiones de la violencia intrafamiliar y delincinencial, la extensión del consumo de sustancias adictivas, y con fenómenos de reciente aparición como el pandillismo urbano, la adicción a los juegos de azar y de apuestas y la tele dependencia o telemanía*”²⁹, el mismo reporte calculaba en 12% de la población que ha afrontado un cuadro depresivo.

Una primera evaluación realizada por ONG’s de Derechos Humanos el 2005, describía como “ausencia de rumbo” la situación en el Ministerio de Salud, con políticas contradictorias de la administración del Presidente Alejandro Toledo: incremento de desigualdades, ausencia de política de protección del ejercicio y aplicación del derecho a la salud, y con varios temas pendientes³⁰. A nivel presupuestal, el tema nunca ha sido prioritario para ninguno de los gobiernos recientes de la transición democrática y el crecimiento económico³¹. Entre el 2001 y 2004, el sector salud representaba el 5% del presupuesto nacional y el 1% del PBI³², aunque otros reportes llegan al 2.6% del PBI para el 2004³³. El 2007, este sector representaba tan solo el 1.3% del PBI nacional³⁴ y actualmente, ocupa el 1.5% del PBI. Según el analista Pedro Francke, el Presupuesto del año 2013, no ha recibido aumento en esta materia³⁵. Mientras los planificadores, políticos parlamentarios, ideólogos y funcionarios presupuestarios no asuman su responsabilidad en la determinación del gasto necesario, es poco lo que puede cambiar.

Cuadro 1. Porcentaje de gasto en salud en presupuesto nacional

% de participación de salud en el presupuesto 2013	9.17%
% de participación de salud en el presupuesto 2014	9.40%
Incremento real de participación de salud en año de “reforma”	0.13%

Fuente: Foro Salud³⁶.

Ahora, analicemos el desarrollo del Marco Normativo del derecho a la salud en el país. Primero, la dación de la **Ley 26842**, Ley General de Salud del 20 de julio de 1997 y la subsiguiente Resolución Ministerial 407-97-SA/DM, de carácter reglamentario. Este dispositivo consta de 6 Títulos, y fue aprobado luego de realizado el proceso de privatización de la salud en el Perú, intenta plantar un nuevo esquema sobre la salud individual y de terceros, el ejercicio de la profesión médica, los establecimientos

²⁹ Informe Anual: Perú Diez Años de Pobreza y Autoritarismo. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Desafíos de la Democracia” APRODEH y CEDAL, 2000,

³⁰ Rios Barrientos Mario, “Cinco Años en el Sector Salud. ¿Quo Vadis Reforma? En Informe Anual 2005. Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Perú, APRODEH, CEDAL y otros,

³¹ (fuente: Banco Mundial <http://data.worldbank.org/country/peru>).

³²<http://cies.org.pe/node/590>, trabajo de Francke sobre Balance de Políticas de Salud 2001 al 2004

³³ Informe Anual 2005. Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Perú, APRODEH, CEDAL

³⁴ Plan Nacional Concertado de Salud, septiembre 2007.

³⁵<http://www.otramirada.pe/content/salud-p%C3%BAblica-obamaollanta>

³⁶ http://www.forosalud.org.pe/Declaracion_Politica_FOROSALUD_2011.pdf

de salud y las medicinas; finalmente el manejo de la información, la Autoridad Médica y un régimen de infracciones.

En el 2005 se aprobó la Ley 28588 del 21 de julio de 2005, que declara prioritaria la implementación del componente de salud mental en el Seguro Integral de Salud. El **Decreto Supremo 013/2006/SA** que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que cuenta con 134 artículos que componen un listado muy alto de procedimientos, estándares, requisitos, estándares de calidad, sistemas de incumplimientos e infracciones, “*orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento*” (art 1). El artículo 60, por ejemplo, establece la obligación de contar con formatos de consentimiento informado, para casos de establecimiento con internamiento. En el Título Tercero de este Reglamento, se encuentran considerados los Centros de Atención para Dependientes a Sustancias Psicoactiva y otras Dependencias³⁷. La magnitud del problema de informalidad con el que funciona este sector en Lima y en el resto del país, impide controlar el cumplimiento de esta regla.

Mediante la **Ley 29737** del 6 de julio del 2011, se produjo un nuevo cambio que regula los procedimientos de internamiento a las personas con trastornos mentales (modifica el artículo 11 de la Ley 26842). Esta Ley dispone la presencia de un familiar antes de otorgar el consentimiento informado; así como la obligatoria autorización de un juez, en el caso de menores; la posibilidad del internamiento involuntario; así como la autorización de familiares para el internamiento de personas con adicción.

A continuación, abordaremos el desenvolvimiento histórico y estadístico del tema del uso de drogas en el Perú, de acuerdo a lo que informan tanto los principales instrumentos de medición disponibles, como la voz autorizada de algunos analistas locales. Para conocer con exactitud el problema de los usuarios, intentaremos poner sobre la mesa el conjunto de información que existe en el país sobre el uso de drogas, en general, para ir delimitando el universo de las drogas ilegales.

Las primeras referencias relataban la aparición de casos de dependencia entre los años 60 y 70, así como el surgimiento de las primeras iniciativas públicas (Centro de Rehabilitación de Ñaña, Ministerio de Salud y otras de origen privado, como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos)³⁸. Algunos analistas, calculan en más de 100,000 peruanos con problemas de consumo y adicción a drogas cocaínicas³⁹. Hubo datos más exagerados, como los producidos por Deustua que citaba a la OEA y decía

³⁷ Artículo 5: Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental (...) Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción...

Artículo 11: Toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental. El alcoholismo, la farmacodependencia, los trastornos psiquiátricos y los de violencia familiar se consideran problemas de salud mental. La atención de la salud mental es responsabilidad primaria de la familia y el Estado.

³⁸ Programa de Intervención en Personas con Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas recluidas en Establecimientos Penitenciarios Peruanos”, DEVIDA, INPE, OAS OEA, 2008, página 9

³⁹ Garcia Diaz Jaime, “Narcotráfico: La Nueva Amenaza a la Seguridad y el Clima de los Negocios” en Narcotráfico: Amenaza al Crecimiento Sostenible del Perú, MACROCONSULT, 2008.

que en 1984 había 280,000 adictos en el Perú⁴⁰, aunque sin referir el origen, ni la fórmula de determinación del mencionado registro. Preferimos quedarnos con la apreciación de Lerner, quien decía que *“En el Perú no existen fuentes confiables para obtener información del primer tipo y los estudios en profundidad sobre grupos de consumidores son escasos y de corte exclusivamente clínico”*⁴¹.

Desde los años 80 la comunidad psiquiátrica peruana se ha encargado de elaborar diversos trabajos, estudios de investigación, para intentar describir y dimensionar los problemas de uso de drogas ilícitas, particularmente en el caso de la Pasta Básica de Cocaína (PBC), al cual definen como el síndrome de la PBC⁴², por la dimensión que este alcanza, o por la temprana edad de inicio, o por sus diversos impactos en la persona la familia y/o la sociedad. En la actualidad, si bien el problema del uso de drogas y especialmente el abuso de estas en el país, se ha transformado radicalmente, se puede decir que es disperso y fragmentado, múltiple en su caracterización, con patrones cambiantes no constantes, a la luz de la información disponible, y tan solo con algunos rasgos que pudieran llevar a la alarma, pero no arroja características de pandemia, como sugieren algunos, como Zavaleta: *“La comercialización de las drogas cocaínicas está prohibida y penalizada por la ley. El consumo no está prohibido; sin embargo éste entraña alta toxicidad y elevada potencialidad adictiva. El consumo de estas drogas se ha extendido en todas las clases sociales”*⁴³.

La actual Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016, elaborada y presentada por DEVIDA y aprobada por el Gobierno en febrero del 2012, señala que el 5.1% de la población peruana ha hecho uso de drogas ilegales, alguna vez en su vida; el último instrumento de medición que es la IV Encuesta Nacional de Consumo en Población en General (DEVIDA 2011), calcula el número de usuarios, en el último año, en **249,974 personas**: 168,245 han usado marihuana; 75,506 pasta básica de cocaína y 49,927 personas, han hecho uso de cocaína.

En 1988, la prevalencia de uso en el último mes por parte de población urbana de 12 a 50 años de edad, que es la que se puede considerar habitual aunque no necesariamente disfuncional, señalaba: el uso de tabaco (26%), uso de alcohol (44%), uso de marihuana (0.2%), uso de PBC (0.2%) y cocaína (0.2%), es decir, de lejos el problema del uso potencialmente problemático de las drogas en el Perú estuvo desde su inicio, asociado a las drogas legales; el propio Lerner señala que *“Un número de adictos o usuarios problemáticos superior a los 30,000 –algo perfectamente concebible– significaría un problema social y de salud importante, sobre todo si se lo mide con respecto a los recursos disponibles en el país”*⁴⁴. Cuando se trata de

⁴⁰ Deustua Caravedo Alejandro, “El Narcotráfico y el Interés Nacional: Un análisis en la Perspectiva Internacional”, CEPEI, 1987, pp 45, citado por Coronado Inés, “Coca, Cocaína y Narcotráfico”, Noviembre 1993, página 94.

⁴¹ Lerner Roberto, “El Consumo de Drogas en Occidente y su Impacto en el Perú”, en Coca, Cocaína y Narcotráfico: Un Laberinto en los Andes, CAJ, noviembre 1989, página 61.

⁴² Navarro Cueva Rafael, “Aspectos Clínicos de la Dependencia a la Pasta Básica de Cocaína”, en Pasta Básica de Cocaína. Un Estudio Multidisciplinario, CEDRO, octubre 1989, página 117 y siguientes

⁴³ Zavaleta Alfonso, “El Impacto del Narcotráfico en la Salud Pública. Coca y derivados cocaínicos”, en El Mapa del Narcotráfico en el Perú, IDEI, página 71.

⁴⁴ Lerner op cit, página 88.

conocer la situación de la demanda de drogas en la principal ciudad del país (Lima, 9 millones de habitantes), la cuestión es descrita de la siguiente forma: “Cada parte de la ciudad de Lima tiene una zona roja donde pueden encontrarse vendedores de drogas. Es decir la oferta de la droga se produce en todos los sectores, tanto geográficos como sociales...”⁴⁵.

