

GUÍA SOBRE LIDERAZGO INSTITUCIONAL EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS CON ENFOQUE DE INCLUSIÓN SOCIAL

“La mirada necesaria hacia la integración social y laboral de personas con consumos problemáticos de drogas”



Con la colaboración y financiación de:



OEA | CICAD



OAS Cataloging-in-Publication Data

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).
Guía sobre liderazgo institucional en el desarrollo de políticas sobre drogas, con enfoque de inclusión social / Producido por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

ISBN: 978-0-8270-7426-2

Capítulo 1. Introducción; Capítulo 2. Drogas: desarrollo, bienestar y exclusión social; Capítulo 3. Recuperación del consumo problemático de drogas: integración social y laboral; Capítulo 4. Promoción de la integración social y laboral; y Capítulo 5. Liderazgo institucional: políticas de drogas con enfoque de inclusión social.

Desde la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (SE-CICAD/OEA):

Emb. Adam E. Namm, Secretario Ejecutivo, SE-CICAD/OEA.
Angela Crowdy, Secretaria Ejecutiva Adjunta, SE-CICAD/OEA.

Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España

Dr. Joan R. Villalbí, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Dra. Elena Alvarez Martín, Subdirectora General de Relaciones Institucionales de la DGPNSD.

Autores principales:

Dra. Elisabet Arribas Ibar
Lorena Tamayo

Contribuidores:

Adriana Pavón Palacio
Álvaro Fierro
Ángela Ureña
Carlos Pozo
Delia Trujillo Fraga
Elisa Rubini
Erika Reategui Tomanguilla
Gerardo R. Peña Cayancela
Germán Ramón Paredes Espinoza
Gladys Edelina Guallichico Álvarez
José Antonio Tejada

Luis Torres
Martha García García
Paola Cucalón Franco
Patricia Giraldo Wagner
Priscila Castillo
Rita Lucrecia Collahuazo Durazno
William Cabanillas Rojas
Wilson Patricio Peña Guillén

Comité editorial:

Antonio Lomba Maurandi
Dra. Elisabet Arribas Ibar
Dr. Javier Arza

Director del programa:

Antonio Lomba Maurandi

Diseñadora:

María Montas

Coordinadora SAVIA:

Dra. Elisabet Arribas Ibar

COPYRIGHT © (2021) Organización de los Estados Americanos. Todos los derechos reservados bajo las Convenciones Internacionales y Panamericanas. Esta publicación puede reproducirse siempre que se dé crédito a la fuente.

La presente publicación ha sido desarrollada en el marco del Programa "Salud y Vida en las Américas" SAVIA, programa dirigido y ejecutado por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos. Este programa es financiado por el Gobierno de España, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo AECID y apoyado técnicamente por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Proyecto SAVIA: SAECI1901-SMS1803.



**GUÍA SOBRE LIDERAZGO
INSTITUCIONAL EN EL DESARROLLO
DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS CON
ENFOQUE DE INCLUSIÓN SOCIAL**

Nota editorial:

Considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores de la OEA, en este documento y en todos los que se desarrollan en el marco del Programa SAVIA, el uso indistinto de sustantivos —en género masculino o femenino— carece de intención discriminatoria alguna, es decir, tiene en todos los casos una intención inclusiva.

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO	7
PRESENTACIÓN	8
DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	9
INTRODUCCIÓN	13
Determinantes sociales de la salud y drogas	14
Factores de riesgo y factores de protección	18
Grupos en situación de vulnerabilidad frente a las drogas	19
Capítulo 1.	
DESARROLLO, BIENESTAR Y EXCLUSIÓN SOCIAL	21
1.1 Impacto de las drogas en el desarrollo social	21
1.2 Impacto de las drogas en el bienestar de la persona y de su comunidad	22
1.3 Drogas y exclusión social	23
Capítulo 2.	
RECUPERACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS DESDE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL	28
2.1 Tratamiento/abordaje integral del problema de las drogas	28
2.2 Los conceptos de exclusión versus inclusión social y de integración versus reinserción social	32
Capítulo 3.	
PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL	36
3.1 Integración social y acceso al mercado laboral	36
3.2 El género y la diversidad sexual en la integración sociolaboral	38
3.2.1 Mujeres e integración sociolaboral	38
3.2.2 El colectivo LGBTIQ+ y la integración sociolaboral	41

Capítulo 4.

LIDERAZGO INSTITUCIONAL Y POLÍTICAS SOBRE DROGAS	42
4.1 Institucionalidad y criterios para la articulación de políticas sobre drogas	42
4.2 Políticas sobre drogas con enfoque de inclusión social	45
4.2.1 Inclusión desde la política pública	45
4.2.2 Elementos y principios fundamentales para formular políticas sobre drogas inclusivas	47
4.2.3 Promoción de la inclusión social dentro del marco de las Américas	48
4.3 Inclusión social desde diferentes escenarios: sistema de salud, sistema social y sistema judicial	51

PRÓLOGO

La exclusión social es la negación de las posibilidades y condiciones que se consideran básicas para que la persona se apropie de su condición de ciudadano/a en una sociedad democrática. Debilita y fractura los lazos con su sociedad y con los sistemas establecidos. Quienes tienen menos recursos y posibilidades se ven más vulnerables a sufrir exclusión y desigualdad. Reducir la exclusión social es un gran desafío para todos los países democráticos. No obstante, mediante políticas públicas y actuaciones que preserven el bienestar de las personas y garanticen la igualdad en derechos y oportunidades, se pueden conseguir sociedades inclusivas.

Los problemas de las drogas se asocian a los procesos de exclusión social de varios grupos poblacionales. Las políticas sobre drogas deben abordar los factores subyacentes de discriminación, inequidad y exclusión social que inciden o agravan a las personas afectadas por las drogas, así como promover la recuperación de las personas incluyendo procesos de integración. Para ello, el liderazgo institucional es una pieza fundamental.

Acorde con la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2020) y su correspondiente Plan de Acción (2021-2015) de la CICAD/OEA, la inclusión social ha de ser uno de los ejes transversales en las acciones e intervenciones que se desplieguen desde las políticas sobre drogas de cada país. Toda acción, programa e intervención en integración social debe proporcionar servicios de apoyo social y comunitario que coadyuven a la inclusión social, desde una perspectiva de desarrollo humano integral y diverso, partiendo de la realidad y participación efectiva de cada persona, y considerando los múltiples determinantes sociales y factores de riesgo que condicionan su vida y la de los grupos y familias que se ven afectadas, y en los cuales se debe incidir.

Confío en que esta guía, y el “Modelo de Intervención Territorial para la Integración Sociolaboral de Personas con Consumo Problemático de Drogas” que le acompaña, sean de utilidad para aquellas personas que operan dentro de los procesos de inclusión sociolaboral para las poblaciones afectadas. Ambos documentos inciden en aspectos del trabajo de quienes toman parte de decisiones político-estratégicas, como quienes son parte desde la gestión y el asesoramiento técnico, profesionales en general, así como de actores de distintos niveles de la sociedad civil.

Este documento ha sido posible gracias al esfuerzo y coordinación de la Unidad de Fortalecimiento Institucional de esta Secretaría. Mi agradecimiento también a los países que han participado en esta fase del Programa SAVIA, a los comentarios y contribuciones de sus profesionales y expertos internacionales, al Gobierno de España por su generoso apoyo financiero a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y el constante apoyo técnico e institucional de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

Embajador Adam E. Namm

Secretario Ejecutivo,

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)

Organización de los Estados Americanos

PRESENTACIÓN

Como titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, expreso mi satisfacción por poder tomar parte en la presentación de esta *“Guía sobre liderazgo institucional en el desarrollo de políticas públicas en integración sociolaboral”*, resultado de los trabajos realizados dentro del marco de Programa SAVIA-Drogas (Salud y Vida en las Américas) que, desde 2008, ha estado desarrollando intensamente la Secretaría Ejecutiva de la CICAD/OEA, con el apoyo económico, técnico e institucional del Gobierno de España, a través de la AECID y de esta Delegación, y que supone un modelo de colaboración en materia de cooperación internacional en la región de América Latina y el Caribe, tal y como prioriza nuestra Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

Como se aprecia en su mismo título, esta Guía marca la madurez del Programa SAVIA. Un proyecto que nació centrado en el fortalecimiento de las políticas públicas de ámbito local, con un abordaje biopsicosocial integral, dando gran importancia a las actuaciones e intervenciones en integración social y laboral, como una de las acciones clave del proceso de recuperación de la persona con consumo problemático de drogas, abordando temas transversales como son las barreras de género y diversidad cultural.

Me gustaría destacar el amplio abordaje de esta Guía, que abarca determinantes sociales, estructurales, biológicos, psicológicos, y que tiene en cuenta tanto las desventajas como las adversidades de la vida, que pueden ser prevenidas y tratadas mediante el desarrollo de políticas inclusivas. Se configura así como una herramienta de trabajo que puede aportar gran ayuda para todos los actores claves implicados en el proceso de inclusión sociolaboral de la persona: decisores políticos, gestores sociales y técnicos, profesionales de ámbito local y, sobre todo, sociedad civil que es la protagonista principal en todas estas actuaciones, que busca conseguir la inclusión definitiva de los usuarios problemáticos de drogas.

Conviene recordar que esta Guía se apoya en una publicación previa. Se trata del *“Modelo para la integración sociolaboral de personas con consumo problemático de drogas en el ámbito local”*, con un objetivo importante. Pretende facilitar a las personas que se encuentran en recuperación por consumo de drogas, el proceso a seguir para ingresar, mantenerse y progresar en trabajos dignos, o desarrollar uno por cuenta propia, que les brinde satisfacción personal, autonomía e ingresos suficientes para vivir de forma digna, en concordancia con los derechos humanos y la igualdad de género.

No hay duda de la importancia de los programas de integración social. La integración social es inclusión y hay que hacerla y verla bajo distintos escenarios como los de los tres sistemas: sanitario, social y judicial. Pero ha de hacerse sin olvidar dimensiones como el género, la educación o la participación, entre otros.

Por último, quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas implicadas en esta publicación. Quiero darles las gracias por su esfuerzo, su trabajo en la identificación y análisis de las necesidades y su abordaje, en un proceso transversal para la promoción de una equiparación de oportunidades e igualdad social para el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas y las familias que se han visto afectadas por las drogas.

Dr. Joan Ramón Villalbí Heréter

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad del Gobierno de España

DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

Trabajar en la integración sociolaboral es muy importante para diversos grupos sociales, pero lo es especialmente para el colectivo de personas con consumos problemáticos de drogas. El consumo de drogas puede considerarse una causa, o bien una consecuencia de la exclusión social¹, pues este consumo puede provocar el deterioro de las condiciones de vida y relaciones sociales, pero, por otra parte, los procesos de marginación o exclusión social pueden ser el factor para consumir drogas. *“La exclusión social es un proceso y no una situación estable inamovible”*. Esto significa, que afecta de forma cambiante a las personas y que no es exclusiva de un grupo social. Por lo tanto, la exclusión social es susceptible a eliminarse a través de políticas y estrategias que promuevan la inclusión social.

Las políticas, programas e intervenciones sociales, o bien aquellas que cuentan con un enfoque de inclusión social, han demostrado tener un impacto positivo en los procesos de integración social y laboral de personas excluidas. La promoción de la inclusión social mejora de manera integral las condiciones de vida de las personas, asegurando que todas ellas tengan las mismas oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente y de manera igualitaria en la vida económica, social y política, así como para disfrutar de unas condiciones de vida dignas.

Uno de los objetivos fundamentales de las políticas sobre drogas es la recuperación de las personas afectadas por las drogas, a través de su integración social y laboral, de modo que puedan volver a sentirse parte de la sociedad, recuperando su autonomía y derechos. La integración social y laboral debe trabajarse desde el primer momento en que la persona decide tratarse o recibir ayuda. Los procesos de tratamiento sobre drogas e integración social se refuerzan mutuamente, por lo que las personas con consumos problemáticos de drogas necesitan un abordaje integral (biopsicosocial) desde el primer momento.

Es importante que toda política tenga una amplia cobertura en el territorio, por lo que sus programas e intervenciones se implementen cerca de la población para facilitar su acceso. A este respecto, el ámbito local se presenta como un escenario idóneo para promover y trabajar en la integración sociolaboral. Si los municipios, alcaldías, cantones o comunas cuentan con estrategias y programas de integración sociolaboral, las personas tendrán mayor probabilidad de lograr integrarse en su comunidad y de encontrar una ocupación profesional, o de continuar con sus estudios.

Esta publicación sobre liderazgo institucional en el desarrollo de políticas sobre drogas con enfoque de inclusión social busca contribuir al esfuerzo de los Estados Miembros de la OEA a llevar a cabo acciones dirigidas a cumplir con los principios centrales y elementos fundamentales de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2020) de la CICAD/OEA. En concreto, esta guía contribuye a la incorporación del enfoque de inclusión social, como un eje transversal, en las políticas sobre drogas, fomentando el cumplimiento de varios objetivos y acciones prioritarias del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas (2021-2025) de la CICAD/OEA, tanto del pilar de fortalecimiento institucional como del pilar de medidas relacionadas con la reducción de la demanda.

¹ EMCDDA (2003). Social exclusion and reintegration selected issue, cap 3. In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Accesible online: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/295/sel2003_2-es_69680.pdf

La Secretaría Ejecutiva de la CICAD/OEA a través del Programa “Salud y Vida en las Américas” (SAVIA), ha apoyado a los Estados Miembros a lo largo de los años al desarrollo de programas e intervenciones en integración sociolaboral a niveles subnacionales y locales.

Objetivo general

Contribuir a la formulación y/o al fortalecimiento de políticas públicas sobre drogas inclusivas y adaptadas las necesidades sociales, que promuevan a través de sus acciones e intervenciones la inclusión social en todos los procesos de recuperación, situando a la persona y a comunidad en el centro de toda acción.

Objetivos específicos

- Explicar la relación existente entre los problemas de las drogas y los procesos de exclusión social a través de los determinantes sociales de la salud, el contexto y los factores de riesgo/protección asociados.
- Conocer el impacto que ejercen las drogas en el desarrollo social y el bienestar de la persona y de las comunidades, y su involucramiento en los procesos de exclusión social.
- Explicar la relevancia que tiene la promoción de la integración social y laboral desde el principio del tratamiento, como parte fundamental del proceso de recuperación de la persona con un consumo problemático de drogas.
- Conocer la importancia de la inclusión del enfoque de género en los programas o intervenciones en integración sociolaboral: brechas de género, características y aspectos que considerar para el itinerario de empleabilidad.
- Explicar en qué consiste una política sobre drogas que integra el enfoque de inclusión social como eje transversal en sus actuaciones e intervenciones.
- Proporcionar un marco de referencia para diseñar e implementar políticas sobre drogas que incluyan el enfoque de inclusión social, en línea con la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD/OEA y a su Plan de Acción.

Dirigida a

- Personas con responsabilidad política en la toma de decisiones.
- Personas con responsabilidad en la gestión de servicios y programas.
- Profesionales y equipos técnicos del ámbito local y de las instituciones nacionales sobre drogas de los países.
- La sociedad civil y demás actores clave que se encuentran en el ámbito local o territorial.

Capítulos/contenidos

Se compone de 5 capítulos temáticos que proporcionan un recorrido sobre conceptos, principios e información necesaria para formular y/o fortalecer las políticas sobre drogas que incorporan el enfoque de inclusión social, así como para fortalecer la respuesta institucional en su coordinación e implementación.

INTRODUCCIÓN: Proporciona un marco introductorio sobre la relación existente entre los problemas de las drogas y los procesos de exclusión social que sufren las personas. Esta relación se explica mediante los determinantes sociales de la salud asociados con las drogas, y los contextos y los desafíos propios de las drogas que propician la exclusión social. También se habla sobre factores de riesgo/protectores, así como de los grupos en situación de vulnerabilidad ante las drogas y la exclusión.

Capítulo 1. DROGAS: DESARROLLO, BIENESTAR Y EXCLUSIÓN SOCIAL: Explica el impacto que ejercen las drogas en el desarrollo social, bienestar de la persona y de las comunidades, y su involucramiento en la situación exclusión. Asimismo, se define el concepto de exclusión social y los principales factores causantes y afectaciones en la persona.

Capítulo 2. RECUPERACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS DESDE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL: Explica la importancia de realizar un abordaje integral del consumo problemático de drogas, incluyendo desde el primer momento actividades enfocadas en integración social y laboral de la persona. También se definen conceptos ampliamente utilizados para referirse a la inclusión social, pero que tienen sus particularidades.

