

EL MODELO PORTUGUÉS DE DESCRIMINALIZACIÓN DEL USO DE DROGAS

12

Marie Nougier¹

En 2001, Portugal descriminalizó el consumo y la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal. En lugar de enfrentarse a un proceso penal, las personas son derivadas a una Comisión de Disuasión de la Toxicodependencia, un órgano administrativo integrado por expertos en salud, trabajadores sociales y profesionales jurídicos que ayuda a que las personas participantes aborden los problemas relacionados con su uso de drogas. Esta política no solo ha mantenido a las personas fuera de prisión, sino que también ha reducido de manera significativa el estigma, la discriminación y los daños a la salud.

Contexto y descripción

En respuesta al aumento de los daños causados por la epidemia de heroína en Portugal, el gobierno aprobó la Ley 30/2000² que eliminó las sanciones penales por uso de drogas y posesión ilícita de pequeñas cantidades para el consumo personal de cualquier droga. Bajo este régimen de descriminalización, en vigor desde el 2001, el uso y la posesión de drogas permanecen ilícitos, pero se tratan a través de un proceso administrativo. Una persona encontrada con una cantidad pequeña equivalente a 10 días de consumo propio es referida a una Comisión para la Disuasión de la Drogodependencia (Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência): un organismo administrativo establecido en cada una de las regiones de Portugal y compuesto por tres profesionales incluyendo a un experto legal, un trabajador social y un médico. Cada comisión recibe el apoyo de un equipo técnico de expertos/as en asuntos sanitarios y sociales.

La descriminalización del uso de drogas en Portugal fue acompañada por importantes inversiones en programas sociales y de salud, incluso para el tratamiento de la drogodependencia y servicios de reducción de daños. La base legal de este enfoque de reducción de daños se materializó en el Decreto-Ley 183/2001³.

Normalmente, una persona es referida a las comisiones cuando es hallada en posesión de menos de 10 dosis de drogas. Si una persona es arrestada con una cantidad mayor a la permitida, los juzgados también pueden mandarla a estas comisiones si el fiscal o el juez deciden que la cantidad incautada estaba destinada para uso personal y no para su distribución.

El objetivo no es castigar, sino ayudar a las personas a superar sus problemas sociales y de salud.

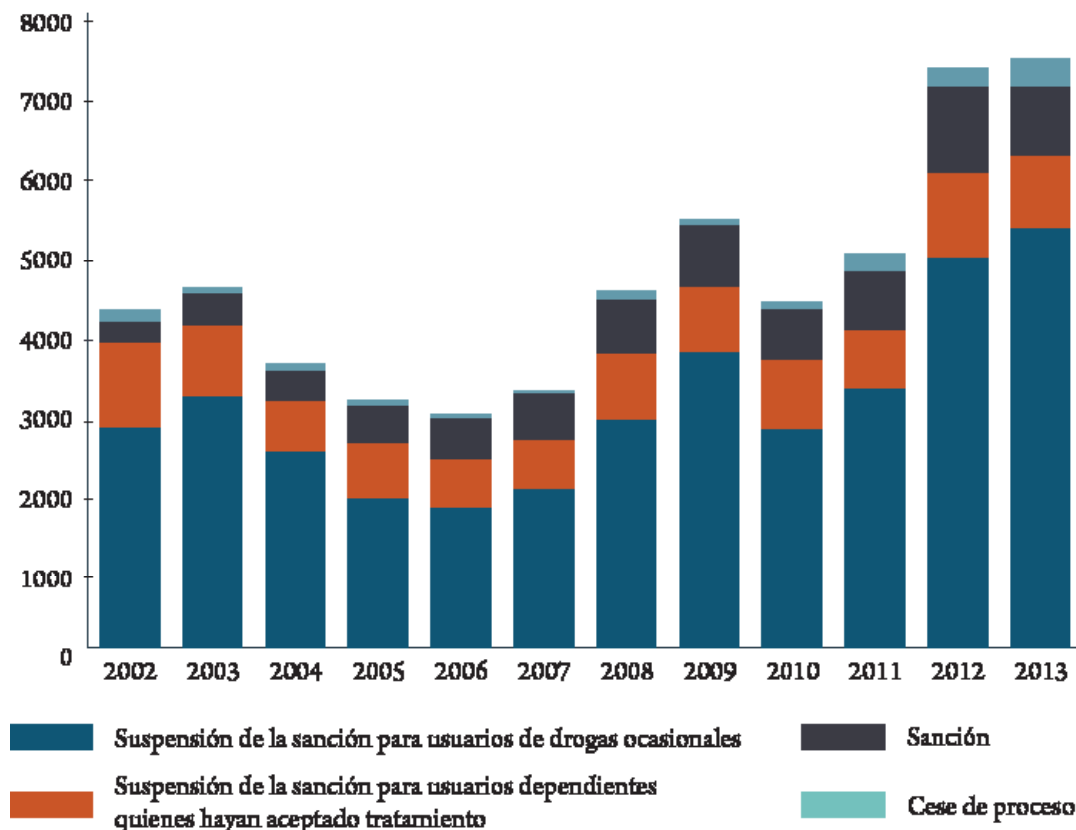
Toda persona referida a una Comisión de Disuasión se somete a una entrevista en la cual la comisión le hace al participante una serie