Para el período entre 1998 y 2001, recurrimos a dos instrumentos, la Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas (1999) y el Estudio Epidemiológico sobre Uso de Drogas en el Perú (CEDRO, 2001) y arroja los siguientes resultados:

Cuadro 2. Prevalencia de Vida de Drogas Ilegales entre Población Urbana Peruana de 12 a 64 años (1998-2001)⁴⁶

	1998	2001
Marihuana	4.9	6.1
Pasta Básica de Cocaína	3.1	2.4
Clorhidrato de Cocaína	1.3	2.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas, 1999 y Estudio Epidemiológico sobre Uso de Drogas, CEDRO, 2001.

La información secuencial del período entre 2003/2005, proporcionada por la Encuesta de Hogares de CEDRO⁴⁷, arroja datos interesantes, pues confirman la escasa relevancia en términos sanitarios del potencial uso problemático (en el último mes), cuando se trata de las drogas ilícitas, particularmente el de las cocaínicas:

Cuadro 3. Prevalencia de Uso, población Urbana Peruana (encuesta de Hogares)

2003/2005	Mes	Año	Vida
Pasta Básica de Cocaína	0.1 a 0.1	0.2 a 0.8	4.1 a 3.7
Marihuana	0.5 a 1.0	1.2 a 3.3	10.3 a 11.9
HCl	0.3 a 0.5	0.8 a 1.4	3.9 a 3.4

Fuente: Castro de La Matta R., Zavaleta A. (2005) “Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana (Encuesta de Hogares), Perú: CEDRO

Los principales indicadores epidemiológicos de consumo de drogas en 7 ciudades del Perú, arrojaban el siguiente resultado (2005)⁴⁸, lo que indica que las proporciones sobre el nivel reducido de consumo problemático, respecto a otros usos más ocasionales, se repite en el resto del país:

⁴⁵ “Estudio Global de Mercados de Drogas Ilícitas en Lima Metropolitana”, CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID y UNICRI, Lima, Agosto del 2000, página 49.

⁴⁶ http://www.venumperu.com/Libro%20problema%20drogas%202003/libro%201a_p79_86.pdf

⁴⁷ Castro de La Matta R., Zavaleta A. (2005) “Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana (Encuesta de Hogares), Perú: CEDRO

⁴⁸ Zavaleta Alfonso, “El Impacto del Narcotráfico en la Salud Pública. Coca y Derivados Cocaínicos” en “El Mapa del Narcotráfico en el Perú”, IDEI. Julio 2009, página 72.

Cuadro 4

	Vida	Año	Mes
HCl	3.7	0.8	0.1
PBC	3.4	1.4	0.5

Fuente: Castro de La Matta R., Zavaleta A. (2005) "Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana (Encuesta de Hogares), Perú: CEDRO

Ahora, revisaremos las cifras oficiales de la institución oficial del Estado peruano la Comisión Nacional de una Vida sin Drogas, DEVIDA, que usualmente recogen información procedente de tres universos específicos. (i) Población en general, (ii) universitarios, y, (iii) escolares, como los segmentos más vulnerables y/o focalizados. Existe poca capacidad para hacer seguimiento fino de situación, se tiende a la generalización de la estadística, la información proveniente de encuestas. ¿Cuál es la situación?

La segunda fuente de información es la **IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú, 2010**⁴⁹, aplicada a población entre 12 y 65 años, en 21,628 viviendas, en 40 ciudades del país. El objetivo de este instrumento, es dar a conocer la magnitud, características, conexiones y factores asociados al consumo de drogas ilegales en población urbana del Perú.

Cuadro 5. Prevalencia de uso (una vez en la vida), población en general

Droga	Vida	Año	Mes
Drogas Legales	77.77	54.7	34
Alcohol	75.4	52.4	30.5
Tabaco	49.8	21.1	13.3
Drogas Ilegales	4.8	1.5	0.9
Marihuana	3.8	1	0.5
Cocaína	1.7	0.4	0.3
PBC	1.5	0.5	0.3

Fuente: http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/Informe_Ejecutivo_Población_General_2010.pdf

El primer supuesto que debemos de atender, es que existen mayores probabilidades de incurrir en usos problemáticos (no es un criterio absoluto), en aquellos casos de uso en el último mes. Sin embargo, en reiteradas oportunidades el Gobierno usa las cifras de uso de una vez en la vida, para presentarlo como las cifras del problema del consumo problemático. Un análisis de los resultados obtenidos arroja la gran diferencia que existe en el problema de uso recurrente de drogas legales, respecto de las ilegales: 34 versus 0.9. La referida encuesta estima en 180,000 personas "que podrían estar experimentando algún daño

⁴⁹http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/Informe_Ejecutivo_Población_General_2010.pdf

a su salud física y mental y un mayor riesgo psicosocial debido al uso reciente y actual de drogas ilegales⁵⁰. Más específicamente delimita el universo en 180,700 personas que usan drogas ilícitas en el país, que incluye: 124,364 usuarios de marihuana, 49,927 de cocaína y 55,813 usuarios de PBC.

La tercera fuente consultada para este trabajo, es el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la población Universitaria (Informe Regional 2012)⁵¹, hecho en el marco del proyecto PRADICAN (UE) y con el concurso de la CICAD, en 45 universidades, 22,389 universitarios en cuatro países miembros de la Comunidad Andina de Naciones. Este Estudio, tenía el objetivo de conocer la magnitud del consumo de drogas lícitas e ilícitas en la sub región, entre los universitarios. Señala que la prevalencia de uso entre este segmento de la población susceptible de usos problemáticos es:

Cuadro 6. Prevalencia de uso último año, de cualquier droga ilícita.

País	Prevalencia
Bolivia	4.6%
Colombia	16.6%
Ecuador	10.1%
Perú	5.6%

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas entre la Población Universitaria, Informe Regional 2012

Cuando bajamos a la situación en el uso de la marihuana observamos, según el mismo Estudio: en BOLIVIA (3.6%), en Colombia (15.2%), en Ecuador (8.8%) y en el Perú 4.2%, es decir nos encontramos en el rango inferior de la sub región. Cuando vamos a cocaína: BOLIVIA (0.3%), Colombia (2.2%), Ecuador (1.1%) y Perú (0.5%). Al referirnos a PBC observamos: Bolivia 0.10%, Colombia 0.09%, Ecuador 0.4% y Perú 0.14%. Esto es que, incluso en términos comparativos, la situación de uso de cualquier droga ilícita entre nuestra población universitaria –e incluso en el caso individualizado de la marihuana que es la droga ilícita mayormente usada, cocaína y PBC- en el Perú, no es más alto que el de Colombia o Ecuador y solo es superior al de Bolivia.

La cuarta fuente de información, es el universo de población estudiantil de secundaria, para lo cual consideramos el II y III Estudios Nacionales de Prevención y Consumo de drogas entre Estudiantes Secundarios⁵², considerando la particularidad del mundo escolar, respecto del universo general de población peruana, pues se trata de un sector en mayor grado de vulnerabilidad y riesgo para

⁵⁰ Encuesta Población en General, página 20.f

⁵¹ http://www.comunidadandina.org/Upload/20132718338Informe_Regional.pdf

⁵² II y III Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes Secundarios (2007 y 2009, respectivamente), realizados por DEVIDA, usando la metodología de SIDUC/CICAD. Mientras que el II Estudio Nacional fue hecho a un universo de 71,495 estudiantes, de 1 a 5 de secundaria, ciudades mayores a 30,000 habitantes, el III Estudio fue realizado a estudiantes residentes de ciudades de más de 30,000 habitantes: población entre 13 y 17 años, un total de 530 colegios y 71,145 estudiantes entrevistados.

tentar el uso inicial o frecuente de drogas legales y/o ilegales. Observemos la prevalencia por Mes⁵³, que nuevamente, podría ayudarnos a identificar casos de uso problemático:

Cuadro 6. Prevalencia por mes

	2007	2009
Alcohol	12.6	14.8
Tabaco	8.1	11.4
Marihuana	0.4	1.4
Pasta Básica de Cocaína	0.2	0.7
Clorhidrato de Cocaína	0.2	0.7

		II Estudio (2007)	III Estudio (2009)
DROGAS LEGALES	Alguna vez en la Vida	52.9	42.1
	En el último año	30.1	28.9
	En los últimos 30 días	15.9	18.4
DROGAS ILEGALES	Alguna vez en la vida	6.5	7.9
	En el último año	1.9	4.6
	En los últimos 30 días	0.7	2.5

Fuente: III Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2009, DEVIDA.

Podemos concluir preliminarmente, que existe un amplio rango de información sobre el universo de los usuarios de drogas lícitas e ilícitas en el Perú, pero también una dispersión y falta de sistematización de la misma, que repercute en los niveles de análisis sobre el tema. La asignación presupuestal confirma la idea que el tema de las adicciones no es un problema significativo en relación a la problemática general de atención y acceso a la salud en el país; que existe una visible diferencia entre los datos sobre las personas que usan drogas legales de las que usan drogas ilegales, que se contradice con la dureza de la legislación administrativa y penal en uno y otro caso, y que requiere de una atención específica, concreta, eficaz y medible del Estado. Un último problema del sector de salud mental, aplicado a usuarios problemáticos, es que no hay formas de clasificación entre los usuarios en su descripción, por tipo de droga consumida, y por tanto, una adecuada determinación de su proceso de tratamiento.

⁵³http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/NACIONALES%20PERU%20Aprobado%2001.06.11.pdf

2. Una perspectiva del uso desde los derechos y obligaciones

Ahora, abordaremos el tema del Estudio, desde la perspectiva de la integralidad que hay entre todos los Derechos Humanos⁵⁴. En este sentido, queremos medir la relación del derecho a la salud (aplicado al uso de sustancias), con el resto de derechos aplicables, en particular con la libertad personal, con la autonomía de la persona, cuando tocamos el tema del uso problemático de drogas y las relaciones con la ley y las autoridades del Estado (policía, juez, funcionarios municipales). Las opciones que se presentan a nivel de los individuos, sus entornos familiares, la base comunitaria y por último, el aparato estatal, como estamentos progresivos para responder a estas situaciones complejas, son escasos, costosos y se encuentran fuera del control estatal.