Capítulo 3. PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL: Presenta las actuaciones e intervenciones en integración social y laboral como una de las acciones clave del proceso de recuperación de la persona con consumo problemático de drogas. También explican las singularidades y las barreras del género y la diversidad en integración sociolaboral.

Capítulo 4. LIDERAZGO INSTITUCIONAL Y POLÍTICAS SOBRE DROGAS: Explica la importancia de la institucionalidad y de su función en la formulación e implementación de políticas públicas en respuesta a las necesidades y demandas de la población. También explica los elementos y principios fundamentales para formular políticas sobre drogas inclusivas, en línea con la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y su Plan de Acción de la CICAD/OEA. Por último, la inclusión social desde diferentes escenarios: sistema de salud, sistema social y sistema judicial.

INTRODUCCIÓN

“La mayoría de las personas no usan drogas y entre quienes llegan a consumirlas, sólo una porción desarrollará patrones problemáticos de consumo y dependencia. Sin embargo, el consumo abusivo de drogas constituye un serio problema de salud para muchas personas en las Américas”², y en todo el mundo, provocando importantes tensiones en el sistema sociosanitario, en el sistema de justicia penal y en la economía de los países.

Las drogas impactan y cambian el cerebro. Las investigaciones desarrolladas en las últimas décadas en el campo de las neurociencias han aportado la evidencia necesaria que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas^{3,4}. Sin embargo, lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo de drogas, y las razones por las cuales desarrolla un trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo.

Al hablar del fenómeno de las drogas, es imprescindible aludir a la diversidad. Con ello nos referimos tanto a su propia complejidad y el contraste de realidades que comprende, como a los diferentes enfoques, abordajes y respuestas que se plantean para enfrentarlo. No existe un solo problema relacionado con las drogas en el hemisferio sino múltiples problemas asociados, a su vez, con las particulares características y dinámicas de los países, pero también a la posición que sus gobiernos, instituciones y actores asumen con respecto al mismo. De esos problemas, los más apremiantes para las personas y los países son, entre otros, los intensos niveles de violencia y desigualdad social que se asocian comúnmente al tráfico de drogas y los cambios que, paralelamente, han venido ocurriendo en los patrones de consumo de drogas en las Américas.

Es por ello por lo que las formas en que el problema de las drogas afecta a cada país son igualmente diversas y, por lo tanto, son variadas las maneras de dar respuesta ante él, así como difieren los efectos que esas respuestas puedan tener sobre el problema. En resumen, todas las personas, comunidades y sociedades viven el problema, pero lo hacen de manera distinta, con una manifestación y percepción que cambia según cada realidad y contexto específico, marcado por la orientación de las políticas nacionales en cada caso.

Estamos frente a un problema multidimensional y multi-agente de profunda repercusión social, ante el cual se pone a prueba la capacidad de los gobiernos e instituciones implicadas. Por un lado, aparecen indicios respecto a que el tráfico de drogas es la actividad que tiende a generar el mayor volumen de delito y violencia, tanto en los países de tránsito como en las zonas de consumo. Por otro lado, en cuanto al cambio de patrones de consumo de drogas en las Américas, se puede decir que existe una mayor prevalencia de determinados consumos allí donde la pobreza, la exclusión y la violencia afectan a los grupos más vulnerables de la sociedad. Asimismo, se percibe una demanda creciente de servicios de salud para el tratamiento de las adicciones entre estos mismos grupos. En efecto, el consumo de drogas, así como sus consecuencias sobre la salud de los seres humanos que las consumen, son

² CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

³ Goldstein, R.Z. y Volkow, N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12 (11).

⁴ Volkow, N.D. y Li, T.K. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, 12.

una parte muy importante del problema, pero –como se verá– no su único componente o determinante⁵.

Determinantes de la salud y drogas

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) fue establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2005 para ayudar a los países y socios de salud globales a abordar los factores y circunstancias sociales que conducen a disponer de mala salud y a las inequidades en la salud. El enfoque de los determinantes sociales de la salud suele ser presentado a partir de diferentes esquemas. Uno de ellos propone **cinco niveles de análisis que son fundamentales para definir dónde incidir en los procesos de integración social**:

1. El *contexto y la posición socioeconómica* que influye en el tipo, magnitud y distribución de la salud en las poblaciones; en este nivel incide la gobernanza, las políticas sociales, las políticas macroeconómicas, la cultura y los valores sociales;
2. La *exposición diferencial a los factores de riesgo* que está inversamente relacionada con la posición social; las personas en las posiciones desfavorecidas están más expuestas a condiciones de trabajo y vivienda poco saludables, limitada disponibilidad de alimentos de calidad, exclusión social y barreras para adoptar hábitos o conductas saludables;
3. La *vulnerabilidad diferencial* sobre los riesgos que ocurren; la misma exposición a riesgos puede afectar más intensamente a personas o sectores de la sociedad especialmente vulnerables por edad, género, etnia, posición socioeconómica, estado de salud, etc.;
4. Las *consecuencias para la salud* pueden variar en su gravedad, efectos o cronicidad, de acuerdo con el grado diferencial de accesibilidad a los servicios de atención a la salud; y
5. Las *variaciones en las consecuencias sociales*, en general, la enfermedad puede incidir en disminuir la posición social de la persona enferma y, quienes tienen menos recursos, tienen también menos posibilidades de cuidar su salud y seguir los tratamientos requeridos.

A continuación, se analiza la vinculación entre estos cinco niveles de análisis y el consumo de drogas. Para ello, se sigue fundamentalmente lo planteado por la CICAD/OEA en su informe sobre “El problema de las drogas en las Américas” (figura 1)⁶:

⁵ CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. Accesible online: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52216/retrieve>

⁶ CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

INCIDENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL CONSUMO DE DROGAS

Contexto y posición económica. Los países se enfrentan a problemas diferentes dependiendo, en primer lugar, de su nivel de producción interna de drogas y de la intensidad del tráfico internacional, que se relaciona con la disponibilidad de armas, incidiendo en variaciones en los niveles de violencia y corrupción, así como afectando a la gobernanza y a la distribución en mercados internos. En segundo lugar, al analizar el contexto, también se debe tener en cuenta la capacidad de los sistemas de salud y protección social para dar respuesta oportuna a las necesidades de la población afectada.

Siguiendo con el contexto, en las variaciones de las manifestaciones del problema intervienen además condiciones estructurales y vinculadas a las políticas públicas. Se sabe que todas las políticas tienen consecuencias no deseadas que deben considerarse. Ejemplo de ellas son la violencia para controlar mercados ilegales, o para mantener el orden social; o el aumento en la adicción a narcóticos como consecuencia de una política de ampliación de su disponibilidad para la atención de determinadas enfermedades, creando así mercados que ofrecen la oportunidad de desviación hacia el tráfico y/o el consumo ilícito.

Por todo ello, y dependiendo de cada contexto, se encontrarán variaciones en la disponibilidad de drogas, en la proporción de la población que está expuesta a ellas, en la exposición a la violencia que es un importante predictor de la dependencia, y en la proporción de población que tiene acceso a programas de prevención, tratamiento e integración social.

Exposición diferencial a los riesgos. Los escenarios de consumo pueden ser más o menos peligrosos y en ellos intervienen factores tales como el nivel de desarrollo, el grado de urbanización y servicios, la disponibilidad de drogas y de armas o el índice de delitos y la existencia de grupos que pueden estar involucrados en la distribución de drogas, que pueden ser más o menos violentos. También interviene la acción de la policía y las estrategias utilizadas para combatir el delito o, en su caso, el consumo. Es más frecuente que en estos escenarios se usen drogas con mayor nivel de contaminantes, con consecuencias más graves para la salud, y que la población infantil y adolescente sea testigo o víctima directa de la violencia.

Diferencias en la vulnerabilidad. Los riesgos asociados son más elevados para los adolescentes, las mujeres, las personas que viven en situación de pobreza y marginación, y para quienes padecen una enfermedad mental. El inicio en el consumo de drogas tiende a ser temprano, con pocos casos antes de los 15 años y con una rápida acumulación en la adolescencia y edad adulta temprana. El inicio temprano aumenta el riesgo de dependencia.

Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias derivadas del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y las diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el ámbito social, las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación que los hombres. El inicio temprano, la victimización y el embarazo no deseado agravan la condición de una proporción de ellas.

Los adolescentes que no tienen ocupación ni van a la escuela tienen también mayor riesgo de usar sustancias e involucrarse en actividades relacionadas con la venta de drogas. Usan con más frecuencia drogas mayormente adulteradas y sus vulnerabilidades previas, relacionadas por ejemplo con la mala nutrición, incrementan la probabilidad de consecuencias adversas.

Las personas que padecen enfermedades mentales corren mayor riesgo de desarrollar dependencia a las drogas. Se ha estimado que la preexistencia de trastornos mentales está asociada con la aparición de la mitad de los casos de dependencia a las drogas.

Consecuencias para la salud. Las variaciones en los contextos, la exposición diferencial y la vulnerabilidad, con mayor riesgo para las personas que ocupan los niveles más desfavorecidos, requieren de análisis y estrategias particulares. La población en situación de pobreza tiene cuadros y tasas más altas de problemas agravados por un menor acceso a servicios de salud y atención social. Se observa mayor inequidad en la atención a las personas con adicciones, cuando se les compara con la atención que se brinda a pacientes con otras enfermedades y, entre las personas con adicción, los adictos graves que vienen de comunidades marginadas y los que padecen enfermedades mentales, encuentran comúnmente mayor discriminación y mayores dificultades para acceder a los sistemas de tratamiento.

Consecuencias sociales. Las personas que sufren de una adicción y sus familias son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo, el tener problemas con la ley, y son con más frecuencia víctimas de la violencia y la discriminación en su entorno. Estas consecuencias son más visibles y graves en los niveles de bajo poder adquisitivo.

Figura 1. Marco analítico de determinantes sociales, OMS

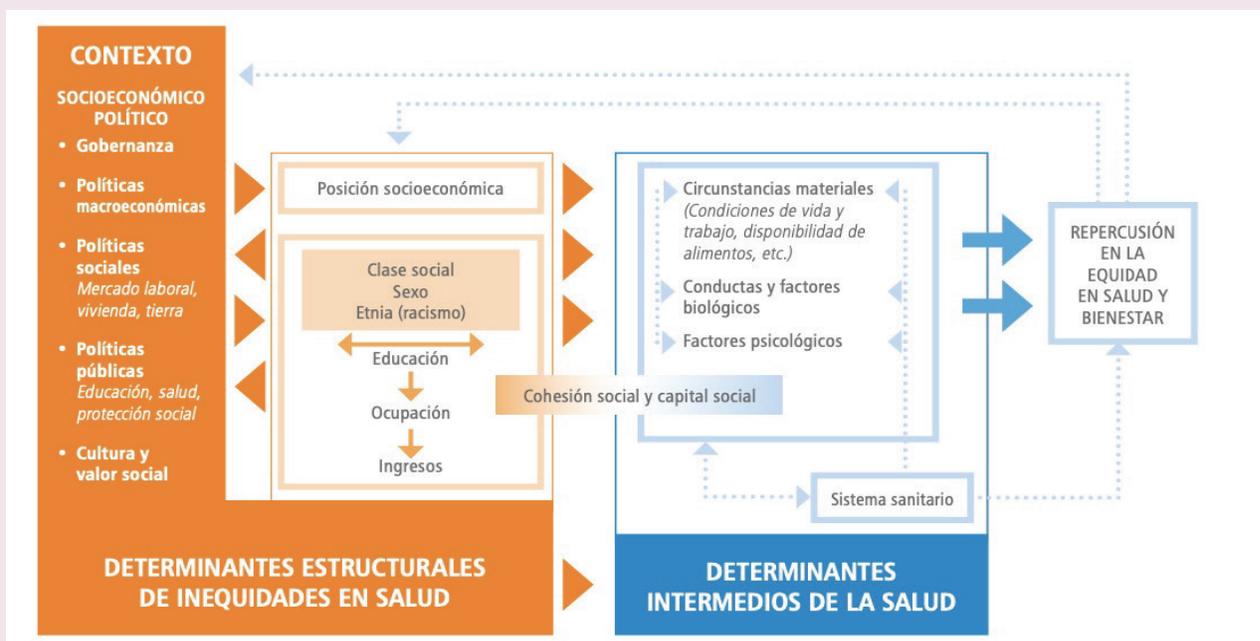


Fuente: CICAD/OEA (2013). El problema de drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Capítulo 2: Drogas y salud pública, 2013. p. 24

Un segundo esquema, desde el que se presenta este modelo, distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios o intermediarios (figura 2)⁷. Así, se plantea que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad, y las causas principales de las inequidades en salud, surgen de las condiciones en las que nacen, viven, trabajan y envejecen las personas, es decir, de lo que la OMS denominó “determinantes sociales de la salud”. Pero no todos los determinantes revisten la misma importancia. Los más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad (los denominados determinantes estructurales), como la distribución de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad, y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas, reflejando jerarquías de poder, de prestigio y de acceso privilegiado a los recursos.

Todos estos mecanismos estructurales que influyen en la posición social de las personas, como los sistemas educativos, las estructuras vinculadas al mercado laboral, los sistemas financieros, la formulación de políticas, la naturaleza de las políticas de redistribución, provisión y protección social, influyen en las posiciones sociales diferenciales de las personas y son la causa principal de las inequidades en salud. Estas diferencias configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada persona a través de su repercusión sobre los determinantes intermedios o intermediarios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud⁸.

Figura 2. Los determinantes sociales de la salud y consumo de drogas



Fuente: OMS (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

⁷ OMS (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. Accesible online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>

⁸ OMS (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Accesible online: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) señala que las adicciones son un complejo problema de salud con factores determinantes psicosociales, ambientales y biológicos. En ese sentido, una adicción no es simplemente un “mal hábito auto-adquirido”, sino el resultado de una serie de determinantes sociales estructurales, biológicos, psicológicos, así como de desventajas y adversidades de la vida, que pueden ser prevenidos y tratados.

En consecuencia, el diseño de las políticas de los países, especialmente las vinculadas a salud, tratamiento e integración social de personas con consumos problemáticos de drogas, deberán considerar la generación de propuestas integrales y articuladas, que aborden estos determinantes sociales y planteen soluciones que favorezcan la inclusión de las personas que se encuentran en procesos de recuperación por consumos problemáticos de drogas.

Factores de riesgo y factores de protección

El análisis de la etiología de los consumos problemáticos de drogas ha sido una de las grandes preocupaciones en el ámbito de la prevención, el tratamiento y de la integración social. Gracias a modelos teóricos integrales, como el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987)⁹, se pudo ir avanzando desde planteamientos unicausales hacia multicausales. En ese contexto surgió el **modelo de factores de riesgo y de protección**, que se encuentra estrechamente vinculado con el modelo de los determinantes sociales de la salud.

El modelo de factores de riesgo y de protección plantea que las personas tienen características diferentes y que viven en entornos diversos que los harán más o menos vulnerables al consumo de drogas y a otros problemas asociados con ellas. Este modelo sostiene que, la mayor o menor vulnerabilidad de una persona, colectivo o comunidad estará determinada por dos tipos de factores:

Factores de riesgo que, sin estar ligados de una manera causal directa al consumo o dependencia a las drogas, anteceden estos fenómenos y aumentan su probabilidad de ocurrencia; **factores de protección o de resiliencia**, que hacen fuertes a las personas para resistir los riesgos¹⁰.

Este cambio de foco hacia la disminución de la vulnerabilidad, y hacia la actuación sobre los factores de riesgo y de protección, abrió nuevas perspectivas en este campo. Por un lado, puso el énfasis en la prevención, ofreciendo además información sobre los factores que debían ser afrontados (de riesgo) y aquellos que tenían que ser reforzados (de protección). Por

⁹ Bronfenbrenner, U (1987). La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano (España: Paidós).

¹⁰ CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

el otro, reflejó que las personas requieren de estrategias de intervención diferentes, que se adecúen a su grado de vulnerabilidad y necesidades.

Los **factores de riesgo** se clasifican en diferentes dominios: *individual* (v.g. trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas); *familiar* (v.g. convivencia con familiares con consumos de alcohol o drogas ilegales o con problemas de salud mental no tratados); *escolar* (v.g. fracaso escolar); *relación de pares* (v.g. amistades usuarias de drogas); *comunitarios* (v.g. alta disponibilidad de sustancias). Los factores interactúan con cada individuo, quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos. La intensidad y relevancia de estos factores varía a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo¹⁰.