de preguntas para entender su circunstancia personal (uso de drogas, situación familiar, empleo, historial de problemas psicológicos o de salud, etc.), establecer una relación de confianza e identificar la respuesta más apropiada para ayudar a cada persona. En muchos casos, la audiencia con la comisión puede ser la primera ocasión que tiene una persona para hablar de su uso de drogas o para recibir información sobre los distintos servicios disponibles en su ciudad o región⁴. De este modo, las Comisiones de Disuasión son consideradas como un mecanismo fundamental para la difusión de información sobre el uso de drogas, la dependencia y los posibles daños a los que se enfrentan los usuarios, así como para remitir a aquellos que lo necesiten a servicios sociales y de salud pertinentes. Aunque las Comisiones pueden imponer sanciones administrativas, el

objetivo principal no es castigar, sino ayudar a las personas a superar y hacer frente a sus problemas sociales y de salud⁵.

El enfoque adoptado por las Comisiones es progresivo. Si es la primera vez que la persona comparece ante un juzgado y no se encuentra en una situación de drogodependencia⁶, el trabajo de la Comisión es principalmente informativo y preventivo. La Comisión ofrecerá información sobre los efectos que el uso de drogas tiene sobre la salud, la legislación, etc. y hará recomendaciones sobre los servicios disponibles para la reducción de daños y para asegurarse que el consumo de dicha persona no se vuelva problemático. Si la persona es drogodependiente, el objetivo principal es motivarla a ingresar en un programa de tratamiento o a que reanude un tratamiento interrumpido –para que de este modo pueda

Figura 1. Resultados de las decisiones de las Comisiones por cantidad y año



Fuente: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências (SICAD)

retomar el control sobre su uso de drogas, acceder a terapias de sustitución de opioides (TSO) o abandonar completamente el uso de drogas—. El tratamiento nunca es coercitivo y generalmente se provee de manera gratuita al paciente⁷. En el caso de no conseguir ingresar o de permanecer en tratamiento, la persona no recibirá una sanción penal ni será citada de nuevo.

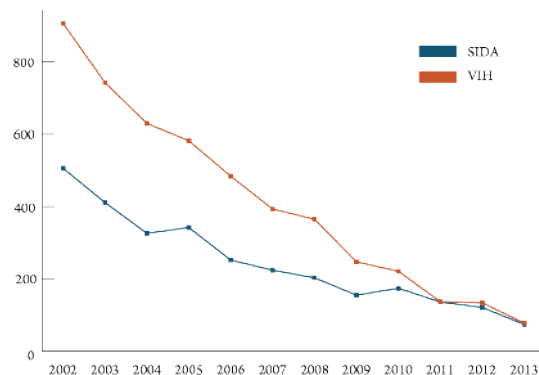
La tasa de personas que se presentan ante las Comisiones más de una vez es muy baja, de entre el 4 y el 6%. En caso de que un individuo comparezca más de una vez, las Comisiones tienen la obligación de imponer una sanción administrativa. Estas incluyen presentarse periódicamente en centros sanitarios u hospitales para revisiones médicas, servicios sociales, centros de empleo o comisarias, o realizar trabajos sociales (si la persona no tiene un empleo). De manera menos habitual, las comisiones pueden imponer prohibiciones de abandonar el país sin autorización, de realizar ciertos trabajos en los que se corra un riesgo de salud o de seguridad, de frecuentar ciertos lugares, y revocar licencias. El uso de multas es infrecuente y, si son aplicadas, las Comisiones suelen imponer la cantidad mínima de 25 euros. De esta manera se asegura que las sanciones no sean contraproducentes y causen más daño aún a la persona⁸. En la mayoría de los casos que son referidos a un juzgado no se recurre a ningún tipo de sanción (ver la Figura 1)⁹.

Resultados e impacto

El modelo portugués de descriminalización no causó aumentos en los niveles de uso de drogas. El número de personas que usan drogas diagnosticadas con VIH se redujo de 907 casos en el 2000 a tan solo 79 en el 2012^{10,11} (ver la Figura 2). Tendencias similares fueron observadas en el caso de las hepatitis B y C^{12,13}. Además, Portugal tiene una de las proporciones más bajas de muertes

por sobredosis en la Unión Europea¹⁴. El número de personas que reciben tratamiento voluntario aumentó por un 60% entre 1998 y el 2008¹⁵.