El rango constitucional de la salud pública en el Perú, reconocida por dispositivos de la Constitución de 1993⁵⁵, y, de todos los instrumentos internacionales de Derechos Humanos aprobados por el Estado peruano⁵⁶. El artículo 7, que reconoce “*el derecho a la protección de la salud de las personas con discapacidad física y mental*”, debe ser analizado en concordancia con el artículo 8 que señala que: “*El Estado combate y sanciona el tráfico ilícito de drogas. Asimismo, regula el uso de los tóxicos sociales*” y en donde se refleja la enorme contradicción constitucional de un Estado que se beneficia de la actividad comercial que le representa el comercio de drogas lícitas (alcohol y tabaco), y pretende prohibir el comercio de las ilícitas. A nivel normativo internacional, tenemos la **Declaración del Milenio de la ONU** para rebajar la pobreza al 2010, pero sobretodo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵⁷.

Al tratarse de un derecho social, de carácter progresivo, que acarrea un deber hacer, por parte del Estado para mejorar la oportunidad de la atención y su calidad; Se trata específicamente de Obligaciones del Estado y exigencias a éste, de comportamiento, de hacer. Debe ser entendido como un derecho de segunda generación y guarda diversas relaciones con el desarrollo humano (*Índice*

⁵⁴ VASAK Karel (Ed.) Las Dimensiones Internacionales de los Derechos Humanos, UNESCO, 1982.

⁵⁵ Artículo 7: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. **La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental** tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (subrayado nuestro).

⁵⁶ Art 17 Convención Americana, Art 25.1, Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art XI de la Declaración Americana de los Derechos Humanos.

⁵⁷ **Artículo 12**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Desarrollo Humano). Garretón los denomina “*derechos de la igualdad*”⁵⁸. Bernales señala que hay cuatro criterios fundamentales para concretar este derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁵⁹, los que son perfectamente aplicables al caso de la salud pública y específicamente, en el caso de la salud mental asociada a las adicciones y toxicomanías. Esto, en términos generales se refleja a partir de la década de los 80 a nivel del desarrollo legislativo con un numeroso listado de normas con carácter de ley y otros, que aprueban la Ley General de Salud, sus modificatorias, el sistema institucional incluyendo al Ministerio de Salud (ente rector) y sus competencias. En 1997, se aprobó las “normas Complementarias para la Autorización, Funcionamiento y Supervisión de Centros de Atención a Dependientes de Sustancias Psicoactivas (R.M.407-97-SA/DM).

La Resolución Ministerial 771/2004/MINSA del 27 de julio 2004, aprueba la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, instrumento que establece los patrones y lineamientos de política. Adicionalmente, junto con los Lineamientos de Acción⁶⁰ y el Plan Nacional de Salud Mental⁶¹, se convierten en los instrumentos de gestión más importantes del sector. Luego vendría el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz⁶², todos ellos, importantes instrumentos de gestión pública, pero con un fuerte contenido declarativo, frecuentemente incumplidos en la realidad. Se llegó al nivel de una **Guía de Práctica Clínica para casos de depresión, conducta suicida, trastornos mentales y comportamientos debido a consumo de sustancias psicotrópicas**⁶³ que debió regir y uniformizar las modalidades de tratamiento médico en estos casos, pero no hubo manera de comprobarlo.

A pesar de los avances normativos alcanzados en el concepto de economía social de mercado en la Constitución de 1993, así como en las escasas decisiones del Tribunal Constitucional a favor de causas relativas a la protección del derecho a la salud, no han sido suficientes para impactar en los funcionarios del Ministerio de Economía y garantizar así, el acceso y calidad de servicios de salud en el Perú. Los impactos profundos de las políticas económicas neoliberales, de privatización de los servicios públicos, sobre el Sistema institucional de Salud, han sido debidamente documentadas en los últimos años.

En la actualidad, podemos afirmar que se ha producido una abdicación del deber del Estado peruano en materia de salud, para garantizar acceso, calidad y oportunidad. Algunos lo expresan como la sumisión de los deberes del Estado al mercado⁶⁴, pero en realidad se trata que haya sido dejado en manos de la

⁵⁸ Garretón Roberto, op cit, página 42.

⁵⁹ BERNALES BALLESTEROS Enrique, “Las Políticas Públicas desde la Perspectiva de los Derechos Humanos”, en El Enfoque de los Derechos Humanos en las Políticas Públicas, CAJ, página 103.

⁶⁰ R.M. 075-2004/MINSA del 28 de enero 2004

⁶¹ R.M. 943-2006/MINSA del 6 de octubre del 2006

⁶² R.M. 012-2006-MINSA del 6 de enero 2006

⁶³ R.M. 648-2006/MINSA

⁶⁴ Pérez Leda, “La Constitución, la Política Pública y la Salud en el Perú” (15/03/2013), <http://www.otramirada.pe/content/la-constituci%C3%B3n-la-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica-y-la-salud-en-el-per%C3%BA>

economía familiar; según un estudio de CIES⁶⁵, más del 50% del gasto en salud de los peruanos se deja en manos del bolsillo individual de las personas.

Aparecen entonces, los problemas de falta de exigibilidad y justiciabilidad de los Derechos Económico Sociales y Culturales de los particulares frente al Estado, entre ellos la salud, la salud mental y el tema de las adicciones⁶⁶, pero que no obtienen respuestas efectivas en el terreno institucional, presupuestal, ni de prestación del servicio. Hemos identificado solo 7 peticiones presentadas ante el tribunal Constitucional peruano, relacionadas de algún modo a la salud mental.

Cuadro 7. Acciones relativas a Salud Mental

Año	Acción judicial	Expediente
2005	Acción de Amparo, pago de pensiones a paciente con enfermedad mental	03593
2006	Habeas Corpus	05842
2007	Acción de Amparo	03081
2008	Acción de Amparo	02480
2008	Habeas Corpus	03426
2009	Habeas Corpus	02313
2009	Habeas Corpus	05003

Fuente: *Tribunal Constitucional del Perú*, http://www.tc.gob.pe/tc_jurisprudencia_sis_05.php

De los casos mencionados el único que tiene una relación directa con esta investigación, es el Habeas Corpus interpuesto el 9 de marzo del 2006 contra el equipo de psiquiatras de la Dirección de Adicciones del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado-Noguchi”, dependiente del Ministerio de Salud, en el que se exige la restitución de libertad personal de pacientes internados en contra de su voluntad. Aunque, en las dos primeras instancias, la demanda fue declarada infundada por no haberse individualizado a los afectados. La petición considera dos momentos de acto lesivo: el momento del internamiento y la modalidad del tratamiento intra mural y los derechos supuestamente vulnerados son: dignidad, igualdad ante la ley, información/expresión, libertad personal y salud.

“Al analizar los hechos vulnerados alegados en la demanda, este Colegiado puede advertir que la pretensión principal está dirigida a cuestionar la forma en que las personas con problemas de salud mental con adicciones se encontrarían privadas de la libertad, es decir en contra de su voluntad por no haber brindado su consentimiento para su internamiento en el EdSM, tema

⁶⁵ LAVILLA RUIZ Hans, “Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud”, febrero 2012.

http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud.pdf

⁶⁶ ABRAMOVICH Víctor, Justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Los Derechos Humanos y la Globalización: Avances y Retrocesos, Comision Andina de Juristas, Lima, febrero 2003, página 56 y ss.

íntimamente relacionado con el derecho a la salud y componente básico del CCP de la libertad individual al igual que contar con un ambiente adecuado como parte de tal hospitalización, pues al conllevar un respeto a la integridad de los pacientes también se estaría poniendo en riesgo los derechos tutelados por el PHC” (**Expediente 05842-2006-HC, pto 13, página 10**)

Finalmente, luego de deliberar sobre la legitimidad activa y/o pasiva para accionar, el Tribunal falló declarando fundada en parte la demanda (en relación a la violación del derecho del paciente a ingresar a un establecimiento de salud pública con consentimiento informado previo). Señaló además que el mencionado instituto fue creado en abril del 2001; entre marzo 2006 y diciembre 2007 atendió a 261 personas (pto 30, página 16); en abril del 2008 el Instituto tenía 21 pacientes, 17 hombres, cuatro mujeres, entre ellos 5 adolescentes;

3. Los Principales Problemas de los Usuarios en el Perú.

¿A qué niveles se producen los incumplimientos de los Derechos Humanos que se encuentran alrededor del uso de sustancias en el Perú? Las violaciones de libertades, las omisiones por parte del Estado, en el caso de los usuarios, se producen en distintos niveles. Para efectos de este Estudio, hemos optado por distinguir dos casos, en función del tipo de restricciones y derechos afectados: i) se afecta la libertad y autonomía personal, en los casos de aquellos usuarios o poseedores de drogas en cantidades para su uso personal, que caen en el manto de la represión policial, son maliciosamente confundidos, a quienes se le siembra drogas; asociado a esto, tenemos el caso de la Falta de Voluntariedad, en los casos de tratamiento obligatorio, El segundo problema que nos gustaría profundizar es en el de: ii) Acceso y pobre calidad de Servicios en los casos de las personas que pudieran acudir a dichos servicios.

3.1. Primer Problema: La libertad y la autonomía personal; asociado a esto, la falta de voluntariedad en casos de internamiento obligatorio

Un aspecto fundamental que refleja a cabalidad la actitud del Estado peruano en torno al problema de salud mental asociado al uso problemático de drogas: es a través del funcionamiento de las agencias de la represión policial, que han tenido severos impactos en los derechos fundamentales de los afectados, por tratarse de usuarios de drogas. Encontramos, en el caso peruano, una profunda causa de alteración y vulneración de este derecho fundamental que afecta a miles de personas en general y jóvenes en particular, acciones que distraen la actividad policial en su tarea de reprimir al crimen organizado, y generan una serie de problemas colaterales.

El marco constitucional peruano protege los Derechos Humanos en todo el sentido de la palabra, empezando por la libertad personal con todas sus garantías de ejercicio, y en particular, las asociadas a las condiciones para la detención policial en flagrancia o por la comisión de un delito. La

situación se complica en los casos de delitos de drogas, pues desde la Constitución Política de 1979 y la vigente de 1993, se tiene la excepción constitucional de los delitos de espionaje, tráfico de drogas y terrorismo, que permite la detención policial, hasta por 15 días (art 2.24.f), cuando en el resto de delitos es de un máximo de 24 horas. Esta brecha de atribuciones no solo reduce el goce de la libertad de movimiento de usuarios pasibles de ser acusados de delito de TID, sino que facilita la ocurrencia de malas interpretaciones y actos reñidos con la ley (por parte de malos elementos policiales), en los casos de detención por posesión personal.

Esto además, ha dado lugar a que varios operadores judiciales sean muy restrictivos al momento de revisar el respeto al principio de legalidad y otros, en los procesos de Tráfico Ilícito de Drogas (TID). Es el caso, por ejemplo, del Tribunal Constitucional que frente a acciones de garantía interpuestas por detención excesiva o concesión de beneficios para delitos de tráfico de drogas (*caso de Sentencia 0003-2007-PI/TC que declara infundada acción de inconstitucionalidad interpuesta que cuestiona artículo de Ley 27765 sobre Lavado de Activos la misma que prohíbe concesión de beneficios penitenciarios*⁶⁷), avala la continuación de un acto ilegal, por motivos de seguridad.

Mientras que en otros casos, el Tribunal Constitucional interpreta con mucho rigor, los límites de la detención y la puesta a disposición judicial por parte de los agentes que detienen, tal es el caso del Habeas Corpus recaído en el caso Ruiz Dianderas (Exp. 06423-2007-PHC-TC), cuando las peticiones se refieren a imputados por delitos de tráfico de drogas, los criterios y principios sustentados en un enfoque garantista, pierden importancia.

Algo similar ocurre con los proyectos de ley que, en el Congreso de la República, pretenden aliviar la situación procesal de un determinado grupo de personas reclusas como procesados o sentenciados, o destinado a mejorar sus condiciones de reclusión: inmediatamente es archivado en la agenda parlamentaria (caso Proyecto de Ley 30672011-CR del 5 de octubre del 2011, que modifica diversos artículos del Código Procesal Penal)⁶⁸.

Pero el principal problema surge con las normas provenientes del Código Penal que establecen que el consumo personal no es punible (artículo 299). Para ello, por desarrollo legislativo se ha creído conveniente poner en funcionamiento un sistema de tasas por cantidades de drogas, hasta los cuales se puede considerar la posesión para consumo personal, o dosis mínima. El establecimiento de topes y cantidades se inició en julio del 2002, con la Ley 27817 que estableció como topes de droga poseída, en el caso de la PBC (50 gramos), en el caso del clorhidrato de cocaína (25 gramos) y, en el caso de la marihuana (80 gramos).

Posteriormente, dichos topes fueron reducidos mediante Ley 28002, publicada el 16 de junio del 2003. En la actualidad, la tasación vigente para los casos de posesión personal de drogas ilícitas, corresponde a las siguientes cantidades: en el caso de la marihuana hasta 8 gramos, en el caso de la pasta

⁶⁷ <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/00033-2007-AI.html>

⁶⁸ <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2011.nsf>

básica de cocaína, 5 gramos, y, en el caso del clorhidrato de cocaína, hasta 2 gramos, para ser considerada dosis personal para el propio e inmediato consumo.

El problema se presenta a nivel policial, cuando se trata de las intervenciones fundamentalmente urbanas en el marco de la lucha contra el narcotráfico. Los miembros de la Policía peruana son formados en la consideración del delito de tráfico de drogas como uno de carácter complejo, que requiere la acción combinada en el lado de la producción y de la oferta. Por lo tanto, cumplen con recoger y sistematizar sus intervenciones anuales, incluyendo la detención de personas por posesión y por consumo de drogas. A continuación, presentamos una tabla con los resultados de detenciones policiales por tipos de delitos de drogas:

Cuadro 8. Sobre detenciones policiales por tipo de delito de drogas

Año	Trafico	Micro Comercio	Consumo	Menores	Total	% detenidos por consumo, respecto del total
2008	2372	2494	7466	366	12698	58.7
2009	2504	2974	7276	488	13242	54.9
2010	3557	3597	5402	124	12680	42.6
2011	3338	2835	6505	561	13239	49.1
2012	3120	2496	9107	620	15343	59.3

Fuente: DINANDRO, Observatorio Peruano de Drogas

Lo primero que se puede observar (y reprobar) de la lectura del anterior Cuadro, es que cada año la Policía peruana detiene a menores de edad por supuestos delitos de drogas y esto en si mismo constituye una flagrante violación a los DD.HH y los principios generales del Derecho Penal peruano; es aceptado por la propia Policía. Lo segundo, es que un promedio demasiado alto de actividades de la Policía Nacional del Perú están mal dirigidos, hacia una actividad, como la de la posesión y/o el consumo de drogas, que **no es punible** según el mismo Código Penal vigente. La Policía suele confundir, intencionalmente, al poseedor o usuario, como micro comercializador o como una potencial fuente de información policial.

Según la información recogida por el equipo que trabaja cotidianamente en la atención de la “Línea Verde”, hemos podido comprobar en el CIDDH, que en más del 50% de solicitudes, en las detenciones por consumo o porte personal se suceden intentos de abuso (siembra de otras drogas), violencia física y/o corrupción (solicitud de dinero), hasta antes de la llegada del Fiscal a la sede policial. Incluso, con ocasión de algunas presentaciones hechas por la unidad policial denominada “Escuadrón Verde”, se reafirman en el concepto de utilidad que tiene para el Policía la detección de un usuario con

droga: “El uso y consumo de las drogas, no solo se reduce con la represión, sino que también con la prevención a través de la capacitación...”⁶⁹.

El problema se agrava cuando examinamos las cifras reales del Ministerio Público sobre denuncias producidas por delitos y modalidades de Tráfico de Drogas (donde se incluyen los casos de posesión no punible que pese a no estar criminalizados, son objeto de registro). Las cifras indican que, en la primera mitad del año 2012, hay 418 casos recibidos de atención del Ministerio Público⁷⁰, por posesión no punible, cuando el cuadro anterior reporta 9,107 casos de detención policial por consumo. Es decir, **menos del 5% de las detenciones policiales por posesión para consumo personal**, llegan al conocimiento del Ministerio Público, es decir en su gran mayoría son resueltos en sede policial. Es decir, que la actividad policial está mal focalizada al detener a muchos usuarios, y según las cifras de la “Línea Verde” (ver Cuadro siguiente) en su mayoría, es resuelto en la calle, o en el plano policial, donde las capacidades y condiciones para ejercer un debido control de procedimientos, se diluye y puede acarrear fundamentalmente, casos de malas prácticas policiales, abusos, torturas o diferentes formas de corrupción.

Ahora, observemos con mayor detalle los datos obtenidos por “Línea Verde”, como mecanismo de asistencia y protección a usuarios, creado desde el CIDDH para atención de casos de detención policial en casos de posesión de cannabis. La ley penal peruana, permite la posesión de hasta 8 gramos de marihuana; cantidades mayores pueden ser objeto de persecución y detención policial como micro comercio.

Cuadro 9. Casos recogidos en la “Línea Verde”

Año	Resolución en calle (coordinador - por teléfono)	Resolución en Comisaría (coordinador - por teléfono)	Resolución en Comisaría (abogado - por teléfono)	Resolución en Comisaría (abogado - en persona)	Resolución en Fiscalía (abogado - en persona)	Resolución en Juzgado (abogado - en persona)	Total de casos de detención	Número de personas atendidas
2011	5	2	0	5	3	0	15	21
2012	12	14	2	7	2	0	37	53
2013	9	7	1	1	3	1	21	28
TOTAL	26	23	3	13	8	1	73	102

Fuente: Elaboración propia con información del CIDDH, Línea Verde.

Desde su creación, la “Línea Verde” ha atendido 102 casos de personas que acuden en busca de atención, información y asistencia legal directa, frente a situaciones concretas de detención policial, por problemas de posesión o de consumo en la vía pública.

⁶⁹ Presentación del Coronel PNP José Gómez Reina, Escuadrón Verde, División de Operaciones Policiales Especiales y de Jóvenes en Riesgo, 27 de Diciembre 2011.

⁷⁰ Cuadro enviado por solicitud del CIDDH al Ministerio Público, mediante Oficio 0437-2013-MP-FN-SEGFN del 8 de enero del 2013, sobre la base de las cifras registradas en la base de datos interconectadas del Ministerio Público..

Los mayores problemas percibidos en el tiempo que viene funcionando son: la situación de indefensión en la que se encuentran los ciudadanos en las circunstancias descritas, al ser sorprendidos, tener un sentimiento de estar haciendo algo malo, de ser jóvenes; hay un nivel de conocimiento general desde una perspectiva en la que se asume la defensa abierta y cerrada de derechos, al momento de la detención. Por otro lado, la calidad de la información y conocimiento es de baja calidad. Encontramos, con frecuencia ausencia absoluta de información.

A ello, debemos sumar el problema que se presenta en la Policía, sobre la relación entre posesión y uso personal y el micro comercio. La situación se agrava por los profundos prejuicios y comportamientos estigmatizadores que tienen funcionarios, autoridades y los medios de comunicación para abordar los universos, estilos, entornos culturales en los que se usan drogas en el Perú. El 15 de febrero del 2013, con ocasión de la invitación recibida por el autor para dar una Conferencia en un Curso de Especialización en la sede de la DIRANDRO, el equipo del CIDDH realizó una encuesta anónima a 42 policías de la DIRANDRO, unidad especializada en la lucha antidrogas, sobre diversos aspectos de su actividad profesional, entre los cuales se encuentra la pregunta sobre su opinión respecto a la forma como se debía abordar el consumo de drogas.

“En el imaginario de los efectivos antidrogas del Perú, el consumo de drogas sí debe ser considerado como una actividad ilícita. La principal razón de esta afirmación es que el consumo de drogas trae una fuerte carga de problemas socioeconómicos tanto para el individuo que consume sustancias psicoactivas como para la sociedad donde se encuentra. Contrario a lo que se esperaba, **solo un 26% señala que no debe considerarse el consumo de drogas como una actividad ilícita.** Entre las justificaciones, toma relevancia el hecho de que el consumo es, básicamente, un tema de salud pública”⁷¹.

La distracción y los errores de la Policía, se contagiaron a nivel municipal. Por ejemplo, en el 2012, las Municipalidades Distritales de Chaclacayo y Magdalena del Mar (511/MDMM del 23 de julio del 2012), distritos ubicados en la ciudad de Lima, han emitido sendas Ordenanzas Municipales que prohíben en un caso, y en el otro multan con sumas considerables de dinero, a personas que sean sorprendidas usando drogas en los lugares públicos. Esta es una muestra de reacción desmedida de las autoridades municipales que pretenden evitar el uso de drogas en la vía pública, a través de la instauración de altas multas a los infractores. En su momento, les hicimos ver que el efecto no deseado iba a ser el incremento de los casos de corrupción entre los funcionarios de sus distritos.

Ahora, evaluemos el comportamiento del Sistema de Justicia Penal del Perú, pese a que formalmente no debieran de participar siquiera, en la investigación por cuestiones de posesión para el propio consumo. El hecho es que desde el Decreto ley 22095, el Decreto Legislativo 122, en adelante, los miembros de la Policía si lo hacen para determinar la condición de usuario o adicto, y poder dictar

⁷¹ Documento interno del CIDDH de evaluación de la referida Encuesta.

las medidas restrictivas correspondientes. Sin embargo, como sostenía Mejía Mori⁷² a finales de la década de los 80, no existen criterios fijos entre los jueces, quienes actúan discrecionalmente: *“Al respecto, el 80% de los jueces encuestados manifestaron que la Oficina Médico Legal no contribuía precisando el diagnóstico en función de la exigencia legal, sino que se limitaba a informar en los peritajes ordenados, que el procesado era consumidor eventual, regular o no regular. Uno de los jueces encuestados atribuyó esto a una tendencia a salvar responsabilidades”*.

En sus conclusiones, la referida autora propone la necesidad de *“precisar técnicamente lo que podría considerarse como cantidad escasa de los diferentes tipos de drogas y sus estados”*⁷³, cuestión que fue finalmente lograda a partir del 2002.

Otra parte del problema judicial asociado a los usos de drogas con implicancias penales, se refiere a los casos de internamiento forzado de personas/ciudadanos que sufriendo de algún factor de inimputabilidad (artículos 74 y 75 del Código Penal, dispone medidas de seguridad para inimputables que cometen un hecho anti jurídico), como pudiera ser el caso de uso problemático o compulsivo de drogas, de quienes cometen un delito. Nos remite a un Informe de la Corte Suprema que fue hecho a pedido de la Defensoría del Pueblo⁷⁴ y que establece criterios de: proporcionalidad entre la intervención y la peligrosidad potencial del agente; el juez es el que le corresponde decidir sobre el internamiento con fines terapéuticos; respeto al principio de proporcionalidad⁷⁵; límites a la duración de las medidas de seguridad; revisión periódica (art. 75 Código Penal, 492.2 del Código Procedimientos Penales), solicitud de opinión de peritos al momento de imponer medidas de seguridad (art. 75.1 CPP y 189 del Código de Procedimientos Penales actual).

Con tal motivo, la Corte Suprema ha resuelto que la duración de la medida de internamiento no puede exceder el tiempo de duración de la pena privativa; los jueces que conozcan estos casos por lo menos cada 6 meses se deben pronunciar sobre su continuación, cese o variación; al Ministerio de Salud y al INPE, para que establezcan centros o secciones hospitalarias en los centros de reclusión; finalmente ordena el adecuado registro, seguimiento y monitoreo.

La última parte del complejo problema que hay entre uso de drogas, salud y sistema penal, corresponde a la situación del uso de drogas en las cárceles peruanas, donde actualmente se encuentran reclusas aproximadamente 67,000 personas internas. La información oficial del INPE demuestra que el universo de la población carcelaria peruana es mayoritariamente de varones, jóvenes, en edad de trabajo, en su mayoría tienen calidad de procesados; la infraestructura y los servicios son deficientes cuando no inexistentes, lo que no garantiza la rehabilitación. Los mayores problemas son la corrupción, violencia, hacinamiento y sobrepoblación, siendo el delito de tráfico de drogas el que más ha crecido en

⁷² Mejía Mori Beatriz, “La Ley y los Procesos Judiciales por Tráfico Ilícito de Drogas”, en Pasta Básica de Cocaína, Un Estudio Multidisciplinario”, CEDRO, Lima, Perú, Octubre 1989.

⁷³ Mejía Mori, página 426.

⁷⁴ Circular de la Corte Suprema de Justicia, Resolución Administrativa 336/2011/P/PJ del 20 de septiembre del 2011.

⁷⁵ Lo define como: *“la equivalencia o relación entre el significado de los hechos típicamente antijurídicos cometidos y los esperables del imputado”*.

cuanto a cantidad de personas involucradas y presas por éste⁷⁶. En la última década, se ha producido un crecimiento desenfrenado como consecuencia de la inseguridad y las pobres respuestas estatales.

La forma como se percibe y configura el uso de drogas en dichas instalaciones, es uno de los problemas centrales. Desde hace varios años, los informes mensuales del INPE⁷⁷, hacen referencia al problema del uso de drogas como uno de los asuntos más preocupantes del control de los establecimientos carcelarios en el país, asociados al agudo problema de la corrupción de los funcionarios públicos del INPE y la Policía Nacional; lo mismo podemos señalar por parte de los Informes específicos de la Defensoría del Pueblo. Un dato que nos ayuda a entender el grado de vulnerabilidad frente al consumo de drogas, es el que arroja la encuesta dirigida a las internas del Anexo de Chorrillos, elaborada realizada por las abogadas del Consultorio Jurídico del CIDDH, en Agosto del 2011 a 51 internas: A la pregunta de si: ¿ha Sufrido de problemas psicológicos (depresión, pánico, angustia, estrés) desde que ingresó al Penal?, 48 respondieron afirmativamente y solo 3 dijeron que no⁷⁸, lo que muestra su grado de vulnerabilidad al consumo de drogas.

Ha sido reconocido y ampliamente abarcado el hecho que en las cárceles peruanas existe una evidente y compleja red de suministro y uso de drogas legales e ilegales que han llevado a los Gobiernos a atenderlos incluyendo el ingreso de drogas a los penales como una fórmula agravada del delito de tráfico de drogas. Para referirnos al problema del uso de drogas en los penales peruanos, tenemos una primera referencia en el “Estudio Global de Mercados de Drogas Ilícitas en Lima Metropolitana” se refiere a otro estudio realizado en abril del 2000 (Romero y Chuquiray, no publicado), donde una encuesta a 23 presos, 15 de ellos consumían (65.2%).

Un estudio encargado por el INPE, que incluía un Diagnóstico de Salud Mental entre internos de establecimientos penitenciarios de Lima, hecho el 2007 (Esteban Reyes y colaboradores), refería que el 64.8% señala haber consumido alcohol y el 50.96% manifiesta haber consumido drogas alguna vez en la vida; el 19.2% continua haciéndolo⁷⁹.

Uno de los problemas principales que se producen en el Perú, en relación a la atención de aquellos usuarios de drogas problemáticos, se refiere, en primer lugar, a la falta de definición y distinción de los usuarios de drogas. Los documentos públicos oficiales, como la Estrategia Nacional de Control de Drogas (2012-2016), así como la prensa y sectores de la academia peruana, no suelen distinguir entre tipos de usuarios, la forma como finalmente se puede calificar a las personas que ingresan al sistema policial/penal peruano, depende de los jueces que carecen de los criterios suficientes

⁷⁶ Soberon Ricardo, “Legislación en materia de Drogas y Situación Carcelaria en el Perú”, en Sistemas Sobrecargados. Leyes de Drogas y Cárceles en América Latina, página 76.

⁷⁷ <http://www.inpe.gob.pe/menu/>

⁷⁸ “Drogas y Políticas Carcelarias en el Perú”, CIDDH, Boletín Número 5. Diciembre 2012

⁷⁹ Programa de Intervención en Personas con Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas recluidas en los Establecimientos Penitenciario peruano, DEVIDA, INPE, 2008

para definir la situación de una persona usuaria, sus características, entornos y contextos del uso que hacen de las sustancias.

En segundo lugar, en aquellos casos que se produce el internamiento, el grado de voluntariedad en la aceptación del mismo, se convierte en el mayor problema a resolver. La Defensoría del Pueblo, ha sido una de las pocas instituciones públicas que ha asumido el tratamiento del tema de la Salud Mental y sus repercusiones desde un enfoque de derechos, a través de sus Informes Defensoriales temáticos. En Diciembre del 2005, publicó el Informe 102, *“Salud Mental y Derechos Humanos: La Situación de las Personas Internadas en Establecimientos de Salud Mental”*, realizado a partir de una supervisión de la implementación de políticas por el Ministerio de Salud en 15 regiones del país. Según la Defensoría, La intención del reporte era la de apoyar en la formulación de políticas públicas. Pese a reiterar en la diversidad y profundidad de los problemas que afectan a la salud mental en el Perú, no se produjeron cambios sustantivos.

En febrero del 2009, la Defensoría publicó el Informe 140. En cuanto a las regiones manifiesta: *“la salud mental no está siendo priorizada por la mayoría de Gobiernos Regionales”*⁸⁰. Sobre los servicios, el informe identificó que en 39 establecimientos del Ministerio de Salud se brinda atención especializada en salud mental (67% en Costa, 23% en Sierra y solamente el 10% en Selva); solo en 12 de ellos hay servicios de hospitalización para casos de salud mental (es decir, el 8% del total). Al momento de cerrar este trabajo, se aprestaba a publicar el tercer informe temático, pero por consideraciones desconocidas, aún no lo ha presentado.

Sobre el tema de la voluntariedad enfatizaba la necesidad de regulación legislativa sobre las formas de internamiento, voluntario e involuntario, así como la necesidad de hacer revisión periódica de las órdenes de internamiento; el Informe Defensorial 140 recomienda mecanismos de supervisión y que la población cuente con recursos sencillos de queja, pero lo cierto es que no se tiene información específica sobre el grado de cumplimiento. Para darnos una idea del nivel de informalidad que existe, en el informe 140 decía que solo en 4 establecimientos se cuenta con formatos de consentimiento que contemplan la firma del paciente.