Los **factores de protección** también se pueden clasificarse en cada uno de los dominios de la vida del individuo: en la esfera personal (v.g. alta autoestima o personalidad orientada a evitar riesgos); familiar (v.g. convivencia con progenitores capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores); escolar (v.g. apego escolar); relación de pares (v.g. amistades poco tolerantes hacia el consumo); y comunitarios (v.g. pertenencia a redes de apoyo social). En lo fundamental, los factores de protección —más que considerarse lo opuesto a los de riesgo— pueden definirse como aquellos que, en presencia del riesgo, protegen a las personas de consumir drogas. Por ejemplo, si un niño o niña vive en una familia caótica, será menos probable que use drogas si tiene apego a su escuela y sus amistades manifiestan una baja tolerancia hacia el consumo¹⁰.

Los factores que contribuyen a la resiliencia pueden incluir: relación estrecha con los progenitores u otros adultos, quienes aseguran un ambiente proveedor de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; sentimientos de éxito, de control y de respeto por sí mismo, por parte de los niños y niñas; fuertes recursos internos (v.g. buena salud física y psicológica), y externos (v.g. adecuada red social de apoyo que incluye a la familia, la escuela y la comunidad); habilidades sociales que incluyen habilidades para comunicarse y negociar, habilidad para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; habilidades para resolver problemas; percepción y actitud respecto a que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo; y haber sobrevivido a situaciones de riesgo anteriores¹¹.

Por su parte, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), reconoce como factores de riesgo el abuso en la primera infancia, la falta de relaciones y apoyos familiares sólidos, la parentalidad deficiente, la falta de apoyo emocional y compromiso personal del profesorado, la disfuncionalidad en el hogar, así como la exclusión y aislamiento social, que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental y farmacodependencia en muchas comunidades. En otras comunidades, estos problemas se ven agravados por la pobreza extrema, falta de vivienda, desplazamiento, explotación, violencia, hambre y malas condiciones laborales y sobrecarga de trabajo¹².

Grupos en situación de vulnerabilidad frente a las drogas

El modelo de determinantes sociales de la salud vino a reforzar la atención sobre los factores estructurales e intermediarios que condicionan los factores de riesgo y de protección individuales o microsociales. En ese sentido, identificar vulnerabilidad a nivel poblacional o

¹¹ Brounstein, P.J., Altschelr, D.M., Hatry, H.P. y Blair, L.H. (1989). Substance use and delinquency among inner city adolescent males. Washington, D.C: Urban Institute Press.

¹² UNODC (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Viena (Austria): Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

territorial, es un aspecto importante para orientar las políticas públicas y los programas, con el fin de dirigirlos o concentrarlos en los grupos o lugares donde hay mayor probabilidad de desarrollar un consumo problemático de drogas^{13,14}.

Dichos sectores vulnerables, son poblaciones particulares dentro de la población general que manifiestan o están afectados por factores como pobreza, baja nutrición, bajo nivel (o logro) educacional, entre otros problemas sociales. También hay colectivos conocidos como particularmente vulnerables en relación al grupo social; por ejemplo, jóvenes, ciertos grupos étnicos, trabajadoras y trabajadores sexuales, mujeres y otros. En este sentido, son poblaciones o territorios con una vulnerabilidad diferencial provocada por el efecto combinado de los determinantes estructurales e intermediarios, que incrementa sus posibilidades de consumir drogas de manera problemática y de vivir situaciones de exclusión¹⁵.

Un ejemplo emblemático de la importancia del concepto de vulnerabilidad podemos encontrarlo en el desarrollo de programas preventivos orientados hacia jóvenes. Los y las jóvenes en general son más vulnerables por varias razones, por ejemplo, se encuentran en un proceso de desarrollo cerebral que puede afectar su decisión de consumir y aumentar la probabilidad de generar dependencia en el largo plazo. Más allá de eso, entre la juventud pueden existir grupos aún más vulnerables: jóvenes con problemas sociales o académicos, jóvenes que viven en situación de pobreza o que se involucran en actos delictivos, entre otros. En este sentido, el concepto de vulnerabilidad es fundamental para la prevención. Los países de las Américas que reportan tener programas de prevención, el 53% de ellos señalan tener programas preventivos orientados a grupos vulnerables, refiriéndose principalmente al sector juvenil¹⁶.

Por otra parte, la relación entre la vulnerabilidad social y el consumo de drogas no es siempre directa, lineal o determinista. La mayoría de las personas de grupos vulnerables, aunque tienen mayor riesgo de desarrollar consumos problemáticos de drogas, no necesariamente presentan este problema. Un fenómeno similar se puede observar en la relación entre los delitos y el consumo de drogas; si bien puede afirmarse que el consumo de drogas tiende a ser alto entre las personas que han cometido delitos respecto de la población general, no puede afirmarse igualmente que la comisión de delitos sea más alta entre quienes consumen drogas respecto de quienes no lo hacen¹⁷. No obstante, la intervención sobre la vulnerabilidad y la exclusión social tiene sentido en sí mismo, puesto que provoca múltiples problemáticas sociales, entre las que el consumo de drogas o los delitos pueden ser una de las manifestaciones.

¹³ EMCDDA (2008). Selected Issues: Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Accesible online: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/EMCDDA_SIO8_vulnerable-young_121281.pdf

¹⁴ Juárez-Ramírez, C et al. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam. Salud Publica*, 35(4). Accesible online: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n4/284-290/es/>

¹⁵ Juárez-Ramírez, C et al. (2014) La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam. Salud Publica*, 35(4). Accesible online: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n4/284-290/es/>

¹⁶ CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

¹⁷ CICAD y ONUDD (2010). Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación entre Delito y Droga, 4º Informe Conjunto. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. CICAD y ONUDD.

Capítulo 1.

DROGAS: DESARROLLO, BIENESTAR Y EXCLUSIÓN SOCIAL

1.1 Impacto de las drogas en el desarrollo social

El desarrollo social se refiere al progreso del capital humano y económico de una sociedad. Este progreso consiste en una evolución o cambio positivo en las personas, grupos e instituciones que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos, principalmente en la salud, educación, seguridad social, empleo, vivienda y nutrición. Por ello, el desarrollo social se centra en las personas, situándolas como principales beneficiarias en todos sus procesos y acciones. El foco debe situarse en promover la inclusión social, empoderar a las personas para conseguir sus logros y derechos, crear sociedades cohesivas y resilientes, y en mejorar la accesibilidad y la rendición de cuentas de las instituciones a la ciudadanía.

Según la Organización de los Estados Americanos (OEA), el problema de las drogas afecta a todas las dimensiones del desarrollo social: productivo, político, social y ambiental. Esta afectación se hace visible al evaluar el impacto que causa en las personas y en los distintos eslabones del fenómeno de las drogas: su producción, venta, y consumo. Además de su impacto en las personas, el problema de las drogas representa altos costos socioeconómicos, que afectan a la economía de los Estados, a los procesos políticos e institucionales, al medio ambiente, e incluso al tejido social tan fundamental para el funcionamiento de las democracias¹⁸.

Distintas investigaciones han encontrado una estrecha relación entre el consumo de drogas y el nivel de desarrollo de los países¹⁹, cuyos resultados pueden servir de referencia. Aquellos países con mayor desarrollo presentan tasas de consumo de drogas más altas.

Por su parte, la aplicación de escalas de nivel socioeconómico en las encuestas nacionales sobre drogas²⁰, ha determinado un consumo sin grandes variaciones entre los estratos socioeconómicos más altos y los más bajos. Pero esto es sólo aplicable cuando se comparan las tasas de consumo ocasional o experimental de drogas. Al comparar las tasas de abuso y dependencia de drogas entre la población, la situación es distinta, encontrando las tasas más altas de abuso y dependencia a las drogas entre aquellas personas de nivel socioeconómico más bajo. Por ejemplo, según resultados de encuestas sobre drogas en varios países de Sudamérica, mientras que el uso de cocaína presenta mayores tasas de consumo entre las personas de un nivel socioeconómico medio alto y alto, el abuso y la dependencia de cocaína suelen registrarse entre aquellas personas pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos, lo cual obliga a ciertas consideraciones estratégicas en el diseño de las políticas y programas, de acuerdo a las características socioeconómicas de los grupos poblacionales sobre los que se incide²¹.

Muchos países de la región de las Américas continúan inmersos en profundos procesos de desarrollo social. A pesar de la implementación de acciones e intervenciones por parte de

¹⁸ CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online:

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

¹⁹ Natania, F., Hynes, M. y De Marco, M. (2014). Relationship between human development and drug use. Human development index and drug use; Salud Mental; 37:35-39.

²⁰ OEA (2011). Desigualdad e inclusión social en las Américas. Organización de los Estados Americanos. Accesible online: <https://www.oas.org/docs/desigualdad/libro-desigualdad.pdf>

²¹ OEA (2011). Desigualdad e inclusión social en las Américas. Organización de los Estados Americanos. Accesible online: <https://www.oas.org/docs/desigualdad/libro-desigualdad.pdf>

los gobiernos en los últimos tiempos, las drogas todavía generan altos costos para las personas y sus sociedades. Estos costos se concretan en pérdida de productividad, inseguridad, criminalidad, problemas de salud, grandes brechas de desigualdad y segmentación social. El gran desafío es plantearse alternativas o nuevos enfoques de política de Estado para enfrentarse a este problema, a fin de minimizar efectos negativos sobre las personas y sobre el desarrollo de los países²².

En este sentido, la experiencia internacional y la historia de las Américas muestran que el desarrollo social debe lograrse con el resultado de cuatro factores²³:

- **Disponer de una política social a largo plazo** destinada a incrementar la equidad social y a garantizar la inclusión social. Por una parte, esta política deberá contemplar el diseño de estrategias de intervención, mecanismos para su implementación y evaluación de resultados, y por otra, deberá articularse con las actuaciones de los ministerios y otros servicios vinculados a esta política, de manera que se potencien sus objetivos y resultados esperados.
- **Conseguir y mantener un crecimiento económico estable**, que genere un volumen adecuado de empleos de calidad y un ambiente favorable para el progreso de las empresas, negocios y otras actividades económicas.
- **Reducir el dualismo interno de los sectores productivos** –refiriéndose a la brecha entre la oferta de los sectores que son quienes tienen el capital y los grupos de subsistencia–, que reduzca las brechas productivas entre distintas actividades económicas y entre distintos agentes productivos.
- **Asegurar el desarrollo (ambiental) sostenible**, entendido como el desarrollo con perspectivas de futuro, que garantiza la satisfacción de las necesidades de las generaciones actuales y futuras sin comprometer los recursos naturales y humanos²⁴.

Dada la estrecha e importante relación que existe entre la dimensión social y la dimensión productiva del desarrollo social, es indispensable diseñar marcos integrados de políticas sociales y económicas, que consideren de manera conjunta y coordinada el desarrollo de lineamientos y mecanismos coherentes a favor de las personas más desfavorecidas. Esto implica reconocer que la falta de marcos integrados de políticas públicas puede generar condiciones estructurales que actúen como barreras de acceso a los servicios sociales, servicios de salud, centros educativos, lugares de empleo, entre otros, que pueden impactar directamente en el bienestar de las personas.

1.2 Impacto de las drogas en el bienestar de la persona y de su comunidad

El bienestar se define como el estado de la persona en el cual dispone de buena salud, prosperidad, alta satisfacción con la vida, sentido de propósito o significado y capacidad para manejar el estrés. Las personas auto perciben estas características, y en función de esta percepción, interpretan y definen su propio bienestar y calidad de vida. En general, se afirma que se dispone de un buen bienestar cuando todas o la mayoría de estas características se dan en altos niveles²⁵.

²² CICAD/OEA (2013). El problema de drogas en las Américas: estudios. Drogas y salud pública. p.25. Washington, D.C. http://fileserv.idpc.net/library/Informe-OEA_El-problema-de-las-drogas-en-las-Américas.pdf

²³ BID (2004). Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. p.40. Washington, D.C. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Inclusión-social-y-desarrollo-económico-en-América-Latina.pdf>

²⁴ Fernández, L. y Gutiérrez, M. (2013). Bienestar Social, Económico y Ambiental para las Presentes y Futuras Generaciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Accesible online: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v24n2/art13.pdf>

²⁵ Actis Di Pasquale, E. (2015). Hacia una definición conceptual de bienestar social. El debate desde la economía del bien-

El bienestar social se centra en las interacciones personales entre seres sociales que se relacionan y dependen los unos de los otros. Las personas tienen la necesidad de estar conectados y de pertenecer a un grupo social o comunidad, de disponer de buenas relaciones interpersonales, de tener estabilidad social y de vivir con armonía. Todo ello conlleva al bienestar social. Otra manera de definir el bienestar social, es entenderlo como una especie de orden social, en el cual todas las personas y comunidades alcanzan logros –específicos para su edad– que favorecen tanto el desarrollo individual como colectivo. El desarrollo individual, porque esos logros les otorgan la capacidad de vivir una vida digna, saludable y prolongada. El desarrollo social, porque en una comunidad los actos individuales y grupales poseen una vinculación indiscutible con lo social.

Los logros del bienestar social se enumeran a continuación:

- Gozar de buena salud;
- Gozar de seguridad individual y colectiva;
- Alcanzar un nivel educativo apropiado;
- Poseer un trabajo decente o digno;
- Habitar en un hogar digno, donde se distribuyen igualitariamente los tiempos de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado de los miembros de la familia;
- Disfrutar momentos de descanso y ocio en el tiempo libre; y
- Ejercer la participación ciudadana en las decisiones y acciones que les conciernan.

Una vez analizado el concepto de bienestar, a continuación, se aborda cómo el consumo de drogas afecta al bienestar de la persona. Los consumos problemáticos de drogas y las actividades ilegales de producción y venta de drogas ilegales tienen consecuencias significativas y medibles sobre la persona, su familia y su comunidad. Las drogas no solo deterioran y dañan la salud mental y física, sino las relaciones sociales, la productividad de la persona y su empleabilidad. También aumenta la exposición a la violencia y a la delincuencia, y al abuso y abandono de la familia. Todos estos problemas que conllevan las drogas impactan significativamente al bienestar y a la calidad de vida.

Si vinculamos las consecuencias causadas por las drogas, a los logros de bienestar social, podemos visualizar el profundo impacto sobre las personas en términos de vulnerabilidad, inequidad, falta de justicia y de libertad. Enfrentamos, en consecuencia, un problema multi-dimensional y multi-agente de profunda repercusión social, ante el cual se pone a prueba la capacidad de los gobiernos e instituciones implicadas. En pleno siglo XXI, los gobiernos que se definen como democráticos, deben desarrollar una respuesta coordinada y coherente, en la que primen los derechos humanos y la inclusión social, así como la facilitación del acceso a las oportunidades y la preservación de la integridad de todas las personas excluidas y/o en situación de vulnerabilidad, como lo es el colectivo de personas afectadas por las drogas.

1.3 Drogas y exclusión social

El concepto de exclusión social explica los profundos cambios que afectan al desarrollo social y al bienestar de las personas, pues intenta superar una visión excesivamente reduccionista centrada en la carencia o insuficiencia de ingresos, para abrir el problema de la integración

social entendida como acceso a los bienes, servicios, recursos y derechos básicos²⁶. En cierto sentido,

“adoptar este prisma en el análisis supone relacionar estrechamente el objetivo de la inclusión social con el acceso a una ciudadanía universal, expresión del reconocimiento de las personas a tener garantizadas una serie de necesidades, articuladas a través de un sistema de derechos que responden a un debate muy profundo sobre la definición de lo que debe ser considerado como necesidad y derecho”²⁷.

Existen muchas maneras de **definir la exclusión social y enfoques sobre cómo abordar los problemas o factores sociales causantes**. Para la mayoría de las definiciones, la exclusión social se fundamenta en las desigualdades entre los grupos sociales y en una débil respuesta del Estado en términos de iniciativas y programas de desarrollo social. La exclusión social no es meramente material, sino histórica, política y geográfica²⁸.

Entre las diversas definiciones existentes, la **exclusión social se puede describir como un proceso acumulativo y pluridimensional** que aleja a personas, grupos, comunidades y territorios, con rupturas sucesivas, de los centros de poder, de los recursos y de los valores dominantes²⁹.

También se define como un proceso dinámico que afecta de forma cambiante a personas y colectivos. De manera explicativa, “la exclusión social se mueve en un eje de inclusión –exclusión en el que un extremo lo ocupa la integración social plena y el otro la exclusión social absoluta, pero las fronteras que delimitan las distintas situaciones no están claras. En esa concepción procesual cobra especial relevancia ese espacio intermedio, frontera entre situaciones de integración o exclusión, que podemos conceptualizar como **vulnerabilidad**... la vulnerabilidad es entendida como un proceso de malestar producido por la combinación de múltiples dimensiones de desventaja, en el que toda esperanza de movilidad social ascendente, de superación de su condición social de exclusión o próxima a ella, es contemplada como extremadamente difícil de alcanzar”³⁰ (Figura 3).

Figura 3. Eje Dinámico entre la inclusión y exclusión social



²⁶ Camacho, J. (2014). Exclusión social. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad, 7. Accesible online: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2242/1178>

²⁷ Alguacil, J. (2008). El desarrollo social hoy: caminando hacia el desarrollo humano sostenible. En: VI Informe FOESSA. Madrid: Fundación FOESSA.

²⁸ Actis Di Pasquale, E. (2015). Hacia una definición conceptual de bienestar social. El debate desde la economía del bienestar hasta el enfoque de las capacidades. VI Encuentro Regional de Estudios del Trabajo. Argentina. Accesible online: <http://nulan.mdp.edu.ar/2342/>

²⁹ Estivill, J. (2003). Panorama de la lucha contra la exclusión social: conceptos y estrategias. Ginebra (Suiza): Organización Internacional del Trabajo. Accesible online: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/panorama-de-la-lucha-contr-la-exclusion-social.pdf>

³⁰ Camacho, J. (2014). Exclusión social. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad, 7. Accesible online: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2242/1178>

Se reconoce entonces que la exclusión no solo se refiere a las personas y sus recursos o falta de recursos personales, sino también a la falta de respuesta o de recursos para entregar esas respuestas –que no son solo monetarias– de las instituciones públicas, privadas y de las comunidades.

Otras definiciones explican la exclusión social como un concepto:

- **Multicausal:** se excluye en base a aspectos económicos y sociales, étnicos, culturales (género), personales (discapacidades físicas, mentales, etc.), entre otras.
- **Multidimensional:** destacándose como indicadores de exclusión social: la carencia de recursos económicos o pobreza, la dificultad de integración laboral, la carencia de una educación básica, la precariedad en la vivienda, los problemas de salud física o mental, la imposibilidad de acceso a recursos sociales, jurídicos, tecnológicos o de cualquier otro ámbito.
- **Estratégico:** porque debe ser abordado desde las instituciones públicas y el tejido asociativo.
- **Procesual:** es un proceso que responde a una trayectoria histórica de rupturas del entramado social.
- **Con una perspectiva individual:** se hace visible en la falta de recursos económicos, sociales y/o personales que impiden a muchas personas desenvolverse de forma independiente.
- **Con una perspectiva colectiva:** genera grupos o núcleos de población marginada, con escasa capacidad de organizarse, porque se les ha dejado “fuera”.

Pobreza y exclusión social son conceptos diferentes. Pobreza es la dificultad o imposibilidad de acceso a los bienes y servicios propios del nivel medio de bienestar de una determinada sociedad (antónimo: riqueza). Exclusión social es la imposibilidad o incapacidad para ejercer los derechos sociales: al trabajo, a la educación, a la cultura, a la salud, a una vivienda digna, a un régimen de prestación social, etc. (antónimo: inclusión)³¹.

La exclusión que viven las personas dependientes de drogas puede ser una causa o un efecto del consumo problemático, y a lo largo de sus vidas, pueden ir acumulando factores generadores de exclusión social, tales como³¹:

- Un menor nivel socio-económico, con carencias de ingresos propios.
- Vivienda precaria o sin acceso a ella.
- Problemática asociada al deterioro de su salud (física y/o mental).

³¹ UNAD (2005). Documento marco Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente: incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Madrid (España): UNAD.

- Carencias formativas e informativas.
- Especiales dificultades de acceso al mercado laboral y/o mantenimiento del empleo.
- Ausencia de apoyo familiar.
- Ruptura del vínculo con otras redes sociales.
- La propia ilegalidad de las sustancias.
- Problemas jurídico-penales.

Junto a todos estos factores de exclusión, las personas con consumos problemáticos de drogas son estigmatizadas y discriminadas por la sociedad, lo que les dificulta aún más la posibilidad de encontrar o pedir ayuda, sumado al deterioro de los vínculos con redes sociales y comunitarias, y por la débil respuesta institucional. Se acentúa todavía más en el caso de las personas pertenecientes a poblaciones o grupos vulnerables y a entornos de pobreza y marginalización³².

Cuando se habla del empoderamiento de los grupos socialmente excluidos, como las personas con consumos problemáticos de drogas, se identifica que las acciones que las instituciones deben realizar para abordarlas implican:

- Esfuerzos para incrementar la voz y la influencia política de los grupos excluidos en las agendas nacionales.
- Cambiar los estereotipos y promover la solidaridad, la cohesión social y una cultura que acepte la diversidad.
- Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil que representan a las personas excluidas, mediante la expansión de sus capacidades de liderazgo y membresía, sus vinculaciones con organizaciones nacionales e internacionales, y su solvencia y sostenibilidad financieras. Asimismo, que los gobiernos y organismos internacionales implementen mecanismos de diálogo permanentes o *ad hoc* para el diseño de políticas con representantes de los grupos excluidos, designando representantes de estos grupos en puestos clave del gobierno y fortaleciendo la capacidad de diálogo de los grupos³³.

La exclusión puede producirse en diversos niveles: nacional, regional, institucional, de grupo social, o individual. Asimismo, y como ya hemos mencionado, sus causas son multidimensionales, por lo que es importante comprender los procesos que la causan en cada contexto o situación específica. En coherencia con esa etiología multidimensional, las políticas que pretendan incidir sobre la exclusión social precisan articular abordajes integrales.

En ese sentido, para el diseño de cualquier política en el ámbito de la exclusión, se debería partir de un primer diagnóstico que permita a las y los profesionales identificar los ámbitos que es necesario abordar de manera prioritaria, identificando con claridad los principales factores a trabajar en cada territorio y con cada persona. Los contenidos de la tabla 1 pueden servir como referencia para la **construcción de ese diagnóstico**, por ámbitos y factores

³² CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

³³ BID (2004). Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. Washington, Estados Unidos, de América. Banco Interamericano de Desarrollo.

(vinculados a los ejes de desigualdad). El diagnóstico puede orientar a las y los profesionales en sus planificaciones, intervenciones y evaluaciones, a la vez que en sus relaciones entre las redes y sectores que deberán ser movilizadas para apoyar la inclusión social.

Tabla 1. La Exclusión social desde una perspectiva integral

LA EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL				
Ámbitos	Principales factores de exclusión	Ejes de desigualdad		
Económico	Pobreza económica, dificultades financieras, dependencia de prestaciones sociales, y sin protección social.	Genero	Edad	Etnia/procedencia, lugar de nacimiento
Laboral	Desempleo, subocupación, no calificación laboral o descalificación imposibilidad y precariedad laboral.			
Formativo	No escolarización o sin acceso a la educación obligatoria integrada. Analfabetismo o bajo nivel formativo, Fracaso escolar. Abandono prematuro del sistema educativo. Barrera lingüística.			
Socio sanitario	No acceso al sistema y a los recursos socio sanitarios básicos. Adicciones y enfermedades relacionadas. Enfermedades infecciosas. Enfermedades psiquiátricas, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia.			
Residencial	Sin vivienda propia. Infravivienda Acceso precario a la vivienda Viviendas en malas condiciones Malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...) Espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias Básicas.			
Relacional	Deterioro de las redes familiares (conflictos o violencia intrafamiliar). Escasez o debilidad de redes familiares (mono parentalidad, soledad, etc.). Escasez o debilidad de redes sociales. Rechazo o estigmatización social.			
Ciudadanía y participación	No acceso a la ciudadanía, acceso restringido a la ciudadanía, ocio y tiempo libre. Privación de derechos por proceso penal. No participación política y social.			

Fuente: Subirats et al., 2004

Capítulo 2. RECUPERACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS DESDE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL

2.1 Tratamiento/abordaje integral del problema de las drogas

Las personas que se han visto afectadas por los consumos problemáticos de drogas durante largos periodos de tiempo, presentan una alta probabilidad de sufrir exclusión social. Normalmente, la exclusión es causada por los problemas y circunstancias adversas relacionadas con el consumo de drogas, y por actividades ilegales que con frecuencia conllevan conflictividad y violencia asociadas a dichas prácticas. En algunos casos, todas esas consecuencias vienen a agravar factores de exclusión preexistentes al consumo de drogas. Con un tratamiento biopsicosocial adecuado, estas personas pueden superar la dependencia de las drogas y dejar a un lado las actividades ilegales vinculadas. El abordaje del problema de las drogas debe ser integral, de manera que se proporcione una atención holística, la cual atienda todas las necesidades de la persona desde el momento en que inicia su proceso de recuperación.

Las personas que se han visto afectadas por los consumos problemáticos de drogas durante largos periodos de tiempo, presentan una alta probabilidad de sufrir exclusión social. Normalmente, la exclusión es causada por los problemas y circunstancias adversas relacionadas con el consumo de drogas, y por actividades ilegales que con frecuencia conllevan conflictividad y violencia asociadas a dichas prácticas. En algunos casos, todas esas consecuencias vienen a agravar factores de exclusión preexistentes al consumo de drogas. Con un tratamiento biopsicosocial adecuado, estas personas pueden superar la dependencia de las drogas y dejar a un lado las actividades ilegales vinculadas. El abordaje del problema de las drogas debe ser integral, de manera que se proporcione una atención holística, la cual atienda todas las necesidades de la persona desde el momento en que inicia su proceso de recuperación.

La recuperación de la persona afectada por las drogas supone el desarrollo de un proceso intenso y complejo. Es muy importante que la persona reciba diferentes apoyos: profesionales de la salud y de servicios sociales, así como de su familia y comunidad. El logro de la recuperación tiene mucho que ver con la integración en su entorno y la reorientación de su estilo de vida.

Para hablar sobre el **vínculo existente entre la recuperación y la integración social**, hay que comprender que la recuperación se consigue con una atención integral (biopsicosocial), que incluya la realización de una serie de estrategias y acciones, las cuales tendrán un impacto positivo en la salud y el bienestar. Estas acciones se centran en: i) prevenir la recaída al consumo y en prevenir daños asociados a las drogas, ii) tratar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales, e iii) integrar a la persona en su comunidad.

Las acciones de integración social, vinculadas con el proceso de recuperación, están apoyadas por los marcos internacionales. Entre ellas, se destacan las siguientes³⁴:

- El reconocimiento respecto a que la adicción a las drogas es un trastorno de la salud complejo, en el que intervienen múltiples factores; que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente con causas y consecuencias sociales; que se puede prevenir y tratar, por ejemplo, mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación

³⁴ UNODC (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Viena (Austria): Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

eficaces, basados en datos científicos, incluidos programas de base comunitaria; que se debe fortalecer, en el post-tratamiento, la capacidad de las personas para su reincorporación efectiva al mercado laboral, y mediante otros servicios de apoyo.

- Promover y fortalecer la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas relacionadas con el tratamiento, mejorando la asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad institucional; garantizar el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, incluidas intervenciones de tratamiento psicosocial, conductual y asistido por medicación, según proceda y de conformidad con la legislación nacional; garantizar el acceso a programas de rehabilitación, integración social y apoyo a la recuperación, incluido el acceso a esos servicios en los centros privados de libertad y tras la excarcelación, prestando especial atención a las necesidades específicas de las mujeres, la infancia y la juventud.
- Intensificar, según corresponda, el apoyo y la capacitación que se ofrecen a las organizaciones y entidades de la sociedad civil que intervienen en los servicios de tratamiento sanitario y social relacionado con las drogas y su participación productiva en ellos, de conformidad con la legislación nacional y en el marco de políticas nacionales sobre drogas integradas y coordinadas; y alentar los esfuerzos de la sociedad civil y el sector privado encaminados a establecer redes de apoyo a la prevención y el tratamiento, la atención, la recuperación, la rehabilitación y la integración social de manera equilibrada e inclusiva.

La CICAD/OEA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cooperación, comenzaron a promover la regularización del tratamiento para la dependencia de sustancias en los países, mediante la adopción de estándares mínimos de atención. Esta iniciativa contribuyó significativamente a incluir el tema de tratamiento en la agenda pública, recalcando la responsabilidad de los gobiernos en la regulación de estos servicios de tratamiento brindados por proveedores públicos y privados³⁵. Las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el uso de Drogas (2017)* se prepararon para apoyar a los países en el desarrollo y expansión de los servicios de tratamiento integral que ofrezcan tratamiento ético y efectivo, basado en la evidencia. La meta de dicho tratamiento es revertir el impacto negativo que tiene la adicción a las drogas en la persona y ayudarla a lograr una recuperación lo más completa posible, a la vez que lograr su participación en la sociedad como miembro de su comunidad³⁶. Esto quiere decir que los procesos de recuperación, como parte del continuo de tratamiento a largo plazo, deben facilitar que las personas participen de la vida social, económica, cultural y política en la sociedad a la que pertenecen, como un ciudadano o ciudadana más, ejerciendo sus deberes y derechos de forma autónoma.

Hay varias maneras de definir la recuperación por dependencia a drogas. Naciones Unidas planteó en el año 2003 que se produce cuando la persona ha llegado a un estado de abstinencia de la principal droga causante del problema (o de todas las drogas consumidas), gracias al abordaje integral del problema. Para éste se ha debido contar con servicios de rehabilitación, formación profesional, programas de post-tratamiento en la comunidad y otra clase de apoyo social³⁷.

³⁵ CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online:

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublikealth_esp.pdf

³⁶ UNODC (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Viena (Austria): Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

³⁷ UNODC (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Viena (Austria). Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Se considera que la recuperación es

“[...] un proceso y una experiencia continuos, a través de los cuales las personas, las familias y las comunidades utilizan recursos internos y externos para abordar las problemáticas por dependencia de sustancias, manejar activamente su vulnerabilidad frente a recaídas y desarrollar una vida productiva y saludable”³⁸.

Las personas pueden requerir diversos servicios e intervenciones en diferentes puntos de su proceso de recuperación, y es importante garantizar la continuidad del tratamiento, los servicios de atención y la gestión de la recuperación. Es posible implementar servicios e intervenciones de gran alcance orientados a la recuperación en diferentes dominios, en diversos entornos y en diferentes etapas del tratamiento por consumo de drogas.

La recuperación también se puede definir como un proceso de cambio, a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven vidas auto-dirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. En este sentido, se proponen cuatro dimensiones principales que apoyan la recuperación³⁹:

- **Salud:** superar o controlar la(s) enfermedad(es) o los síntomas y tomar decisiones informadas y saludables que apoyen el bienestar físico y emocional.

En el caso de las personas con dependencia y abuso de drogas, se tratará de mantener la abstinencia o cambios en los patrones de consumo, dependiendo de los lineamientos de intervención que se privilegien en cada país.

- **Hogar:** tener un lugar estable y seguro para vivir.

Para las personas en recuperación por consumos problemáticos de drogas, contar con un espacio físico que brinde condiciones de habitabilidad mínimas, a la vez que vínculos afectivos y seguridad, es muy relevante.

- **Propósito:** realizar actividades diarias significativas y tener independencia, ingresos y recursos para participar en la sociedad y formar parte de ella.

El proceso de recuperación debe promover la autonomía y oportunidad de ejercer derechos y ejercicio de ciudadanía por parte de las personas, y particularmente incorporarse al mundo laboral.

- **Comunidad:** tener relaciones y redes sociales que brinden apoyo, amistad, amor y esperanza.

De manera complementaria, la comunidad debiera brindar las oportunidades y generar los espacios para que las personas en procesos de recuperación puedan ejercer efectivamente sus derechos, como un miembro más.

¿Pero, qué se entiende por recuperación?

Es un proceso muy personal e integral. En ese sentido, no se centra únicamente en la abstinencia o en la modificación de las pautas de consumo, sino también en otras dimensiones como el género, la educación, la participación, la vivienda, el empleo, etc.

La recuperación no está exenta de contratiempos, que forman también parte del proceso.

La recuperación precisa relaciones y servicios flexibles, próximos y disponibles.

³⁸ UNODC (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Viena (Austria): Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

³⁹ SAMHSA (2020). Recovery and recovery support. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Accesible online: <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>

Entonces, **el manejo de la recuperación debe combinar una variedad de actividades que promuevan y refuercen los recursos internos y externos**, ayudando así a las personas a manejar de manera voluntaria y activa los problemas relacionados con las drogas y su recurrencia. Algunas de estas actividades pueden ya estar presentes en el ámbito familiar, el vecindario y la comunidad, en tanto que puede ser necesario desarrollar otras. Los siguientes factores y actividades incrementan la integración social y mejoran las oportunidades para la remisión estable y recuperación de las problemáticas por el uso de sustancias⁴⁰:

- Refuerzo de la resiliencia, auto-eficacia y auto-confianza para manejar los retos diarios y la tensión en tanto que mantiene el compromiso para la recuperación y evitar la recaída en el uso de sustancias.
- Una red social de apoyo (por ejemplo, pareja, miembros de la familia y amistades) que puede monitorear la estabilidad de la recuperación, abstinencia de las drogas y cumplimiento con el tratamiento.
- Alojamiento estable.
- Empleo significativo con el reconocimiento en el lugar de trabajo, que reemplaza los estigmas y la discriminación.
- Interacción con personas y redes sociales de amistades y compañeros y compañeras de trabajo que tienen normas orientadas hacia la abstinencia y apoyan los objetivos de recuperación.
- Participación política, humanitaria o espiritual que proporciona una manera de darle significado a los estresores de la vida y desarrollar un propósito más fuerte en la vida.
- Participación e integración social en actividades educativas y profesionales, que incluyen voluntariado o participación en la comunidad.
- Solución de los problemas legales y financieros.
- Participación activa en grupos de auto-ayuda, religiosos, espirituales u otros de apoyo.

Se considera entonces, que el proceso de recuperación es muy personal y se produce a través de muchas vías. La recuperación se caracteriza por el crecimiento y la mejora continua de la salud y el bienestar de una persona, que puede implicar contratiempos. Dado que los contratiempos son una parte natural de la vida, la resiliencia se convierte en un componente clave de la recuperación.

El proceso de recuperación se apoya a través de relaciones y redes sociales, y requiere de servicios y apoyos de recuperación flexibles y disponibles en las comunidades de pertenencia de las personas. Estas relaciones y redes permiten abordar, no solo el aspecto relacionado con la salud general y en particular el mantenimiento de la abstinencia o del cambio en el patrón de consumo, sino también disponer por ejemplo de viviendas de apoyo, facilitar acceso a la educación o a capacitación y formación para el trabajo, aminorar las barreras de acceso al mundo laboral por condiciones de género o garantizar el acceso a los apoyos

⁴⁰ UNODC (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Viena (Austria): Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Accesible online: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

sociales que cada persona requiera en su comunidad. Es decir, con el tratamiento y la ayuda adecuados, las personas con consumos problemáticos de drogas podrán recuperarse e integrarse socialmente, y para ello deben existir políticas públicas que permitan sostener los logros de este complejo proceso.

2.2 Los conceptos de exclusión versus inclusión social y de integración versus reinserción social

Una revisión bibliográfica realizada en el año 2014 plantea que la insuficiente evidencia en los programas o intervenciones de integración social destinados a personas con consumos problemáticos de drogas puede estar causada por la dificultad para conceptualizar los procesos de exclusión-inclusión social por parte de los países. A pesar de los avances registrados en las últimas décadas, no se dispone de una definición suficientemente comprensiva y válida que cuente con el consenso de las instituciones y organismos internacionales más relevantes que operan en este ámbito⁴¹. Por ello, a continuación, se intenta aportar una mirada amplia a estos conceptos.

Como se ha propuesto en el capítulo anterior, la exclusión social es un fenómeno que está ligado al concepto de ruptura de vínculo social y la disminución de los derechos sociales. Es un estado más amplio que la pobreza económica (aunque la incluya), ya que se caracteriza por la existencia de una acumulación de barreras y límites que dificultan la participación en la vida social. Estas barreras hacen referencia a distintos ámbitos como son: la incorporación laboral, la salud, la formación, la vivienda, la participación y las relaciones sociales, además de la falta de ingresos económicos.

Como ya ha sido reflejado en apartados anteriores, el consumo de drogas podría considerarse tanto una consecuencia como una causa de la exclusión social. Por un lado, el consumo puede provocar un deterioro considerable de las condiciones de vida y de las relaciones humanas y, por otra parte, los procesos de marginación social y pobreza pueden constituir un elemento determinante para la adicción y otros consumos problemáticos de drogas. Como parte del mismo proceso de exclusión, las representaciones sociales que se tienen de las personas con problemas de drogas tienden a considerarles como “minusválidos” o “desviados” sociales, generalmente asociados a delincuencia, violencia, peligrosidad y amenaza para la sociedad.

El estigma es una “marca” que distingue a personas que pertenecen a colectivos vulnerables, a quienes se les asigna un atributo que es profundamente descalificador. Las personas con consumos problemáticos de drogas cargan con una etiqueta que justamente resalta atributos negativos que ponen en relevancia su condición de consumidor/a dependiente, lo que les pone en una condición de inferioridad respecto de quienes no consumen drogas, o de quienes no son identificados socialmente como esta enfermedad mental.

Por ello, la persona es excluida de los espacios cotidianos, de las dinámicas socio-afectivas, de los espacios de integración social y, en múltiples ocasiones, incluso de los mismos programas y servicios de atención. La sociedad reacciona de manera refractaria ante estas personas, tendiendo a discriminarlas y a cerrarles las puertas de la inclusión, ignorando que la voluntad de muchas de ellas es la rehabilitación. El resultado final es un porcentaje importante

⁴¹ COPOLAD (2014). Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. Bruselas, Bélgica: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. Accesible online: <http://copolad.eu/es/publicacion/45>

de recaídas y reingresos a tratamiento, lo que limita en gran medida las posibilidades de superación y reduce sustancialmente la eficacia de las intervenciones con estas personas⁴².

La cara opuesta de la exclusión es la inclusión social. Ambas pueden ser entendidas como partes de un continuo, en el que, dadas ciertas condiciones estructurales y contextuales, las personas son desplazadas desde estados de menor a mayor bienestar y viceversa. Este debería ser el propósito de las políticas de drogas con enfoque inclusivo: apuntar a que las personas accedan a estados de mayor bienestar, pues dadas las condiciones estructurales y políticas de los países de las Américas, en muchos casos este movimiento es más bien hacia situaciones de marginación y pobreza.

La inclusión es entonces un proceso, una interminable búsqueda de la comprensión y respuesta a la diversidad en la sociedad, de manera que⁴³:

- La inclusión concierne a la identificación y reducción de barreras, barreras que ponen obstáculos a la participación.
- La inclusión es aprender a vivir, aprender y trabajar juntos; es compartir las oportunidades y los bienes sociales disponibles.
- La inclusión no es una estrategia para ayudar a las personas a encajar dentro de sistemas y estructuras existentes; es transformar esos sistemas y estructuras para que sean mejores para todos y todas.

Lo anterior implica que las personas se integran desde sus diversidades y particularidades, y pueden acceder a las oportunidades en igualdad de condiciones, participando como cualquier otro ciudadano o ciudadana en su sociedad, ejerciendo sus derechos, a la vez que las comunidades se empoderan. Por todo ello, sólo podemos hablar de inclusión cuando se cumplen los requisitos de participación plena en la vida social, económica y política⁴⁴.

Si los conceptos de exclusión e inclusión social nos hablan del proceso o del estado de bienestar o malestar social en el que se encuentra un individuo, una comunidad o una sociedad, los conceptos de integración y reinserción social se refieren a las acciones que deben ser desarrolladas para alcanzar la inclusión social. Se trata de conceptos de gran relevancia para la temática tratada en esta guía, ya que cada uno de ellos alberga orientaciones diferentes en el diseño de las políticas y en el trabajo directo con los individuos y las comunidades.

Comenzando con el concepto de integración social, López-Ruiz y García (2002) lo plantean como un concepto interactivo que implica cambios y acciones mutuas por parte de la persona en proceso de recuperación y la sociedad. La persona debe realizar profundos cambios, pero también lo hace su entorno, tratando de acomodarse a sus necesidades específicas e idiosincrasia, así como teniendo en cuenta las variables estructurales y sociales presentes en la situación de exclusión que sufre la persona⁴⁴.

⁴² CICAD/OEA (2013). El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y salud pública. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

⁴³ UNICEF (2005). Seminario Internacional: inclusión social, discapacidad y políticas públicas. Santiago de Chile (Chile): UNICEF. Accesible online: https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf

⁴⁴ López-Ruiz, J.A. y García, M. (2002). La integración sociolaboral de personas drogodependientes: propuestas y puesta en práctica de un modelo. Madrid: Cruz Roja Española. Accesible online: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/integracion_sociolaboral.pdf

Sánchez (1999)⁴⁵ propone que la integración social consiste en:

“La mejora del grado de autonomía personal y de participación social del individuo en su entorno, como sujeto de derechos y deberes. Por tanto, la integración social de la persona con consumo problemático de drogas va a exigir, por un lado, una intervención integral que incida en los distintos planos de la persona: salud, consumo, vivienda, ingresos, red social y familiar, recursos familiares y psicológicos, situación legal y formación y empleo, por un lado, y por otro, una actuación sobre el entorno social que ha excluido a este colectivo y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle el acceso”.

En el mismo sentido, se reconoce que debe tenerse en cuenta un concepto clave: la persona con un consumo problemático de drogas antes que una persona enferma, es ciudadano o ciudadana, es parte de la sociedad y debe ser incluido en ella. Por ello, la perspectiva de la integración social no se enfoca en los individuos como personas enfermas o transgresoras, sino como individuos que forman parte de un grupo social, de una sociedad, la cual debe participar en su rehabilitación y en su proceso de integración⁴⁶.

Por el contrario, el concepto de reinserción social es mucho más limitado, puesto que concentra la necesidad de todos los cambios únicamente en el individuo y no tiene en cuenta las necesarias transformaciones sociales paralelas. De esta forma, las posibilidades de cambios sostenibles son más reducidas, puesto que las causas sociales que pudieron influir en la exclusión siguen intactas. Asimismo, se reducen las oportunidades preventivas respecto a la aparición de procesos de exclusión en otras personas o sectores de la comunidad.

A continuación, se sintetizan los conceptos de exclusión/inclusión e integración/reinserción social (tabla 2), con el propósito de diseñar políticas sobre drogas que contengan enfoques inclusivos y acciones integradoras, a la vez que contar con una mirada y lenguaje común.

Tabla 2. Definición de conceptos

EXCLUSIÓN SOCIAL:

Proceso multidimensional, multicausal, dinámico y de carácter estructural, que implica menoscabo y distanciamiento de personas, grupos y comunidades, de los valores, polos de poder y recursos de los que disfruta la mayoría de la ciudadanía de su país. Esto les pone en condición de desventaja social, con carencia de recursos y derechos fundamentales, como acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a los sistemas de salud y protección social (entre otros), que no hacen posible una participación y consideración social plena, y en consecuencia el ejercicio de derechos



⁴⁵ Sánchez, L. (1999). Guía para la inserción sociolaboral de drogodependientes. Valladolid: Junta de Castilla y León.

⁴⁶ UNODC/MPS (2008). La inclusión social: una respuesta frente a la drogodependencia. Bogotá (Colombia): UNODC/MPS. Accesible online: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/C0031052008-la-inclusion-social.pdf>

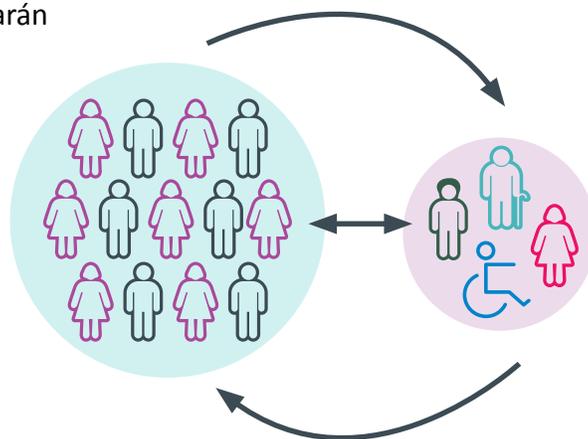
INCLUSIÓN SOCIAL:

Proceso que asegura a todas las personas las mismas oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en la vida económica, social y política de su respectivo país, así como para disfrutar de unas condiciones de vida dignas y tener la posibilidad de participar de manera igualitaria en todas las dimensiones sociales de su entorno, ejerciendo sus derechos ciudadanos.



INTEGRACIÓN SOCIAL:

Conjunto de acciones e intervenciones que facilitarán cambios en las personas que viven situaciones de exclusión, así como en el conjunto de la sociedad. Es decir, para que una persona se integre, ella debe aportar tanto como la comunidad en la que vive, siendo ésta la manera en que se promoverá una real equiparación de oportunidades, igualdad social y la generación de espacios de participación efectivos, para el ejercicio de derechos, ciudadanía y, en consecuencia, inclusión y desarrollo humano.



REINSERCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL:

Es entendido como un proceso sistemático de acciones orientado a favorecer el reingreso a la sociedad de una persona que ha sido excluida. Su propósito es lograr que las personas que están fuera del sistema social puedan reinsertarse. En consecuencia, son las personas quienes deben hacer el esfuerzo de cambio para poder insertarse a una sociedad que les exige adecuarse a unos parámetros que son definidos como los “adecuados” o “normales”. En definitiva, la sociedad permanece igual, sin realizar cambios y sin generar oportunidades que faciliten la integración efectiva y sostenible.



Capítulo 3. PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL

3.1 Integración social y acceso al mercado laboral

La pérdida de habilidades sociales y laborales como consecuencia del consumo problemático de drogas hace que esta sea uno de los principales motivos para el desarrollo e implementación de los programas de integración sociolaboral. **La integración social y el acceso al mercado laboral son considerados elementos clave para la plena recuperación de una persona en proceso de tratamiento por una adicción a las drogas.** Si la integración social se refiere al conjunto de acciones e intervenciones que facilitarán cambios en las personas y sus comunidades, la integración sociolaboral pone especial atención en la empleabilidad y la ocupabilidad en el contexto territorial donde habitan los individuos. Por otro lado, la integración sociolaboral no debe considerarse la última fase del proceso de recuperación, sino un objetivo que se plantea desde el primer momento en que la persona inicia un tratamiento⁴⁷.

El abordaje integral de los trastornos por consumo problemático de drogas consiste en diseñar un plan de atención que identifique las necesidades de la persona (biopsicosociales) y responda a todas ellas, estableciendo un orden de prioridad y/o simultaneidad. La integración social no es una etapa posterior a la rehabilitación, sino que comienza y se desarrolla en paralelo a ésta, es decir, es un proceso transversal que recorre el tratamiento y se mantiene una vez concluido el mismo.

El acceso a programas de integración social debe de estar al alcance de todas las personas afectadas por las drogas que se encuentren en tratamiento y que presenten carencias sociales y laborales⁴⁸.

El empleo actúa como herramienta de mejoría, tanto de la situación clínica como social, de las personas afectadas por una adicción. La actividad laboral fomenta la autonomía de la persona y es un factor protector frente a la recaída en el consumo. La actividad laboral en este colectivo de personas no sólo mejora su situación financiera, sino que también provee una estructuración de sus actividades cotidianas, con rutinas definidas y significativas. Aquellas personas con empleo muestran un sentido personal de bienestar y de identidad social, así como un buen nivel de eficacia en sus funciones⁴⁹. Además, se observa una mejora en su autoestima y en su autoimagen, una reducción de la sintomatología, un incremento del contacto social y de su calidad de vida⁵⁰.

El término **“empleabilidad”** cuenta con múltiples definiciones. En términos amplios, la empleabilidad es explicada como la capacidad de las personas para movilizarse dentro del mundo laboral, es decir: ingresar, mantenerse y progresar en el trabajo, a la vez que, si se pierde, poder obtener otro y volver a hacer el ciclo nuevamente tantas veces como sea necesario.

⁴⁷ López-Ruiz, J.A. y García, M. (2002). La integración sociolaboral de personas drogodependientes: propuestas y puesta en práctica de un modelo. Madrid: Cruz Roja Española. Accesible online: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/integracion_sociolaboral.pdf

⁴⁸ COPOLAD (2014). Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. Bruselas, Bélgica: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. Accesible online: <http://copolad.eu/es/publicacion/45>

⁴⁹ Tsang, H.W., Tam, P., Chan, F. y Cheung, W.M. (2003). Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: implications to their recovery. *J Community Psychol*.

⁵⁰ Ackerman, G.W. y McReynolds, C.J. (2005). Strategies to promote successful employment of people with psychiatric disabilities. *J Appl Rehabil Couns*.

También es entendido como un conjunto de capacidades personales que se ponen en juego frente a una tarea compleja, en la que cada persona despliega un conjunto de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer), actitudes y valores (saber ser y saber relacionarse), y que pueden ser observadas en ese desempeño.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT/CINTERFOR), se refiere a la empleabilidad como las competencias y cualificaciones transferibles que refuerzan la capacidad de las personas para aprovechar las oportunidades de educación y de formación que se les presenten con miras a encontrar y conservar un trabajo decente. El trabajo decente, según esta misma organización internacional, se encuentra caracterizado por cuatro objetivos estratégicos: los derechos en el trabajo, las oportunidades de empleo, la protección social y el diálogo social. Cada uno de ellos cumple, además, una función en el logro de metas más amplias como la inclusión social, la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, el desarrollo integral y la realización personal⁵¹.

Sin embargo, para entender los procesos de integración sociolaboral, no solo debemos considerar los factores personales, como hace el concepto de empleabilidad, sino también los vinculados al contexto. Así, el término **“ocupabilidad”** analiza la posibilidad que tiene una persona de encontrar, cambiar o mejorar su empleo, dependiendo de las oportunidades que otorga el mundo laboral⁵². Por ello, la ocupabilidad observa los factores sistémicos que ayudan o dificultan el acceso al empleo en determinada localidad, municipalidad, región o país.

La **empleabilidad** está enfocada en la persona, en sus expectativas, su formación, su trayectoria laboral.

La **ocupabilidad** está enfocada en el contexto y en las oportunidades que ofrece para la integración laboral.

Ambos conceptos son, por lo tanto, fundamentales para la inserción sociolaboral.

Como se ha venido proponiendo, desde el comienzo del proceso de tratamiento resulta necesario conocer la situación sociolaboral, los intereses y las necesidades de la persona. De esta forma, su plan de tratamiento personalizado podrá incluir acciones centradas en abordar las necesidades, superar las carencias detectadas y aprovechar las fortalezas y oportunidades. Todo lo relacionado con el empleo, adquiere un interés relevante durante el proceso de recuperación. El logro de una integración laboral ajustada a sus capacidades, expectativas y necesidades será fundamental para la evolución positiva y la sostenibilidad de los cambios. Por ello, la mejora de la empleabilidad resulta esencial en el proceso de recuperación.

El camino hacia la integración sociolaboral no es del todo sencillo. Se precisa un proceso planificado, que apoye, asesore y acompañe hacia la meta del empleo a las personas en situación de desventaja social; un proceso que desarrolle actuaciones vinculadas a la formación, orientación e intermediación laboral; un proceso que logre cambios de una manera efectiva y sostenible en el tiempo; un proceso colaborativo entre todos los agentes implicados: la propia persona, la familia, los agentes sociales, las y los profesionales de la orientación e integración, el mundo empresarial y los responsables políticos⁵³.

⁵¹ Somavía, J. (1999). Un trabajo decente para todos en una economía globalizada: una perspectiva de la OIT. Organización Internacional del Trabajo. Accesible online: <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/dgo/speeches/somavia/1999/seattle.htm>

⁵² Pelayo, M.B. (2012). Capital social y competencias profesionales: Factores condicionantes para la inserción laboral. Accesible online: <https://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1250/1250.pdf>

⁵³ Jurado, P. y Olmos, P. (2010). Procesos de orientación para la inserción sociolaboral de personas con especiales dificultades de acceso al mercado de trabajo. Un modelo de orientación para la inserción. REOP, 21 (1). Accesible online: <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11515/10992>

Todas estas acciones de apoyo a la persona, complementadas con otras acciones dirigidas al contexto del mercado laboral y a la propia sociedad, deben lograr derribar las barreras que existen por el estigma asociado a las personas con consumos problemáticos de drogas y por el resto de los factores de exclusión que sufren. Barreras que se convierten en obstáculos al momento de postular, ingresar, mantenerse y progresar en empleos que se adapten a sus necesidades, habilidades e intereses. Especial atención requieren las barreras de acceso al mundo laboral para las mujeres y personas LGBTIQ+, tal y como se explica a continuación.

3.2 El género y la diversidad sexual en la integración sociolaboral

En la mayoría de los países de Latinoamérica, las mujeres y la población LGBTIQ+ con consumos problemáticos de drogas presentan complejas barreras en su inclusión social y en el acceso al mundo laboral. Aunque los países han acordado incorporar la perspectiva de género en las políticas sobre drogas y en las políticas sociales, su existencia no ha garantizado completamente el acceso equitativo a los servicios disponibles, cuando los hay.

De esta manera, toda la discriminación laboral en contra de las mujeres y personas LGBTIQ+ se ve agudizada y profundizada en el caso de quienes tienen o han tenido adicciones, por lo que es muy relevante considerarlas en el diseño de políticas y cuando se quieran realizar procesos específicos de apoyo a la integración sociolaboral.

3.2.1 Mujeres e integración sociolaboral

Para la Comisión Interamericana de Mujeres⁵⁴, la situación de violencia y la exclusión social y laboral que se enfrentan las mujeres en las Américas, y en otras regiones, contribuye a su exposición en el mundo de las drogas ilícitas. Entre las recomendaciones vinculadas a la formulación e implementación de políticas públicas, se propone:

1. Reorientar las políticas de drogas para incluir la perspectiva de género y derechos humanos, y desarrollar criterios adecuados para medir su éxito, desagregando los datos por género. Por ejemplo, podrían medir el éxito de las políticas sobre drogas utilizando un índice de objetivos de desarrollo humano, incluidos los niveles de desarrollo socioeconómico, el acceso a la educación, el empleo y los servicios básicos de atención de la salud, entre otros.
2. Lograr la participación de las organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y regional para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas en materia de drogas y justicia penal, aprovechando los mecanismos internacionales de derechos humanos (inclusive los instrumentos de derechos de las mujeres). De esta forma se podrá trabajar en procura de nuevos enfoques con perspectiva de derechos humanos y sensibles al género.

Las mujeres que consumen drogas necesitan de una atención especial vinculada a las problemáticas de género. Las mujeres experimentan con más frecuencia e intensidad los daños relacionados con el consumo de drogas: mayor percepción de haber fracasado a nivel personal, familiar y social, así como mayor percepción de incapacidad para desempeñar satisfactoriamente el papel social que les ha sido asignado. Las consecuencias de estas vivencias suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, y la violencia familiar. Además, la estigmatización en ellas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo

⁵⁴ CIM/OEA (2014). Mujeres y drogas en las Américas. Un diagnóstico de política en construcción. Washington, Estados Unidos de América: Comisión Interamericana de Mujeres. Accesible online: <https://www.oas.org/es/cim/docs/women-drugsamericas-es.pdf>

o su demora hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral, resultan insostenibles⁵⁵.

Según la Fundación Atenea⁵⁶, se observa un menor acceso de las mujeres a los dispositivos o recursos disponibles para su integración social, dado que:

- Los desconocen.
- Por el estigma asociado a las drogas.
- Por la presencia de auto-estigma por la situación en la que se encuentran.
- Porque sus necesidades básicas no están cubiertas.
- Por problemáticas específicas de género como:
 - Dificultades de asistencia por horarios (distancia y cuidados de otras personas).
 - Dificultades ocultas como situaciones de desigualdad en la pareja, separaciones, violencia de género.
- Por problemas de salud.

Esta situación de desigualdad en el acceso a los recursos de tratamiento e integración social y de consecuencias diferenciales de los consumos por género, se encuentra estrechamente vinculada con la histórica desigualdad social y laboral que sufren las mujeres. A continuación, pasaremos a referirnos de manera sintética a ella.

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe⁵⁷, la histórica división sexual del trabajo y la naturalización de la asociación de las mujeres con el cuidado, consolidaron una distribución desigual del trabajo remunerado y no remunerado entre hombres y mujeres. El ingreso de las mujeres al trabajo remunerado no se ha traducido en una redistribución del tiempo que destinan a actividades no remuneradas, básicamente asociadas al cuidado. Dicho en otras palabras, los hogares latinoamericanos no han avanzado de manera significativa en la democratización de los espacios privados. El resultado de esta combinación es que la carga total de trabajo de las mujeres (sumando actividades remuneradas y no remuneradas) es considerablemente mayor que la carga total de trabajo de los hombres. Las demandas de cuidado, antes resueltas casi exclusivamente por el trabajo no remunerado de las mujeres, pasaron a tensar la tradicional división sexual del trabajo, configurando así una “crisis del cuidado”⁵⁸. Esta crisis se pone de relieve en los numerosos obstáculos que las familias —y, dentro de ellas, las mujeres— enfrentan para conciliar la vida productiva y el trabajo remunerado con la maternidad y la crianza de hijos e hijas.

Cabe recordar que la carga de trabajo no remunerado asociado al cuidado infantil tiende a ser más alta entre las mujeres pobres. Esta diferencia de partida se combina con una menor posibilidad para traspasar la tarea de cuidado a otras personas o comprar servicios en el

⁵⁵ Sánchez, L. (2012). Género y Drogas. Guía Informativa. Alicante (España): Diputación de Alicante. Accesible online: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

⁵⁶ Castaño, V. (2010). Buenas prácticas para la reinserción sociolaboral de la población de mujeres ex consumidoras. Madrid (España): Fundación Atenea. Accesible online: https://fundacionatenea.org/OLD/wp-content/uploads/2010/11/inserc_mujer_exconsumi.pdf

⁵⁷ CEPAL (2015). Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile (Chile): CEPAL. Accesible online: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/38821/S1500279_es.pdf

⁵⁸ CEPAL (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Naciones Unidas.

mercado (empleo doméstico, por ejemplo), en contraste con el margen que tienen las mujeres de ingresos medios y altos.

Por otro lado, la carga de cuidado empuja a las mujeres de menores recursos a insertarse en el empleo informal, probablemente porque, frente a la inexistencia de opciones para el cuidado, el empleo más flexible (pero también con menor horario, precario y con baja remuneración) aparece como la única alternativa posible. Esta situación es el reflejo de las barreras que las mujeres con menor capital educativo encuentran para ingresar al empleo, que se suman a patrones de segmentación, división sexual de la ocupación y discriminación presentes en los mercados laborales latinoamericanos⁵⁹. A estos factores deberíamos sumar que las demandas de cuidado también pueden operar como un freno a la permanencia en el empleo o a la posibilidad de re-emplearse.

De esta manera, la situación de inequidad de las mujeres respecto de los hombres en el mundo del trabajo puede ser resumida en los siguientes aspectos: dedicación mayoritaria al trabajo doméstico, participación creciente en actividades precarias (trabajo por cuenta propia no regularizado), concentración en ocupaciones asalariadas de tiempo parcial, y mayor discriminación salarial en ocupaciones masculinizadas. Este último hallazgo deja claro que aun en las contadas ocasiones en que las mujeres logran traspasar las barreras impuestas por la segregación ocupacional y acceder a actividades con predominio masculino, resultan de algún modo excluidas de los beneficios que les pueden proporcionar⁶⁰.

En el estudio realizado por Rodríguez, Pérez y Fernández (2017)⁶¹, con mujeres que terminaron un proceso de tratamiento residencial por uso de drogas, los resultados identifican las siguientes barreras durante el proceso de integración:

1. Preocupación por ser objeto de estigmatización (con dos categorías: por transgresión de preceptos relativos al rol femenino y al rol materno),
2. Problemas en las relaciones de pareja (con cuatro categorías: codependencia, ruptura, consumo en la pareja e insatisfacción),
3. Problemas en el ejercicio del rol materno (pérdida del rol; dificultades en la recuperación del rol; y, embarazo y maternidad),
4. Problemas relativos a la identidad (imagen corporal y uso de drogas; e identidad y uso de drogas),
5. Deterioro de las relaciones familiares (pérdida de confianza y conflictos no resueltos),
6. Inequidad en el apoyo social, y
7. Libertad versus control (pérdida de libertad; pautas de control familiar; e inserción laboral y autonomía).

⁵⁹ CEPAL (2020). Panorama social de América Latina. Santiago de Chile (Chile): CEPAL. Accesible online: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150_es.pdf

⁶⁰ De Oliveira, O. y Ariza, M. (2000). Género, trabajo y exclusión social en México. Estudios demográficos y urbanos, 15 (1). Accesible online: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1065>

⁶¹ Rodríguez, S.E., Pérez, V. y Fernández, C. (2017). Inserción social de mujeres que finalizaron un tratamiento residencial por uso de drogas. Health and Addictions, 17 (2). Accesible online: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6106494>

3.2.2 El colectivo LGBTIQ+ y la integración sociolaboral

Las personas LGBTIQ+ siguen siendo discriminadas y vulneradas en sus derechos. Esta vulnerabilidad se manifiesta, al menos, de las siguientes maneras:

- La valoración del sistema administrativo y valorativo considera a la heterosexualidad como “lo normal”.
- Las personas trans tienen serias dificultades para acceder al empleo.
- A las personas homosexuales les resulta difícil mantener buenas condiciones de trabajo (denegación de prestaciones de la seguridad social para las parejas del mismo sexo y/o a sus hijos e hijas; exclusión y uso de un lenguaje no respetuoso; obstáculos para ascender).
- Muchas de estas personas ocultan su orientación sexual (invisibilización) y se auto-marginan, producto de todo lo antes descrito⁶².

Al igual que en el caso de las mujeres con adicciones, para la población LGBTIQ+ las condiciones de acceso a trabajos que cumplan con las características descritas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como “trabajo decente”, están lejos de cumplirse y se mantienen como desafíos para las políticas sociales de los países del hemisferio.

De una investigación de la OIT se desprende que la situación es mejor en los países con leyes y políticas fuertes de promoción de la igualdad de las personas LGBTIQ+⁶³. Además, estas legislaciones sientan los fundamentos para un entorno laboral más positivo, favoreciendo que gobiernos, empleadores/as y trabajadores/as, propicien lugares de trabajo más incluyentes y diversos.

Sin embargo, sucede que incluso cuando la protección jurídica está en vigor, la realidad es que muchas personas LGBTIQ+ siguen enfrentando situaciones de discriminación e incluso acoso en el trabajo; lo que lleva a que muchas personas oculten su orientación sexual o su identidad de género, o se encaminen a sectores con un entorno laboral más tolerante.

⁶² Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Argentina (2015). Trabajo y diversidad sexual. Un material para la formación sindical. Buenos Aires (Argentina): Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social. Gobierno de Argentina. Accesible online: https://trabajo.gob.ar/downloads/difusion/150820_cuadernillo_divsexual_form_sindical.pdf

⁶³ OIT (2013). La discriminación en el trabajo por motivos de orientación sexual e identidad de género: resultados del proyecto PRIDE de la OIT. Accesible online: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/briefingnote/wcms_380831.pdf

Capítulo 4. LIDERAZGO INSTITUCIONAL Y POLÍTICAS SOBRE DROGAS

4.1 Institucionalidad y criterios para la articulación de políticas sobre drogas

Las drogas son un problema multidimensional y multi-agente de profunda repercusión social, que pone a prueba la fortaleza de los gobiernos y sus instituciones, así como de las comunidades. La respuesta que se debe dar al problema necesita ser eficaz y eficiente, por lo que se ha de realizar un buen estudio de la situación y ha de haber un fuerte liderazgo institucional que defina, coordine e implemente acciones concretas.

Es fundamental que, tanto a nivel nacional como local, los países cuenten con una **institucionalidad consolidada a la altura de los desafíos presentes y futuros**, que haga viables y sostenibles los logros y que garantice el ejercicio de los derechos de las personas.

La institucionalidad se basa en el conjunto de reglas, normas y marcos de actuación que define el Estado, en base a las necesidades y demandas de su población.

Las instituciones o administraciones públicas son los agentes que prestan servicios a la ciudadanía y a la sociedad en su conjunto. Su objetivo principal es velar por los derechos e intereses de la población y de los diferentes grupos que la conforman; igualmente, buscan el bienestar y equilibrio de todas las personas, aunados con los principios de eficacia y eficiencia. Los gobiernos se encuentran en una constante búsqueda de la mejora de servicios y procesos en sus instituciones y administraciones públicas, con la finalidad de obtener mejores resultados⁶⁴.

El buen desempeño institucionalidad implica: **liderazgo, estrategias y planificación, talento humano, alianzas intersectoriales e intergubernamentales, recursos, procesos y servicios**. Sin embargo, el liderazgo institucional juega un papel preponderante y determinante, puesto que establece la dirección de la institución hacia la consecución de su visión, misión, metas y objetivos propuestos, y define actuaciones e intervenciones.

Podemos distinguir **3 facetas del liderazgo institucional: político, de contenido y de proceso**. El liderazgo político, que ejercen los responsables políticos, es clave para el desarrollo y funcionamiento de las instituciones del Estado. El líder político tiene la competencia de situar los temas de interés en la agenda política del país, acción importante que da respaldo al desarrollo de políticas públicas y a la adjudicación de recursos. También aporta legitimidad a la institución y una visión estratégica. En cambio, el liderazgo de contenido y de proceso se atribuyen al funcionariado o profesional público, puesto que aporta conocimientos técnicos que sirven para formular estrategias, líneas de acción, define procesos, modelos de gestión y coordinación, protocolos de actuación, entre otros. En este sentido, es absolutamente crítico que, el liderazgo político, de contenido y de proceso estén presentes para alcanzar un buen liderazgo y rendimiento institucional.

La dirección y gestión de la institución pública no necesariamente recae en aquellas personas que ostentan un cargo político, sino que es administrada por el colectivo de profesionales públicos que trabajan juntos, que toman y comparten iniciativas, y que responden y construyen la cotidianeidad de los servicios y programas. Los profesionales públicos son el recurso que posee mayor capacidad de aportar valor añadido, pero también es el recurso más crítico. De su buen hacer profesional depende la eficacia y la eficiencia organizativa, y

⁶⁴ Kettl, D.F. (2005) The global public management revolution: a report on the transformation of governance. Washington D.C.: Brookings Institution Press.

de sus valores y parámetros culturales depende la ética institucional. También se necesitan otros recursos para lograr las metas y objetivos, pero precisan de este buen liderazgo en su gestión y coordinación. Más allá de la gestión, también debe ocuparse de la formulación y planificación de políticas y estrategias que sean capaces de responder a necesidades y demandas presentes y futuras, y avanzar respecto de la garantía de derechos.

Está claro que los problemas de las drogas que presenta la sociedad, no se pueden solucionar mediante una sola dependencia u organismo de gobierno. Una política sobre drogas que cuenta con una estrategia integral e integrada exige cooperación y coordinación entre muchos entes gubernamentales y no-gubernamentales, incluidos los que trabajan en los ámbitos de salud, asuntos sociales, justicia, educación y asuntos exteriores. La ejecución exitosa de estas políticas debería contar con el apoyo de las autoridades locales, los grupos comunitarios y de base confesional, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas, como las personas afectadas por las drogas y los agricultores de subsistencia, es decir, entre todos los sectores involucrados.

Frente a la complejidad del problema de las drogas, se precisa un fuerte **liderazgo institucional**, en el cual se coordinen todas las instituciones implicadas y se definan actuaciones específicas.

Las **autoridades nacionales sobre drogas** de los países ejercen un papel fundamental en la coordinación y en la formulación de un marco de actuación.

A continuación, se proponen un conjunto de criterios y condiciones para lograr el liderazgo institucional, extraídos de un estudio publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo⁶⁵:

DECÁLOGO DE LA COORDINACIÓN: criterios básicos

- **“Voluntad y cohesión política.** Este primer criterio se refiere a la importancia que tienen la determinación y la unión de las autoridades de máximo nivel de un país y sector para desplegar el ejercicio de la coordinación” [...].
- **“Definición de objetivos estratégicos.** Este criterio se refiere a la razón de ser de la coordinación, que es definir los objetivos estratégicos y prioritarios que comparten los distintos entes, niveles de gobierno y actores sociales. Como sabemos, los diversos actores involucrados en el proceso obedecen a diversas lógicas, intereses y expectativas, a diferentes mandatos y recursos, por lo que generar una convergencia entre ellos en función de la definición de objetivos estratégicos es el mayor desafío del proceso de coordinación”...“Para la articulación e integración de los objetivos, también se requieren estructuras que vinculen el diseño con la ejecución de las políticas y sistemas de información que retroalimenten el proceso de formación de las políticas”.
- **“Estructuras y mecanismos de coordinación con objetivos y funciones claramente definidos.** Un tercer criterio para ejercer la función de coordinación es la creación de mecanismos y estructuras dotados de legitimidad, apoyo político y capacidad técnica. Son estas instancias las que aseguran la coherencia y pertinencia de las estrategias. Articulan el diseño con la ejecución de las políticas, y promueven acciones de fortalecimiento de las unidades de política de los distintos ministerios y secretarías sociales, dotándolas de los apoyos técnicos necesarios” [...].

⁶⁵ Licha, I. y Molina, C.G. (2006). Coordinación de la Política Social: criterios para avanzar. Documento de trabajo del INDES. Banco Interamericano de Desarrollo. Accesible online: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Coordinación-de-la-Pol%C3%ADtica-Social-Criterios-para-Avanzar.pdf>

- **“Participación de los actores claves.** La participación de los actores claves aparece como un criterio básico de la coordinación, como proceso que permite articular y sistematizar los aportes de los distintos entes y actores de la administración federal, municipal y universitaria y de los dirigentes de las Organizaciones de la Sociedad Civil involucrados en las políticas, programas y proyectos, haciendo más estratégico y concertado el proceso de formación de políticas en todas sus fases. El enfoque participativo y concertado de la coordinación surge como un factor de éxito del proceso, a condición de que la participación se abra genuinamente a los actores relevantes de cada sector y apunte a establecer acuerdos fundamentales entre ellos que se expresen en políticas concretas” [...].
- **“Institucionalidad legítima.** Este quinto criterio se refiere a un marco formal en el que se inscribe el funcionamiento de las acciones de coordinación. El proceso de coordinación lo entendemos como un tipo de ejercicio democrático de gobierno, coherente con el interés público, que genera reglas, instancias, conductas, decisiones y prácticas legítimas y eficaces, consensuadas mediante procesos participativos incluyentes y fundamentadas en los valores democráticos. Este elemento está estrechamente relacionado con la necesidad de que el gobierno central ejerza liderazgo y desarrolle una visión para dirigir las políticas desde un conjunto de valores e ideas comunes, de manera no autoritaria ni jerárquica” [...].
- **“Institucionalidad legítima.** Este quinto criterio se refiere a un marco formal en el que se inscribe el funcionamiento de las acciones de coordinación. El proceso de coordinación lo entendemos como un tipo de ejercicio democrático de gobierno, coherente con el interés público, que genera reglas, instancias, conductas, decisiones y prácticas legítimas y eficaces, consensuadas mediante procesos participativos incluyentes y fundamentadas en los valores democráticos. Este elemento está estrechamente relacionado con la necesidad de que el gobierno central ejerza liderazgo y desarrolle una visión para dirigir las políticas desde un conjunto de valores e ideas comunes, de manera no autoritaria ni jerárquica” [...].
- **“Capacidad de gestión.** Este sexto criterio destaca las capacidades políticas y técnicas que se requieren para ejercer la coordinación. Son capacidades de gestión que aseguran legitimidad, aprendizaje, efectividad, cohesión, negociación, participación, resolución de problemas, creación y difusión de conocimiento, articulación e implementación. Todas ellas están contenidas en la llamada Capacidad Colaboradora Inter-Agencias (CCI) construida para transformar en términos conceptuales, institucionales, organizativos y operativos el modo en que se desarrollan las políticas y programas”.
- **“Espacios de diálogo y deliberación.** Este criterio se centra en el diálogo social como parte de la institucionalidad a crear para enmarcar y legitimar las acciones de coordinación” [...]. “A través del diálogo deliberativo, el proceso de formación de políticas se desplazará más hacia soluciones holísticas de los problemas sociales y hacia respuestas más democráticas, equitativas y consistentes con las demandas y expectativas ciudadanas”.

- **“Sinergias.** Puesto que la coordinación busca establecer mecanismos de colaboración entre agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para desarrollar acciones de desarrollo (social), es preciso contar con visiones de largo plazo y esquemas compartidos y complementarios de un conjunto de recursos técnicos y financieros” [...] “la articulación y coordinación de las políticas sociales requieren una visión estratégica compartida y una estrecha colaboración operativa entre diferentes entes y sectores interministeriales. También requieren una articulación y coordinación intergubernamentales. Las sinergias cognitivas y de recursos (experiencia y habilidad e información), las de actividades (operativas), las de autoridad (mandatos organizacionales) y las sinergias culturales buscan asegurar esquemas de cooperación para desarrollar políticas complejas y de gran escala, reducir costos y desarrollar el capital social”.
- **“Cultura de cooperación e incentivos.** Este criterio está relacionado con la importancia de contar en el sector público con el desarrollo de valores y comportamientos proclives a la acción conjunta de las organizaciones y estructuras involucradas en los procesos de coordinación” [...]. “También permite apreciar el conjunto de intangibles que la acción de colaboración genera, tales como confianza, respeto, reconocimiento, aprendizaje y relaciones sinérgicas”.
- **“Sistemas de información, comunicación, monitoreo y evaluación.** El último criterio de coordinación se refiere a la disponibilidad de sistemas de monitoreo y evaluación, junto con una estrategia de información y comunicación, con el fin de poder informar, sensibilizar, asegurar equidad en el acceso a la información y favorecer el diálogo entre los actores claves para mejorar la pertinencia de las políticas” [...] “a coordinación necesita marcos novedosos de gobernabilidad para pautar los esquemas de cooperación y que dichos marcos deben incluir: liderazgo claro, papeles y responsabilidades bien definidos, procesos concertados para el trabajo conjunto y claridad de resultados y expectativas. Para todo esto, la disponibilidad de sistemas de monitoreo y evaluación es clave”.

4.2 Políticas sobre drogas con enfoque de inclusión social

4.2.1 Inclusión desde la política pública

Como ya se ha referido en capítulos anteriores, la inclusión social es un concepto estrechamente ligado a la equidad. En política pública, el enfoque de inclusión defiende y asegura que todas las personas, sin distinción alguna, puedan ejercer sus derechos y garantías, aprovechen sus habilidades y se beneficien de las oportunidades que se encuentran en su entorno. A este respecto, el enfoque de inclusión social parte del reconocimiento de la dignidad de las personas y, por tanto, del respeto a su libertad y su autodeterminación.

La región de las Américas está avanzando desde una cultura asistencialista, a una de derechos humanos y de igualdad social. Existe un mayor reconocimiento de las profundas desigualdades entre comunidades, pueblos, regiones y grupos sociales, y menor discriminación social entre la ciudadanía. En general, los países cuentan con un cuerpo institucional, legislaciones y con políticas públicas de carácter integral y participativas, basadas en la decisión política de avanzar hacia sociedades más inclusivas y en el respeto de los derechos fundamentales de las personas.

“Las políticas de protección social de los países de América Latina y el Caribe han cambiado considerablemente en las últimas décadas. En particular, en la primera década del siglo XXI se observan estructuras de política social más sólidas en comparación a las últimas dos décadas del siglo XX. A la par ha ocurrido una reducción en la desigualdad y la pobreza en la región”⁶⁶.

No obstante, los retos son todavía muchos. Por ello, las **políticas sociales** deben orientarse a compensar la situación de los grupos afectados por el aumento de la pobreza, la desocupación y el debilitamiento de los servicios sociales universales. Grupos y necesidades emergentes de la reestructuración económica, la reversión de las políticas distributivas y la mayor desigualdad social. Según Cohen y Franco⁶⁷, las políticas sociales se relacionan con la superación de las desigualdades bajo el principio de la “equidad social” como valor alcanzable. Deben partir de la inversión en educación, la compensación social y la cohesión social, a través de una oferta universal pero focalizada, discriminando positivamente ciertos grupos poblacionales que lo demandan.

Es importante que las políticas sociales, y otras políticas públicas que incluyen el enfoque de inclusión social, cuenten con estrategias y objetivos específicos, así como con líneas de acción bien definidas en base a las necesidades y características de la población. En este sentido, es imprescindible la inclusión y la participación de las personas en los procesos y en las prácticas institucionales, tanto en su diseño como en el desarrollo y la evaluación.

Refiriéndonos específicamente a las políticas sobre drogas, debemos decir que, en la región de las Américas y a nivel global, ha habido diferentes enfoques durante las últimas décadas. En los últimos 40 años, los países desarrollaron e implementaron políticas con un enfoque centrado en la “substancia”.

Actualmente, ha habido un cambio de enfoque en las políticas sobre drogas a nivel mundial. En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las drogas (UNGASS, 2016), organizada para discutir cómo avanzar y mejorar el abordaje del problema de las drogas, los países acordaron desarrollar políticas sobre drogas con el foco puesto en la “persona”, en lugar de en la “substancia”. De manera que las políticas sobre drogas pasaban de centrarse solamente en prevenir y reducir la producción, la venta y la compra de drogas, a ofrecer una atención adecuada a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general, con miras a promover y proteger la salud, la seguridad y el bienestar. Se reconoció que la adicción a las drogas es un “trastorno de salud multifactorial complejo y caracterizado por una naturaleza crónica y recurrente, que es prevenible y tratable, y no el resultado de un fracaso moral o un comportamiento criminal”⁶⁸. También se reconoció su profunda repercusión social. Las personas que sufren de una adicción y sus familias son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo, a tener problemas con la ley, y son con más frecuencia víctimas de la violencia y la discriminación en su entorno.

⁶⁶ Székely, M. (2015). Cambios en la institucionalidad de la política de protección social en América Latina y el Caribe: avances y nuevos desafíos. Banco Interamericano de Desarrollo. Accesible online: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cambios-en-la-institucionalidad-de-la-pol%C3%ADtica-de-protecci%C3%B3n-social-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Avances-y-nuevos-desaf%C3%ADos.pdf>

⁶⁷ Cohen, E. y Franco, R. (2005). Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. México: CEPAL, Siglo XXI editores. Accesible online: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1863/S3092C678G_es.pdf?sequence=1&isAllowed=yd

⁶⁸ UNODC (2016). Documento final del período extraordinario de sesiones de la asamblea general de las naciones unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016. Viena; Autor. Accesible online: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

El nuevo marco de políticas sobre drogas presentado en este apartado ha optado por un enfoque centrado en la “persona”. Al orientar el foco hacia la “persona”, en lugar de únicamente hacia “la droga”, el nuevo marco ha dado mayor cabida a los derechos humanos, a la salud pública y a la inclusión social. Las políticas actuales sobre drogas deben promover la inclusión social de los grupos excluidos y no centrarse en medidas punitivas hacia ellos. De manera que las políticas deben evitar medidas que agraven la exclusión de las personas que consumen drogas y de los cultivadores ilícitos y, en cambio, alentarlos con programas de integración o desarrollo alternativo.

4.2.2 Elementos y principios fundamentales para formular políticas sobre drogas inclusivas

Para la formulación de políticas sobre drogas con enfoque de inclusión social, se propone seguir una serie de principios⁶⁹. En tal sentido, las políticas sobre drogas han de:

- Formularse acorde con:
 - a. La Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2020)⁷⁰ de la CICAD/OEA y su correspondiente Plan de Acción (2021-2025)⁷¹. Ambos documentos defienden principios y derechos fundamentales de las personas y las familias afectadas por las drogas, y establecen lineamientos y directrices—con pleno respeto y consideración de los derechos humanos, género, contexto cultural e inclusión social—para que todos los Estados Miembros trabajen para abordar las diferentes vertientes del problema.
 - b. El marco de convenciones y normas internacionales de drogas y de derechos humanos.
 - c. Los objetivos globales del desarrollo sostenible⁷² que promueven la inclusión social, equidad e igualdad.
 - d. Las políticas y/o estrategias nacionales y subnacionales que promueven la inclusión social en el país.
- Incorporar una visión y abordajes multisectoriales, transectoriales y multifactoriales que respondan a la complejidad del problema y minimicen el impacto de los procesos de exclusión social.
- Desarrollar intervenciones, programas y actividades para prevenir o mitigar las consecuencias negativas de los procesos de exclusión social. Deben desarrollarse desde el primer momento de intervención con las personas afectadas por consumos problemáticos de drogas, y hasta el momento de su integración en la sociedad.

⁶⁹ CICAD/OEA (2012). Integración social y drogas en América Latina. Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/evaluacion/SAVIA%20II/Implementacion/Rev1_Integr%20Social%20Guia%20Conceptual.doc.pdf

⁷⁰ CICAD/OEA (2020). Estrategia Hemisférica sobre drogas. Washington, D.C. http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Estrategia_Hemisferica_sobre_Drogas_OEA_ESP.pdf

⁷¹ CICAD/OEA (2020). Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas. Washington, D.C. http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Plan_de_Accion_Hemisferico_sobre_Drogas_2021-2025_ESP.pdf

⁷² UN. Objetivos del desarrollo sostenible. Web: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- Identificar y analizar las necesidades, los problemas y las características de los grupos en situación de vulnerabilidad y poblaciones excluidas y marginadas, así como llevar a cabo intervenciones específicas para ellos.
- Basarse en la evidencia científica y en buenas prácticas a la hora de desarrollar intervenciones y programas de integración social y laboral.
- Garantizar la participación activa de las personas, familias y comunidades afectadas y/o vinculadas con drogas.
- Implementar políticas a partir de prioridades que se fijen respetando procesos interactivos entre todos los implicados.