Figura 2. Número de notificaciones de VIH y SIDA entre personas que usan drogas en Portugal entre 2002 y 2013



Fuente: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências (SICAD)

En cuanto a sus efectos sobre la justicia penal, la descriminalización conllevó a una reducción en la sobrepoblación carcelaria: la proporción de personas encarceladas por delitos de drogas bajó del 44% en 1999 al 19.6% en 2013¹⁶. Además, esta política permitió que los cuerpos policiales persiguiesen a los grandes narcotraficantes violentos y a las bandas de crimen organizado en vez de perseguir a usuarios de drogas y a vendedores de baja escala¹⁷.

No obstante, el componente de género de esta política ha sido decepcionante. Aunque la mayoría de las personas que usan drogas en Portugal son hombres, las mujeres que usan drogas se enfrentan a altos niveles de violencia, estigma y discriminación para acceder a los servicios disponibles que, generalmente, son incapaces de responder a sus necesidades. Los servicios, para nada frecuentes, específicamente adaptados para necesidades de género están generalmente diseñados para mujeres embarazadas (por

ejemplo, el programa ‘PIAM’ – Proyecto Integrado de Atendimiento Materno). Los datos disponibles sugieren que el número de mujeres que comparecen ante las Comisiones de Disuasión ha aumentado todos los años desde que se implementó el modelo de descriminalización. En Porto, por ejemplo, solo entre 2014 y 2015, la cantidad de mujeres aumentó del 3% al 8%. La ausencia de servicios sensibles a los problemas de género implica que las mujeres son orientadas hacia servicios que no pueden atender a sus necesidades¹⁸. Las mujeres que usan drogas que además son trabajadoras sexuales son particularmente vulnerables. Cuando se presentan en centros de reducción de daños, estas mujeres se encuentran rodeadas por una mayoría de hombres, algunos de los cuales son clientes de sus servicios sexuales – esto lleva a situaciones desagradables, incómodas y peligrosas, que empeoran sus condiciones de invisibilidad y violencia.



“Semana europea de la Prueba de Detección del VIH” en el centro de reducción de daños de Mouraria, Lisboa, Portugal. Fotografía: Pedro A. Pina

Para favorecer el acceso de las mujeres a servicios de reducción de daños y de tratamiento se han realizado esfuerzos para reclutar a mujeres en calidad de pares¹⁹. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para asegurarse de que los servicios disponibles para mujeres que usan drogas estén diseñados para ellas y que los reciban sin

prejuicios ni discriminación²⁰. Por ejemplo, hacen falta servicios de reducción de daños específicamente orientados hacia mujeres o, al menos, que los ya existentes tengan horarios exclusivos para mujeres. Estos servicios deberían incluir guardería para mujeres con hijos e hijas, deberían incorporar procedimientos de salud sexual y reproductiva y deberían proveer apoyo social a mujeres y madres²¹.

Recursos claves

Grupo Pompidou y Consejo de Europa, *Seminario sobre mujeres, drogas y violencia en las regiones de Europa y el Mediterráneo*, Roma, 10-11 de diciembre de 2015.

Open Society Foundations, *Políticas sobre drogas en Portugal: Beneficios de la descriminalización del consumo de drogas*, 2012, <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Drug%20Policy%20in%20Portugal-Spanish-WEB.pdf>

Silvestri, A., *Gateways from Crime to Health: The Portuguese Drug Commissions*, Winston Churchill Memorial Trust & Prison Reform Trust, <http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/AS%20report%20GATEWAYS%20FROM%20CRIME%20TO%20HEALTH.pdf>

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, "Capítulo 3.1. 3.1 Descriminalización de personas que usan drogas", *Guía sobre políticas de drogas del IDPC*, 3ra edición, 2016 <http://idpc.net/es/publications/2016/03/guia-sobre-politicas-de-drogas-del-idpc>

Agradecimientos

El autor desea agradecer a Joana Canedo de la Associação Piaget para o Desenvolvimento (APDES) por sus valiosos comentarios y contribuciones. El texto fue traducido

al español por Miguel Alejandro Herrero Cangas y revisado por Juan Fernandez Ochoa del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC).