La sentencia del TC a la que hacemos referencia en este trabajo decía (punto 92): El consentimiento informado de los pacientes se fundamenta en el principio de la autonomía individual, al ser una determinación del propio paciente si se adoptan decisiones racionales en el cuidado de su salud mental [Informe Defensorial ‘Salud Mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental’] y se sustenta en el respeto de derechos como a la integridad física y psíquica y al libre acceso a las prestaciones de salud [artículos 2 inciso 1) y 11° de la Constitución, respectivamente]. Está en íntima relación con el internamiento de las personas con problemas de salud mental y una atención intramural, si es que existe un alto deterioro físico y mental

⁸⁰ <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/resoluciones/2009/RD-010-2009.pdf> (pág 5).

del paciente o si es alto el riesgo que corren las personas de su entorno [Primer Informe de la DP como *amicus curiae* (f. 350 y 351 del Cuadernillo del TC), sobre la base de los estudios del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO], aunque no es posible obviar el hecho que el tratamiento ambulatorio, en esencia, es menos perturbador en la vida del paciente, al continuar dentro de su ámbito familiar, laboral y social originario.

99. Queda, de esta forma, proscrita toda forma de ingreso involuntario -o por lo menos sin mediar una causal de emergencia-, por ser la retención una forma ilegítima y arbitraria de vulneración de la libertad individual. El derecho de los pacientes a decidir sobre los tratamientos a administrar fija la extensión del deber del médico a informar y obtener de estos el permiso correspondiente; así, respecto a la aplicación de tratamientos especiales, de los diversos EdSM nacionales, sólo tres cuentan con formatos para la autorización de estos tratamientos, de los cuales el formato del INESM 'HNHD' permite que el consentimiento lo brinde el paciente [Informe Defensorial 'Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo'. Informe N.º 7, emitido en Lima, 1998]. Pero para poder analizar la decisión adoptada tiene que tomarse en cuenta la capacidad para actuar. La incapacidad que puede observarse en una persona con problemas de salud mental puede ser de dos tipos: la absoluta, cuando la persona es menor de dieciséis años o está privada de discernimiento [artículo 43º del CC]; y la relativa, cuando la persona tiene entre dieciséis y dieciocho años o cuando adolezca un deterioro mental que le impida expresar su libre voluntad, cuando sea ebrio habitual o toxicómano o cuando sufra interdicción civil [artículo 44º del CC].

Como ha podido observarse en la revisión del primer problema, existen diversas formas en las que se vulneran los derechos fundamentales de las personas que son sometidas a la detención policial por el simple hecho de poseer una cantidad adecuada para el uso personal, conforme lo dice la ley.

3.2. Segundo Problema: Acceso y calidad de Servicios. Características de los Servicios en el Perú (Acceso).

Existe una ausencia de liderazgo institucional del Estado, en donde las indicadas instituciones (Ministerio de Salud, DEVIDA, municipios) evitan asumir sus responsabilidades en la situación de prevención y en la de tratamiento. Existen aproximadamente 500 centros informales de atención, sujetos a la iniciativa privada con nula supervisión por parte de las autoridades correspondientes; un Resumen Ejecutivo del 16 de Agosto del 2011, hecho por el Área de Prevención de DEVIDA, hablaba de 219 centros formales de atención a dependientes en el país.

Por parte de los Municipios, pese a la exigencia normativa de la Ley General de Municipalidades, Ley 27972 del 26 de mayo del 2003, tampoco existe el interés ni la capacidad de vigilancia y control para el cumplimiento de ciertas normas urbanísticas, ni para la constitución de los

comités que sobre este tema deben ser conformados en el ámbito de su jurisdicción (artículo 73.7, disposiciones sobre Prevención, Rehabilitación y Lucha contra el Consumo de Drogas).

La pobreza presupuestal en el sector salud que hemos podido observar en los distintos períodos en el Perú, determinan el nivel de la infraestructura disponible, y quizá esté conectado a la decisión política de entregarlo en manos privadas en el año 2011, con escaso control estadual. En materia de salud mental y número de profesionales disponibles, la situación es grave: se cuenta con menos de 600 psiquiatras y 6000 sicólogos en el país⁸¹ para atender los problemas derivados de la salud mental y particularmente el de las adicciones.

“Una buena cantidad de adictos sigue tratamiento en comunidades terapéuticas. Existen de muy diversas calidades y muchas de ellas están organizadas y atendidas por ex adictos. La legislación peruana señala algunos requisitos mínimos de infraestructura y calificación del personal, así como la necesidad de trabajar dentro de principios éticos y de respeto a los pacientes. Pero es frecuente que alguna sigan trabajando al margen de la reglamentación de salud vigente, aplicando métodos y obteniendo resultados cuestionables. Una de estas comunidades terapéuticas llegó a contar con más de 5,000 pacientes simultáneamente y tuvo que ser clausurada por el alto nivel de maltrato y explotación que daba a sus pacientes”⁸².

Como consecuencia de los procesos de reforma conducidos en el marco de las políticas de ajuste, estabilidad y reducción del gasto público en los años 90, los servicios de salud, se encuentran hoy en día, fragmentados, son inequitativos, excluyentes y discriminatorios: ESSALUD, SIS, MINSA que ha hecho esfuerzos por expandir su cobertura a nivel nacional, pero que tiene un exiguo presupuesto de 550 millones de soles (menos de dos soles mensuales por habitante)⁸³, y, los seguros castrenses y de la Policía Nacional del Perú. No son integrales, son frecuentemente incoherentes y no son funcionales a la demanda real de la población.

Diversos documentos internos elaborados en DEVIDA señalan que existe una enorme brecha entre oferta y demanda de atenciones y que la oferta de servicios para atender el problema es esencialmente informal y no regulada: 222 comunidades identificadas, 139 de ellas en Lima; el 81.53% se encuentran funcionando en un estado de informalidad, al carecer de la constancia de categorización que debiera autorizar el servicio⁸⁴. En similar forma opina el Informe de la Defensoría Número 102 (página 47). Según información oficial, existían 1'301.143 personas (12.1%) que demandaron tratamiento por alcohol, 909,380 (8.5%) que solicitaron tratamiento por tabaco, y 85,000 por abuso de alguna droga ilícita (0.8%)⁸⁵.

⁸¹http://www.rpp.com.pe/2012-10-10-ops-faltan-medicos-en-peru-para-atender-casos-de-salud-mental-noticia_529735.html

⁸² Becerra y Bazo, “Diagnóstico situacional de las comunidades terapéuticas peruanas”, Lima, Fondo Editorial de CONTRADROGAS, 1999

⁸³ Trabajo de Francke Pedro sobre salud....Otra Mirada.

⁸⁴ Documento en Biblioteca CIDDH, denominado “Regulación y Monitoreo de la Oferta Privada en Tratamiento del Consumo de Drogas 2012-2016.Hoja de Ruta”, elaborado por Dr Tulio Quevedo, Licenciada Selene Barrantes y Licenciado Julio Vargas del Equipo de tratamiento del Area de Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas DEVIDA, último trimestre 2011.

⁸⁵ http://www.opd.gob.pe/_mTree.asp?div=AA1, Demanda de Tratamiento en el Sistema de Salud.

Es decir, que el verdadero problema de afectación de la salud mental y necesidad de tratamiento especializado en el Perú, obedecería, fundamentalmente, a las drogas hoy consideradas lícitas. Los principales problemas visibilizados por los diversos documentos, análisis y reportes consultados son: las visibles diferencias entre oferta pública y privada, en el suministro de los servicios de tratamiento; a pesar de los esfuerzos que se han realizado con la dación del Reglamento, no se logra la formalización (valla muy alta); Falta de dirección técnica, ausencia de certificación sobre los recursos humanos que trabajan; no hay unificación de criterios; Ausencia de estandarización de criterios, formatos en tratamiento y rehabilitación de personas;

Pese a los esfuerzos realizados por coordinar, dar asesoría técnica, para la elaboración del Plan Estratégico y Operativo de la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas, el fortalecimiento de competencias técnicas, la situación institucional, sigue siendo muy pobre. Entre 2009 y el 2010, se realizó un Diagnóstico Situacional de los Centros de Atención bajo el modelo de comunidad terapéutica: se identificaron 222 centros de atención y tratamiento⁸⁶: 139 se ubican en Lima y 83, en el resto del país.

Resulta curioso, que la gran mayoría de organismos de Derechos Humanos que en alguna circunstancia dedican espacio y tiempo al tema de la situación de los Derechos Económicos Sociales y Culturales en el Perú, no se aproximan siquiera al tema de la salud mental y mucho menos, al de las adicciones: Coordinadora Nacional de DDHH. Basta con analizar los Informes Anuales como el del 2011/2012⁸⁷, los documentos de instituciones como APRODEH⁸⁸, Instituto de Defensa Legal⁸⁹, CEDAPAZ, entre los más importantes organizaciones defensoras de los Derechos Humanos en el país. ¿Y cuál es la demanda real?: según cifras oficiales, 4 de cada 10 ciudadanos peruanos enfrentan problemas de salud mental⁹⁰ (entrevista a la Directora Salud Mental, 10 de octubre 2012, Diario Perú 21), lo cual refleja que nos encontramos con un problema social de salud pública evidente, escondido y por tanto, poco atendido por las instituciones del Estado, pero también por las organizaciones privadas. Solo en el primer semestre del 2012, fueron atendidos 266,903 casos en el sistema oficial de salud.

Los infortunados hechos ocurridos en 2011 y 2012 en 2 centros de rehabilitación informales en Lima, demuestran lo caótico de la situación de falta de orden y de control en el funcionamiento de este sistema dejado en manos de las personas de buena voluntad o carentes de un criterio mínimo de orden técnico, profesional o incluso ético. Dos incendios provocados por riñas entre internos, ocasionaron la muerte por ahogo y quemaduras de un total de 46 internos. Recientemente, se conoció la sentencia a 18 años de reclusión, emitida por el 24 Juzgado Penal con Reos en Cárcel para el Director de uno de ellos,

⁸⁶ Documento de DEVIDA, Regulación y Monitoreo de la Oferta Privada en Tratamiento de Consumo de Drogas, 2012-2016. Hoja de Ruta. (Dres. Tulio Quevedo, Selene Barrantes, Julio César Vargas)

⁸⁷ http://derechoshumanos.pe/informe_anual_2011_12/

⁸⁸ <http://www.aprodeh.org.pe/index.php/tutorials/installation/materiales-de-trabajo>

⁸⁹ <http://www.idl.org.pe/publicaciones?tid=2&=Aplicar>

⁹⁰ <http://peru21.pe/vida21/cuatro-cada-diez-peruanos-sufren-algun-problema-salud-mental-2045957>

denominado “*Cristo es Amor*” ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, en el que murieron 29 internos.

Luego, sobrevino la Ley 29765 de julio 2010, que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que habiendo sido publicado el Reglamento, no ha surtido mayor efecto pues solamente 3 centros de rehabilitación existentes, habrían cumplido los 17 requisitos establecidos por dicho Reglamento⁹¹. El análisis de esta ley, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes bajo la Modalidad de Comunidades Terapéuticas en el Perú, nos dice que se trata de una ley con escasos 6 artículos, aprobada el 14 de julio del 2011, es decir en las postrimerías del gobierno de Alan García (2006/2011), con poco debate político y técnico, para lograr consensos sobre los objetivos y mecanismos previstos. Esta ley deja en manos de terceros, particulares, privados con escaso control estatal el otorgamiento del servicio de atención a los usuarios, con diversas metodologías y propuestas, que nos son siempre calificadas y verificadas por la autoridad sanitaria.

Esto refleja la actitud de abdicación, de abandono de sus funciones y deberes constitucionales por parte del Estado, que aligera los procedimientos para que cualquier privado (ex adicto, comunidad religiosa) pueda efectuar las tareas que le corresponden al Estado, pues lo pone en el escenario de la libertad de contratación para quien quiera y pueda pagarlo en el sector privado. Ahora, si bien es la Ley la que fija los criterios generales de posicionamiento del Estado en cuanto a esta parte del asunto de la salud pública en el país, es el Reglamento la que le permite ser operativa.

A pesar de lo importante que resultó la pre publicación en el Diario oficial del reglamento para su previo conocimiento por los interesados, mediante Resolución Ministerial Número. 368-2012-SA, esto no permitió convertirlo en un instrumento práctico ni operativo, por la excesiva cantidad de requisitos y procedimientos que exige. El Reglamento podría ser útil, en la medida que permita actuar a las organizaciones del Estado, en todos sus niveles: Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, autoridades municipales. Sin embargo, medio año después del inicio de los problemas y siniestros que en total han arrojado 46 muertes de pacientes en centros informales de tratamiento en dos distritos de Lima metropolitana, la cuestión no ha mejorado y los engorrosos requerimientos del Reglamento no han podido ser cumplido por la mayoría de particulares.

Una primera apreciación es que el Decreto Supremo otorga todas las facultades y competencias a la autoridad de salud en cada nivel: gerencias, direcciones regionales, autoridades nacionales, en el proceso de autorización, monitoreo y cierre de centros bajo modalidad de comunidad terapéuticas. Es un reglamento muy bueno, contiene procedimientos, conceptos y principios importantes (igualdad, reducción del daño), establece con claridad las sanciones que pueden ser aplicadas, el carácter jurídico del contrato terapéutico, condiciones para la conformación de los equipos terapéuticos, a ser ejecutadas a la brevedad por las autoridades de Salud en Lima, capitales de provincia en todo el país; Sin embargo,

⁹¹ Conversación sostenida por el equipo del CIDDH, con el Dr. Eduardo Vega, Defensor del Pueblo, Lunes, 25 de Noviembre del 2013, 9.00 am.

también constituye un problema de choque entre el deber ser y la realidad de informalidad que se vive en el Perú. Contiene muchos requisitos, detalles, condiciones, estructuras que cada centro debe contener y otorga un plazo de 120 días, cuatro meses para que se pongan en regla.

Algo curioso, en la conformación de la Dirección Médica de cada comunidad, está a cargo de **un cirujano** en las Comunidades I menos complejas y **un psiquiatra** en las Comunidades II, de mayor complejidad patológica. Al ser un texto muy declarativo, que asume como si existiese un sistema ideal, cuando en realidad la situación es de muchísima informalidad e ilegalidad. Debiera haber un mecanismo de adecuación progresiva, en 30 días ninguna institución se podrá adecuar a los 17 requisitos que establece el Reglamento.

Por ejemplo, el referido principio de igualdad en el tratamiento, en la práctica no existe; depende de las condiciones reales de funcionamiento de los centros de atención que en el caso de nuestro país, pueden ser muy diferentes entre sí, dependiendo de las capacidades económicas del usuario; esta situación se agrava, ante la carencia de servicios ofertados desde el propio Estado y la ausente capacidad de monitoreo, vigilancia, registro y de fiscalización que existen tanto a nivel municipal, como a nivel de los Gobiernos regionales y el Gobierno central.

El mayor instrumento del Reglamento para facilitar la fiscalización de la autoridad sanitaria y garantizar la calidad del servicio, debiera ser un Registro actualizado y permanente del número y tipo de Centros, que de estar funcionando de forma progresiva, pudiera permitir un proceso efectivo de formalización de las entidades que pretenden suministrar un servicio de calidad; lamentablemente, hasta la fecha de realización del presente trabajo, no se tenía conocimiento de su implementación. El Reglamento considera la existencia de plazo de 30 días para adecuarse, pero muy pocas instituciones las han cumplido. Lo que debiera ocurrir en el próximo mes es un cierre masivo de centros informales que no cumplen con lo establecido en el Reglamento: Infraestructura, equipo, solidez profesional.

De otro lado, la Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016 (página 28) refiere que se ha iniciado un proceso de descentralización de servicios a través de Redes de Atención por problemas de Consumo de Alcohol y Otras Drogas, en 17 regiones, lo cual representa un tímido esfuerzo del Gobierno Central, de involucrar a otros actores sociales y políticos regionales en un asunto que no es políticamente redituable ni conveniente (nuevamente, la idea de los usuarios como adictos, enfermos, que no importan políticamente). En función al análisis de sus objetivos⁹², sin embargo, éste proceso de descentralización es aún parcial y muy limitado.

⁹² OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Incrementar y fortalecer programas de atención a personas consumidoras y dependientes de drogas legales e ilegales a nivel nacional, integrándolos al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Líneas de acción:

a) Generar una normatividad en tratamiento y rehabilitación, a través de la autoridad de salud competente, que permita la regulación y certificación efectiva de los servicios y centros de tratamiento públicos y privados que funcionan bajo diferentes modalidades. La normativa debe procurarse inclusiva y progresiva, adecuada a la realidad y modalidades de atención pública y privada.

La revisión de la distribución presupuestal del Estado y la Salud Mental, evidencian la escasa importancia que ha tenido y tiene el problema de consumo de drogas, en lo que a distribución presupuestal se refiere. El análisis de esta forma de distribuir los recursos del Estado peruano, siguen señalando que, por lo menos en el período en mención (2002/2010), la mayoría de la atención sigue siendo puesta en las acciones de interdicción de lucha contra el narcotráfico, mientras que el desarrollo alternativo está por lejos, en el segundo lugar y más lejos aun, el tema de la prevención y el tratamiento. Si revisamos en el siguiente Cuadro los recursos asignados en millones de soles por el Estado peruano a la prevención y el tratamiento (juntos), comparados con el total de recursos asignados en la década en cuestión al problema de las drogas, obtendremos que se ha asignado para prevenir o tratar los usos problemáticos **tan solo el 8.53%** del total de recursos fiscales asignados al problema de las drogas.

Esto significa una de dos cosas: o el problema del consumo es sencillamente menor al de la producción o al tema delincriminal del tráfico, o simplemente, sucede que la prevención y el tratamiento de los usuarios problemáticos no tiene el interés necesario entre políticos y funcionarios públicos. En cualquier caso, implica una precaria atención institucional, en el marco de una abdicación política estatal y un desconocimiento basado en prejuicios conceptuales y políticos sobre las drogas, su uso y la relación con la salud mental de las personas.

Cuadro 10. Gastos Gubernamentales Directos, período 2002/2010, por Estrategias de Intervención (en millones de soles)

Millones de soles	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Desarrollo Alternativo	1	3	6.3	6	6.7	4.9	12.5	5.5	16.9	62.8
Interdicción	8.8	16.4	14.2	12	14.2	22.5	46.5	75.2	74.2	284
Prevención y Tratamiento	1.1	0.5	0.6	1.4	2.2	3.3	9.7	4.1	11.8	34.7
Planeamiento Institucional	2.5	2.7	2.6	3.4	2.4	2.8	2.9	2.7	3.1	25.1

Fuente: Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016,

http://www.devida.gob.pe/images/documentosdisponibles/ENLCD_esp_21-08-12.pdf

b) Fortalecer, ampliar y articular la oferta pública de servicios de atención en drogas en los diferentes niveles de atención de salud (centros de salud, hospitales). En tal sentido, se coordinará y establecerá compromisos con el Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Direcciones Regionales de Salud, así como con otras instancias y organizaciones pertinentes, a fin de garantizar la implementación de este tipo de intervenciones, de acuerdo a las necesidades y características de la población.

c) Generar acuerdos de gestión que fortalezcan y mejoren la calidad de atención de la oferta de servicios privados (servicios o programas ambulatorios, clínicas de día, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas); para lo cual se coordinará con las autoridades competentes de salud, así como con las diferentes instancias y organizaciones pertinentes, a fin de garantizar la adecuada gestión de este tipo de servicios.

d) Desarrollar programas de intervención breve del consumo de alcohol y otras drogas asociados a violencia familiar que permitan un abordaje oportuno de las personas afectadas y derivación a servicios especializados en caso de requerirse. Para tal efecto, se coordinará la ejecución de estos programas con el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual del MIMDES y con las diferentes instancias a nivel nacional que tienen a su cargo los Centros de Emergencia Mujer.

En definitiva, a pesar de los cambios institucionales producidos en los últimos años en el sector de la salud del Perú, este sigue siendo muy reducido en función de las necesidades de cobertura en el país. De otro lado, por origen el sistema de salud peruano dedica poquísima voluntad y reducidos recursos, al tema de la salud mental, en donde la infraestructura, la calidad de los servicios y su cobertura, dejan mucho que desear. Las restricciones macro económicas encontradas para la gestión de los recursos públicos, han dificultado la inversión. Al persistir la idea de las obligaciones progresivas del Estado peruano en materia de suministro de salud, su acatamiento ha sido diferido en función de otras prioridades, pese a la prohibición que existe de permitir vaciar de contenido el alcance de dichas obligaciones.

Conclusiones y Recomendaciones.

Luego de hacer la descripción y el análisis de la problemática de los usos de drogas en el Perú, y de haber analizado las respuestas del Estado peruano, y de haber analizado las principales omisiones y “cuellos de botella” que se presentan en el suministro del servicio de tratamiento, creemos que las siguientes Conclusiones y Recomendaciones pueden ser de necesaria implementación, en el futuro próximo:

1) En los últimos años, el sistema de salud peruano ha sufrido las consecuencias de la desregulación, la reducción del Estado, la privatización del mismo, que han llevado a una reducción de la calidad y la cobertura del servicio, en perjuicio de los sectores más vulnerables de la población peruana. Ello se ha sumado a la incapacidad, desconocimiento y falta de voluntad política en materia de salud mental y adicciones en una situación de incapacidad, falta de recursos económicos, humanos y técnicos y una total falta de cobertura para abordar el problema y atender estas urgentes necesidades.

2) Se mantiene una profunda distorsión en el tratamiento del problema por parte de la Policía peruanas así como del Ministerio Público y en general del sistema criminal peruano, el cual, pese a no criminalizar formalmente al usuario, en la práctica lo convierte en el centro de atención de las unidades policiales que distraen escasos recursos en la detención de usuarios, convirtiéndolos en las principales víctimas de la corrupción y violencia policiales, por parte de malos funcionarios encargados de aplicar la ley.

3) De acuerdo a la información oficial disponible, el problema del uso de drogas lícitas e ilícitas en el Perú se encuentra completamente distorsionado, mal enfocado, sobredimensionado, generalizado y subordinado a la información parcial y sesgada, en el que las acciones ejecutadas en el área de prevención y tratamiento, no han cubierto –por falta de adecuados recursos económicos suministrados por el Estado- ni las necesidades ni las expectativas de la población o las nuevas generaciones jóvenes peruanos, en riesgo de caer en consumos problemáticos.

4) Es necesaria una profunda re definición sobre los roles que tiene el Estado peruano al momento de conceptualizar, calificar y abordar el problema de drogas y salud mental, considerando tanto el problema de las drogas lícitas como ilícitas (diferenciando las sustancias y los tipos de usos), y tomando en cuenta según la efectiva gravedad de cada problema. Estos cambios, se deben producir en un escenario donde la represión (en un sentido amplio), debe ser el último camino y no el primero, en términos de presupuestos asignados, producción y mantenimiento de infraestructura, atribución de competencias y funciones, entre los aspectos más importantes.

5) En los próximos años, el Perú debe adecuarse a una nueva forma de tratar sus problemas de salud mental particularmente aquellos relacionados a las adicciones con drogas, donde se definan mejor los roles públicos y privados, manteniendo el deber del Estado de prestar el servicio o al menos monitorear la calidad de los servicios que se prestan; donde se excluya una mirada mercantilista ni asistencialista, y se privilegien políticas y acciones desde un enfoque de Derechos Humanos, Reducción de Daños y de Proporcionalidad en la detección del problema y su tratamiento.

Bibliografía

- Cáceres, Baldomero. (2005). “Dos Escritos sobre Coca, Drogas y Psiquiatría” en *Hablan los Diablos. Amazonía, Coca y Narcotráfico en el Perú; Escritos Urgentes*, Ediciones Abya Yala, Primera Edición, Quito, Ecuador.
- Cancado Trindade, Antonio Augusto et. al. (2003). “La Nueva Dimensión de las Necesidades de Protección del Ser Humano en el Inicio del Siglo XXI”, 2da edición, San José Costa Rica.
- Castro De La Matta, Ramiro. (2003). “Inventario de la Coca”, Academia Nacional de Historia, CEDRO, Perú.
- CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID y UNICRI. (2000). *Estudio Global de Mercados de Drogas Ilícitas en Lima Metropolitana*. Lima, Perú.
- Coronado, Inés T. (1993). “Coca, Cocaína y Narcotráfico”, Editora Jurídica Grijley, Lima, Perú.
- DEVIDA (2007) II Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria.
- DEVIDA (2009) III Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2007.
- DEVIDA, Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016.
- El Enfoque de los Derechos Humanos en las Políticas Públicas, Comisión Andina de Juristas, 2004.
- García Sayan, Diego (Ed). (1989). *Coca, Cocaína y Narcotráfico. Laberinto en los Andes*. Comisión Andina de Juristas, Lima Perú.

- León, Federico y Castro De La Mata, Ramiro (Edit). (1989). *Pasta Básica de Cocaína, Un Estudio Multidisciplinario*. CEDRO, Lima, Perú.
- “Los Derechos Humanos y la Globalización: Avances y Retrocesos”, CAJ, Primera Edición, Lima, Febrero 2003.
- Informe de Defensoría del Pueblo, “Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la Política, los Servicios y la Atención a Poblaciones Vulnerables”
- Informe sobre Servicios de Salud Mental del Sub Sector, Ministerio de Salud del Perú, 2008.
- “Narcotráfico: Amenaza al Crecimiento Sostenible del Perú. Estudios sobre Coca, Cocaína, Seguridad y Desarrollo”, Macro Consult, 2008
- Recopilación de Instrumentos Internacionales, Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 1988.
- Rubio Correa, Marcial. (1988). “Legislación Peruana sobre Drogas a partir de 1920”, Monografía de Investigación, CEDRO, Lima, Perú, 1988.
- Sar, Omar. (2004). Constitución Política del Perú, Nomos y Thesis Editorial, Perú
- Soberon Garrido, Ricardo. (2004). *Leyes, Justicia y Drogas*. Iris, USAID. Lima, Perú.
- WOLA y TNI. (2010). *Sistemas Sobrecargados. Leyes y Cárceles en América Latina*.

TESTIMONIO DE UN USUARIO CULTIVADOR PRESO

Al llegar a Lurigancho nos hicieron reanar 150 veces, al que no podía le caía palo, y tengamos en cuenta que yo ingrese con presos mayores de 60 años e inclusive uno mayor de 70. Después al pasar otra reja, una vez dentro del penal, nos metieron más palo y nos llevaron a la clínica para un rápido chequeo, nos cortaron el pelo y las barbas a todos. Les manifesté que no podía cortar mi pelo ni mi barba por mi fe e inclusive pedía respeto de mis votos con la biblia y la Declaración Universal de los DD.HH en la mano pero aun así nada de eso les importo, me dijeron que “todo eso se queda afuera”, les dije que no podían ni debían hacerme eso, así que a la fuerza y con amenazas procedieron a mutilar mis votos cortando mis dreadlocks y mi barba.

Todo interno nuevo que llega al Penal de Lurigancho es recibido en la Lata, al joven, al viejo, al rico y al pobre, al culpable y al inocente, no importa quién o como seas, la lata los recibe y los acoge a todos, la lata es la única que no discrimina en Lurigancho. La lata es una de las dos celdas de castigo del penal, es como “el hueco” o “aislamiento” en otras cárceles, pero en Lurigancho es más como un gran urinario oscuro, lleno de orines, heces, basura y ratas en la noche, en este sitio solo hay una ventana pequeña en lo alto de la pared y no hay luz eléctrica.

Al entrar a la lata no veíamos nada, pero escuchamos una voz en la oscuridad que decía: “chicos, vengan, júntense, no pasa nada, vengan”, era la voz de un “rufo” desnudo en lo oscuro de la lata, en el penal los “rufos” son los adictos y malvivientes que ya están en estados paupérrimos, y este era casi inofensivo y llamaba a que se junten a él para poder sentir algo se calor, pues estaba desnudo a las 11pm en mayo, recostado sobre orines en la loseta fría y teniendo en cuenta que el penal queda en las faldas de los cerros y el clima es bastante marcado ahí.

Lurigancho es como una pequeña ciudad, donde hay casi todo, mercado, ferreterías, zapateros, costureros, librería y bazar, peluquerías, talleres industriales y hasta discotecas, y por supuesto hay de todo tipo de gente, de todas partes del mundo, de todos los colores tamaños y condiciones. Quería tratar de explicar todo lo que encontré ahí durante los 4 meses que viví en Lurigancho, pero me doy cuenta que sería más fácil tratar de explicar lo que no encontré y toda persona que ha pasado por algo así me entenderá o me dará la razón cuando digo sería también muchísimo más fácil explicar lo que no aprendí, que todo lo que aprendí en el penal durante esos meses, que fueron como siglos para mí. Vivir ahí es horrible para cualquiera, cada día con el temor de no saber cuándo saldrás para poder estar con tu familia y disfrutar de tu libertad, En el penal de Lurigancho, como en cualquier otro, predomina la corrupción, es como una fotografía del país, hay política, hay tráfico, hay inseguridad, hay temor... “Luri” es como un pequeño Perú, corrupción pura, para todo, desde la puerta y desde el primer día hasta las oficinas y al momento de salir por la ultima reja hacia la calle. Otro aspecto que a uno lo asecha en el encarcelamiento en el riesgo de contraer alguna de las enfermedades que en los penales abundan, la más común la adicción a las drogas, la TBC, el virus del VIH, la pulmonía, la neumonía, la cirrosis, pleura y tantas otras enfermedades que se llevan las vidas de muchos presos cada día.

Allí uno pasa cosas bastante feas como tener que dormir en el piso o a la intemperie, nadie está a salvo del “mosqueteo”, que es el robo dentro de la cárcel, lo cual no se permite entre los presos; el abuso de todo tipo está a la orden del día, económico, físico, psicológico y sexual. Cuando llego mi libertad y el momento de salir por fin llego, no lo podía creer, sonreía como nunca y me despedía de todos, salí de mi pabellón, salí de mi modulo(donde se ubican tres pabellones) y resulto que a través de alguien se había filtrado el rumor de mi libertad y en la bajada del jardín del penal me robaron mis botas y un par de cosas más entre unos 15 o 20 rufos aproximadamente, por unos segundos no vi el sol, solo gente sobre mi tratando de sacarme algo, hasta me mordieron, pero ni siquiera eso, aunque me malogro un poco la experiencia de mi salida, ni siquiera eso pudo opacar la felicidad de salir a la calle y poder correr hacia mi familia.