4.2.3 Promoción de la inclusión social dentro del marco de las Américas

En la región se ha venido proyectando un panorama con una evolución y reconocimientos importantes en materia de inclusión social en el abordaje del problema de las drogas. La **Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD/OEA⁷³ adoptada por los Estados Miembros en 2010**, supuso un cambio al “generar respuestas, no contra un fenómeno, sino para abordar un complejo problema social y con un enfoque dirigido al bienestar del individuo”. Acorde con ello, se establecieron los siguientes principios con enfoque de inclusión social:

*“Principio 2. Al enfrentar el problema mundial de las drogas, debe hacerse especial énfasis en su impacto sobre la pobreza y la marginalización, e impulsar la implementación de **políticas y acciones que favorezcan la inclusión social** y la reducción de esas vulnerabilidades”.*

*“Principio 15. Las políticas de reducción de la demanda deberán incluir como elementos esenciales la prevención universal, selectiva e indicada; la intervención temprana; el tratamiento; la rehabilitación y la **reinserción social**, y servicios de apoyo relacionados. Todo ello con el objetivo de promover la salud y el bienestar social de los individuos, las familias y las comunidades, y de reducir las consecuencias adversas del abuso de drogas”.*

En 2020, se reformuló la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de CICAD/OEA (2020), en la cual los países reforzaron el compromiso de continuar formulando e implementando políticas y/o estrategias con enfoque de inclusión social, entre otras prioridades. Se destaca:

*“Principio 1. Las políticas de reducción de la demanda incluyen, como elementos esenciales, la prevención universal, selectiva e indicada, la prevención ambiental, la promoción de la salud, la intervención temprana, el tratamiento, la atención, la rehabilitación, **la integración social**, la recuperación, la reducción de las consecuencias adversas y los servicios de apoyo relacionados”.*

*“Principio 2. Los Estados Miembros **abordan el respeto a los derechos humanos, los procesos de estigmatización, la exclusión y la marginación social** asociados con los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias, los cuales impiden que las personas busquen, tengan acceso y/o completen los servicios de reducción de la demanda de drogas”.*

⁷³ CICAD/OEA (2010). Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos.

“Principio 17. Los Estados Miembros **promueven y fortalecen la formación y capacitación continua** y a todos los niveles de profesionales de salud, **trabajadores sociales, técnicos y otros actores que participan en la implementación de actividades en reducción de la demanda de drogas**”.

En línea con ambas Estrategias Hemisféricas sobre Drogas de 2010 y 2020, sus correspondientes Planes de Acción Hemisféricos sobre Drogas (2010-2014⁷⁴, 2015-2020⁷⁵, 2021-2025⁷⁶) han apoyado a los países en el desarrollo de objetivos y actividades prioritarias que promueven la inclusión social. Estos documentos hemisféricos contienen elementos esenciales para poder, a partir de ellos, formular e implementar políticas que promuevan la inclusión social de personas vinculadas y afectadas por las drogas.

El actual **Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025**⁸⁰ está dotado del enfoque de inclusión social en numerosos objetivos y acciones prioritarias:

Objetivo 2: Formular, implementar, evaluar y actualizar políticas y/o estrategias nacionales integrales sobre drogas, que promuevan enfoques equilibrados, multidisciplinarios y basados en la evidencia, respetando plenamente los derechos humanos y las libertades fundamentales, de acuerdo con el principio de responsabilidad común y compartida, en consonancia con las obligaciones de las partes conforme al derecho internacional, y que tengan un enfoque de género, edad, comunidad, contexto cultural y de desarrollo con **inclusión social**.

Acción prioritaria 2.6: Integración del enfoque de derechos humanos, de género y de **inclusión social**, especialmente en lo que respecta a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, en el proceso de formulación, implementación y actualización de políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas.

Acción prioritaria 3.4: Promoción de políticas públicas integrales y transversales para reducir y prevenir la delincuencia, la violencia, la **exclusión social** y la corrupción.

Acción prioritaria 3.6: Implementación de medidas que fomenten la participación ciudadana en la prevención del delito, construyan cohesión comunitaria, aumenten la seguridad pública, y que enfatizan la **inclusión social**.

Objetivo 5: Promover e implementar, cuando corresponda, de conformidad con las políticas, las leyes y las necesidades de cada país, programas integrales que propicien la **inclusión social**, especialmente de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Acción prioritaria 5.1: Formulación e implementación, según las características, intereses y necesidades de cada país, de programas interinstitucionales y multisectoriales que **promuevan la inclusión social** de las personas, familias y comunidades afectadas por el problema de las drogas, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

⁷⁴ CICAD/OEA. (2010). Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas (2011-2015). Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas.pdf

⁷⁵ CICAD/OEA (2015). Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas (2016-2020). Washington, Estados Unidos de América: Organización de los Estados Americanos. Accesible online: http://www.cicad.oas.org/mem/activities/poa/poa-version_final-esp.pdf

⁷⁶ CICAD/OEA (2020). Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas. Washington, D.C.

http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Plan_de_Accion_Hemisferico_sobre_Drogas_2021-2025_ESP.pdf

Acción prioritaria 1.1: Establecimiento y/o actualización de programas basados en la evidencia en los ámbitos de la promoción de la salud, prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la atención, la rehabilitación, la **integración social**, la recuperación y los servicios de apoyo relacionados, así como las iniciativas y las medidas destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública, teniendo en cuenta género, edad, comunidad y contexto cultural, y establecer mecanismos presupuestales para dichos programas.

Acción prioritaria 1.2: Desarrollar, fortalecer e/o implementar, según corresponda, mecanismos de coordinación para recolectar, analizar y difundir información sobre la disponibilidad, uso y resultados de los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación, recuperación y **reintegración social**, para el público en general y para diversas poblaciones objetivo, con el apoyo, según se requiera, de la sociedad civil e instituciones académicas y de investigación, como corresponda.

Acción prioritaria 1.5: Promoción de medidas y programas nacionales de prevención, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación e **integración social**, con un enfoque integral y equilibrado de reducción de la demanda de drogas y, en ese sentido, promover estándares nacionales reconocidos por los Estados Miembros y/o los Estándares Internacionales de Prevención del Uso de Drogas y los Estándares Internacionales de Tratamiento de Trastornos por Uso de Drogas, ambos desarrollados conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Objetivo 3: Establecer y fortalecer, según corresponda, un sistema nacional de atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social** para personas usuarias de drogas, integrado con los sistemas de salud, y que respetan los derechos humanos y ofrecen servicios específicos de acuerdo al género, y que, en la medida de lo posible, se diseñan y administran de acuerdo con estándares de calidad aceptados internacionalmente.

Acción prioritaria 3.1: Implementación y fortalecimiento de un sistema de cuidados comprensivo e inclusivo de programas y servicios integrales de atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social** en las redes de salud pública y/o de protección social, tomando en cuenta los "Estándares Internacionales de Tratamiento para los Desórdenes por uso de Sustancias", la Guía Técnica para que los Estados Miembros establezcan metas en relación del acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, publicada por OMS, UNODC y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS).

Acción prioritaria 3.2: Monitoreo y evaluación de los resultados de los programas y establecimientos públicos y privados de atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social**, tomando en cuenta la perspectiva de género, la edad y la cultura, según corresponda.

Acción prioritaria 3.4: Promoción de alternativas para ofrecer servicios de intervención temprana, atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social** a infractores de la ley penal usuarios de drogas como alternativa a su prosecución penal y/o privación de libertad.

Acción prioritaria 3.5: Establecimiento de programas de intervención temprana, atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social** para personas privadas de libertad.

Acción prioritaria 3.6: Formulación e implementación de mecanismos de cooperación con actores sociales y comunitarios que **proporcionan servicios de apoyo social y comunitario que coadyuvan a la integración social**, de las personas usuarias de drogas, en particular de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, de una manera continua, sostenible y orientada hacia la recuperación.

Acción prioritaria 3.8: **Promover medidas para abordar el estigma y la marginación social** asociados con los trastornos por uso de sustancias, que pueden disuadir a las personas de buscar, acceder y/o completar servicios de reducción de la demanda.

Acción prioritaria 4.2: Desarrollo y utilización de criterios para la certificación de prestadores de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e **integración social**, que considera niveles (p.ej. básico, intermedio y avanzado) y/o competencias especializadas (p. ej. Credencialización para comorbilidad de consumo de sustancias y trastornos mentales).

Acción prioritaria 4.3: Realización de una evaluación situacional para identificar las necesidades de capacitación de los prestadores de servicios de prevención, intervención temprana, atención, tratamiento, rehabilitación, recuperación e **integración social**.

4.3 Inclusión social desde diferentes escenarios: sistema de salud, sistema social y sistema judicial

La inclusión social de personas afectadas por las drogas se promueve y se trabaja desde el sistema de salud, el sistema social y el sistema judicial. Como ya se ha mencionado, el problema de las drogas es un problema de salud, el cual se debe tratar, pero también acarrea problemas sociales, problemas legales y penales, como la realización de actividades ilegales, la participación en eventos de violencia y criminalidad, entre otros. Las personas con consumos problemáticos de drogas se hallan en el sistema de salud y en el sistema social por la necesidad de recibir tratamiento y servicios sociales, pero también en el sistema judicial por causa de penalizaciones sobre actividades ilegales relacionadas con las drogas. La integración social y laboral de este colectivo debe trabajarse desde todos estos sistemas.

Cada sistema presenta sus propias lógicas y complejidades, pero también establecen sinergias y líneas de trabajo conjuntas (Figura 4).

Figura 4. Integración sociolaboral desde el sistema de salud y sistema judicial



Inclusión social desde el sistema de salud y el social

Los servicios de salud, así como los servicios sociales, deben estar preparados para realizar un trabajo coordinado y colaborativo, a fin de responder de manera eficiente a las demandas de las personas y familias afectadas por las drogas. Deben **formular e implementar diversos abordajes integrales** que tengan en cuenta los principales factores de exclusión y las barreras de acceso a tratamiento. Este abordaje integral debe contemplar el tratamiento de la enfermedad y la inclusión de la persona en su comunidad. El tratamiento de los consumos problemáticos de drogas no alcanzaría su último objetivo si no se trabajara, al mismo tiempo, en todos los aspectos relacionados con la normalización de los estilos de vida y con la plena integración social y laboral de las personas afectadas. El tratamiento e integración social constituyen dos procesos paralelos que conforman las dos caras de una misma realidad.

Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y en apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad. Por lo que estos servicios deben acompañar a las personas en sus procesos de recuperación, mediante la articulación de redes de prestaciones de servicios sociales y de empleo que den respuesta a las necesidades de quienes requieren acompañamiento en los procesos de incorporación sociolaboral.

Inclusión social desde el sistema judicial

La inclusión social y laboral de las personas con consumos problemáticos en centros privados de libertad o en otro tipo de sistema penitenciario, también requieren de la articulación de servicios socio-sanitarios y de empleo para lograr su integración. En general, los centros privativos de libertad cuentan o deben contar con programas de integración sociolaboral que promuevan la participación de las personas en actividades formativas y laborales, mientras se encuentran privadas de libertad. Algunos de ellos cuentan con apoyo a la integración laboral, pero la mayoría lo hacen en coordinación con programas de incorporación sociolaboral externos.

El desafío de los programas de integración sociolaboral es estrechar lazos y coordinar acciones de colaboración con los programas de integración laboral externos, para apoyar a las personas en sus necesidades vinculadas al empleo, pero también aquellas relacionadas con las siguientes esferas: sociales, de salud, familiares, de habitabilidad y especialmente judiciales.

Sin duda que las necesidades y la situación de las personas que inician tratamiento desde el sistema de salud son muy diferentes que las de aquellas que lo hacen desde los ámbitos judicial y penitenciario. Sin embargo, y sin olvidar esas especificidades, la mirada ha de ser la misma y se deben abordar igualmente todas las dimensiones necesarias.

En el caso de los programas de justicia terapéutica se trabaja en la integralidad del proceso de integración social, estimulando la cooperación entre los sistemas salud y social, y el de justicia, abordando las complejas necesidades de la persona. Los programas de justicia terapéutica definen la integralidad en la integración social y abarca todas las siguientes dimensiones (figura 5):

Figura 5. Elementos de la integralidad según el modelo de la Guía de Justicia Terapéutica



- **Educación:** la persona con antecedentes penales se encuentra muy a menudo con estudios interrumpidos y con falta de diplomas o capacitación laboral. Para apoyar en el proceso de inserción socio laboral es imprescindible trabajar en fortalecer la educación formal y no formal. Las personas que tienen un bajo nivel de habilidades educativas son menos empleables y por esta razón es más probable que vuelvan a delinquir. Según Goldstein⁷⁷ las habilidades sociales son destrezas que permiten y mejoran la convivencia, requieren madurez, control emocional y buenas disposiciones, y se articulan en 6 tipos: 1. *Primeras habilidades sociales* (escuchar, dar las gracias, hacer una pregunta, presentarse) 2. *Habilidades sociales avanzadas* (pedir ayuda, disculparse, dar instrucciones), 3. *Habilidades relacionadas con los sentimientos* (expresar sentimientos, resolver el miedo, tomar decisiones) 4. *Habilidades alternativas a la agresión* (establecer un objetivo, resolver los problemas según su importancia, tomar una decisión, concentrarse en una tarea), 5. *Habilidades para hacer frente al estrés* (responder al fracaso, resolver la vergüenza y hacer frente a las presiones del grupo, compartir algo), 6. *Habilidades de planificación* (ayudar a los demás, negociar, empezar y lograr el autocontrol, y evitar los problemas con los demás). Adquirir o mejorar estas habilidades contribuye a la resiliencia de las personas en enfrentar los cambios y mejora la capacidad de tomar decisiones responsables para sí mismos y sus familias.
- **Empleo:** la búsqueda de empleo o desempleo es una de las áreas fundamentales en el proceso de integración social. El empleo brinda autonomía, es fuente de ingreso para las personas y sus familias, y contribuye a la realización personal y a la estabilidad social. Las oportunidades como cursos de formación profesional para lograr la certificación, clases de preparación para entrevistas de trabajo, ayuda y seguimiento a la integración a un puesto de trabajo, etc. son aspectos importantes que mejoran las oportunidades de conseguir un trabajo y mantenerlo en el tiempo.

⁷⁷ Goldstein, A. y Sprafkin, R. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia* Barcelona. Martínez Roca.

- **Asistencia económica:** en las primeras etapas del proceso de integración social la persona podría necesitar de asistencia económica como, por ejemplo, información sobre cómo identificar y acceder a los programas de asistencia económica, asesoría especializada, entre otras.
- **Vivienda:** encontrar una vivienda estable, libre de drogas y violencia puede ser uno de los mayores desafíos en la integración social de las personas. Programas que apoyan lugares de transición son sumamente importantes para asegurar que las personas no recaigan en el consumo ni en actividades ilícitas.
- **Deporte:** un estilo de vida saludable apoya al proceso de integración social. Practicar deportes y realizar actividades de ocio se pueden convertir en oportunidades de crecimiento personal y de alejar a las personas del consumo y de la reincidencia delictiva.
- **Entorno social:** tiene un papel crucial en fortalecer el proceso de integración social. Se identifican tres círculos de relación para la persona: la pareja, las amistades/compañeros de trabajo y la familia.

Relaciones familiares y amistades pueden proporcionar apoyo en el proceso de integración social. En el caso de familias disfuncionales y amistades que hacen uso habitual de sustancias o que se dedican a actividades criminales o ilícitas, la persona puede verse otra vez en un entorno que debilite los alcances que ha logrado en el programa de tratamiento e integración social.

- **Cultura:** las actividades culturales y artísticas pueden ser fuente de motivación, realización personal y superación. De igual manera algunas formas artísticas como el teatro pueden fomentar la integración, el compromiso social, así como estimular la creación de relaciones interpersonales.
- **Salud:** los programas de integración social de justicia terapéutica se propone una visión integral de la salud, y se brinda atención a todos los aspectos de la persona, empezando por las necesidades médicas, pero igual atendiendo asuntos de prevención de enfermedad o inclusive aspectos de salud mental, si necesario.
- **Consumo de drogas:** este aspecto se ha tratado ampliamente en la presente guía. Una vez más, hay que subrayar que el uso problemático de drogas es un problema de salud pública y como tal requiere un diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia. En el programa de justicia terapéutica se identifican los riesgos y las necesidades de las personas participantes para vincularlos a la oferta de tratamiento basado en la evidencia disponible que mejor corresponda a cada individuo.

Concluyendo, los puntos trascendentales del modelo de integralidad en los programas de justicia terapéutica destacan los siguientes:

- Todos estos aspectos de la integralidad hacen parte de la integración social y deben contemplarse desde el primer contacto con la persona en el programa y se desarrollan durante el tiempo.
- De igual manera, cabe destacar que las necesidades de la persona en conflicto con la ley no son estáticas, pueden cambiar y de hecho van a cambiar durante el tiempo. Por esta razón se aconseja evaluar los avances individuales para poder adaptar el plan de integración sociolaboral para que siga suportando el gradual empoderamiento del participante y su camino hacia la autonomía y el ejercicio de una plena ciudadanía.



OEA | CICAD