Notas finales

1. Investigadora y Responsable de comunicaciones, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas.
2. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências, *Decriminalisation: Portuguese Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances*, Law No 30/2000 of 29 November, 2000, http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Decriminalisation_Legislation.pdf
3. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, *Country legal profiles: Portugal*, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eIdd.countryprofiles&country=PT>
4. Silvestri, A., *Gateways from Crime to Health: The Portuguese Drug Commissions*, Winston Churchill Memorial Trust & Prison Reform Trust.
5. *Ibid.*
6. Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, solo 1 de cada 10 personas que usan drogas desarrollan dependencia a las drogas o problemas asociados con su uso.
7. Normalmente, el tratamiento consiste en consultas con un psicólogo o trabajador social en un centro de tratamiento público, donde el coste está cubierto por las Autoridades Sanitarias Regionales que forman parte del Ministerio de Sanidad. Para las personas que siguen un TSO en una clínica pública o una ONG también pueden acceder a tratamiento de manera gratuita. Los servicios de TSO de umbral bajo también son provistos por ONG que reciben apoyo de las autoridades sanitarias. Sin embargo, los tratamientos con buprenorfina no están cubiertos en su totalidad por el estado y los pacientes deben por lo tanto cubrir parte de los costos asociados con el tratamiento. De manera menos habitual, los pacientes pueden someterse a tratamiento en clínicas privadas o comunidades terapéuticas privadas, en cuyo caso las Autoridades Sanitarias Regionales pueden abonar hasta el 80% de los costes, el resto siendo cubierto por el paciente, su familia, o los servicios sociales.
8. Silvestri, A., *Gateways from Crime to Health: The Portuguese Drug Commissions*.
9. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Drug Policy Profiles – Portugal*, 2011, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_137215_EN_PolicyProfile_Portugal_WEB_Final.pdf
10. Institute for Drugs and Drug Addiction, 2013 *National Report to the EMCDDA: 'Portugal' – New Developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues*, mayo de 2014, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228487EN.html>;
11. Domoslowski, A., *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalising Drug Use*, junio 2011, <http://idpc.net/publications/2011/08/drug-policy-in-portugal-the-benefits-of-decriminalising-drug-use>
12. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Portugal Country Overview*, <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>;
13. Transform Drug Policy Foundation, *Drug Decriminalisation in Portugal: Setting the Record Straight*, junio de 2014, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
14. Ingraham, C., “Why Hardly Anyone Dies from a Drug Overdose in Portugal,” *The Washington Post*, 5 de junio de 2015, <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/06/05/why-hardly-anyone-dies-from-a-drug-overdose-in-portugal/>
15. Drug Policy Alliance, *Drug decriminalization in Portugal: A Health-centered Approach*, febrero de 2014, <http://www.drugpolicy.org/resource/drug-decriminalization-portugal-health-centered-approach>
16. Silvestri, A., *Gateways from Crime to Health: The Portuguese Drug Commissions*.
17. Aebi, M.F. & Delgrande, M., *Council of Europe annual penal statistics, Space I, Survey 2007*, Strasbourg: Council of Europe, 2009, http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev.pdf

18. Barroso Coutinho, J., A articulação entre o CRI Porto Central e as CDT: a mais valia de uma linguagem e olhar comuns para o sucesso das intervenções em parceria, 9 de noviembre de 2016, http://www.sicad.pt/BK/Documents/2016/encontro_descri/apresentacoes/CRI_Central_Comunica%C3%A7%C3%A3o%2015%20anos%20de%20Descriminaliza%C3%A7%C3%A3o_Joana_Barroso_Coutinho.pdf
19. Grupo Pompidou y Consejo de Europa, *Seminario sobre mujeres, drogas y violencia en las regiones de Europa y el Mediterráneo*, Roma, 10-11 de diciembre de 2015.
20. Las personas trans experimentan barreras significativas adicionales para acceder a programas de reducción de daños y tratamiento.
21. Ver: Ferreira, M. (2015), *Violence, Gender & Harm Reduction: Perspectives from a Peer Worker*, presentation at Seminar on Women, Drugs and Violence in Europe and the Mediterranean Region, Roma, 10-11 de diciembre de 2015.

Descargo de responsabilidad: Las opiniones expuestas en este informe son las del autor y no reflejan necesariamente la posición oficial de la CIM/OEA.

El objetivo de esta serie es compartir ejemplos de enfoques innovadores que incorporan en las políticas de drogas una perspectiva de género y los principios de salud pública y derechos humanos. Estas experiencias brindarán los mejores resultados posibles solo cuando vayan acompañadas de una reforma más sustantiva de las leyes y políticas de drogas. Sin embargo, a falta de reformas más amplias o de que se desplieguen junto a ellas, estas experiencias pueden ayudar a romper el círculo vicioso de pobreza, exclusión social, consumo de drogas, participación en el tráfico de drogas y encarcelamiento que afecta a muchas comunidades pobres de todo el continente americano hoy en día. Experiencias de referencia globales es una herramienta que acompaña a la publicación Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe.