



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



# De la coerción a la cohesión

Tratamiento de la drogodependencia  
mediante atención sanitaria  
en lugar de sanciones

DOCUMENTO DE DEBATE



OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO  
Viena

**De la coerción a la cohesión:  
Tratamiento de la drogodependencia  
mediante atención sanitaria  
en lugar de sanciones**

Documento de debate basado en un curso práctico científico  
UNODC, Viena  
28 a 30 de octubre de 2009



NACIONES UNIDAS  
Nueva York, 2011

© Naciones Unidas, septiembre de 2010. Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

El presente documento no ha pasado por los servicios de edición.

Sección encargada de la publicación: Sección de Servicios en Inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas en Viena.

## **Reconocimiento**

El presente proyecto de documento de debate fue preparado por Gilberto Gerra, de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas de la UNODC, y Nicolas Clark, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, sobre la base de las deliberaciones de un grupo internacional de expertos que asistió a un curso práctico científico celebrado en Viena en octubre de 2009 con el título: “¿Tratamiento voluntario u obligatorio de la drogodependencia? Del tratamiento obligatorio a la alianza terapéutica”.

Amelia M. Arria  
David Basangwa  
Giuseppe Carrà  
Anna Maria Fanfarillo  
Emily Finch  
Xiuli Gong  
Wolfgang Höcker  
West Huddleston  
Adrian Marcel Iancu  
Valeria Eva Marolla  
Timothy John McSweeney  
Lubomir Okruhlica  
Marianne van Ooyen  
Elizabeth Saenz  
Elisabetta Simeoni  
Markku Soikkeli  
Emilis Subata  
Maria Ann Sullivan  
Katri Tala  
Zunyou Wu

Los autores agradecen a Adrian Carter y Wayne Hall su labor como editores del documento. Además, dan las gracias a Vladimir Poznyak, Tomris Atabay, Guillermo Barcnas, Sonia Bezziccheri, Sandeep Chawla, Nathalie Drew, Monika Hillebrand, Valerie Lebaux, Erika Martins, Jorge Rios y Juana Tomás-Rosselló, quienes dedicaron generosamente su tiempo al examen del proyecto de publicación y formularon observaciones.

Los autores agradecen también su dedicación al personal de la Dependencia de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la UNODC, en particular a Anja Busse por haber coordinado la redacción del documento. Asimismo, dan las gracias a la Sra. Barbara Gerbautz, quien, durante su pasantía, realizó un examen de la literatura sobre el tratamiento como alternativa a las sanciones penales.



## **Prefacio**

El objetivo del presente proyecto de documento de debate, titulado “De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones”, es promover un enfoque de la drogodependencia de orientación sanitaria. En los tratados de fiscalización internacional de drogas se concede a los Estados Miembros flexibilidad para adoptar un enfoque de esa índole. El tratamiento que se ofrezca como alternativa a las sanciones de la justicia penal tiene que basarse en pruebas y estar en consonancia con las normas éticas. En el presente documento se esboza un modelo de remisión del sistema de justicia penal a un sistema de tratamiento que es más eficaz que el tratamiento obligatorio, entraña menos limitación de la libertad, reduce el estigma y ofrece a las personas y a la sociedad mejores perspectivas para el futuro. El tratamiento de la drogodependencia sin el consentimiento del paciente debería considerarse solo una opción a corto plazo y de último recurso en algunas situaciones de gran emergencia, en la que se tienen que aplicar las mismas normas éticas y científicas que en el tratamiento voluntario. Las violaciones de los derechos humanos que se cometen en nombre del “tratamiento” son ajenas a este enfoque.



Antonio Maria Costa  
Director Ejecutivo  
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito





## Índice

	<i>Página</i>
El tratamiento de la drogodependencia como alternativa a las sanciones de la justicia penal - un enfoque de salud pública basado en los tratados de fiscalización de drogas .....	1
Justificación científica del tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal.....	2
Formas de persuasión utilizadas en el tratamiento .....	3
Remisiones dispuestas por el sistema de justicia penal para la aplicación de tratamientos: alternativas a la reclusión que se ofrecen a los consumidores de drogas y los drogodependientes ..	4
Tratamiento obligatorio en ausencia del derecho a rechazarlo .....	6
Los tribunales especializados en casos de drogas en comparación con el sistema de justicia penal en general .....	8
Conclusión.....	8
Referencias.....	10



## **El tratamiento de la drogodependencia como alternativa a las sanciones de la justicia penal - un enfoque de salud pública basado en los tratados de fiscalización de drogas**

Uno de los objetivos declarados de los tratados de fiscalización internacional de drogas es proteger la salud de las personas y la sociedad frente a los efectos peligrosos del uso indebido de drogas. En virtud de esos tratados, los gobiernos deben limitar el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas a fines médicos y científicos para proteger a las personas, en particular a las más vulnerables, de las consecuencias para la salud y el comportamiento del uso indebido de drogas, incluso de la drogodependencia y de los problemas de integración relacionados con drogas que socavan la cohesión social y las oportunidades de desarrollo social.

Al respecto, en el artículo 38 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes se estipula que “las Partes prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas” y “adoptarán todas las medidas posibles al efecto”, con lo cual se subraya el importante papel de las intervenciones sanitarias y sociales.

Además, en el artículo 14, párrafo 4, de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988, se estipula que “...las Partes adoptarán medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano y acabar con los incentivos financieros del tráfico ilícito”. En esa disposición de la Convención, se hace hincapié en la reducción del sufrimiento humano ocasionado por las consecuencias sanitarias y sociales del uso indebido de drogas, así como en la lucha contra las ganancias ilícitas de las organizaciones delictivas.

La posesión, el cultivo y la compra de drogas en forma ilícita son delitos penales de acuerdo con las disposiciones de la Convención de 1988. Sin embargo, de conformidad con el enfoque de orientación sanitaria, en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (artículo 36, párrafo 1 b)) se estipula que “las Partes podrán (...) someter (...) a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social” a “las personas que hagan uso indebido de estupefacientes”. De acuerdo con ese enfoque, en el análisis del principio de proporcionalidad contenido en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007 (EN/INCB/2007/1) se puso de relieve que “cuando los delitos entrañen la posesión o adquisición de drogas ilícitas para el consumo personal del delincuente, o el cultivo para la producción de esas drogas, esas medidas pueden aplicarse en sustitución absoluta de la declaración de culpabilidad o la condena”.

En los tratados se alienta a la adopción de un enfoque de orientación sanitaria del consumo ilícito de drogas y la drogodependencia, en lugar de dependerse únicamente de un enfoque de orientación punitiva. En el caso de los consumidores de drogas que no son drogodependientes, el enfoque de orientación sanitaria puede consistir en: impartir educación, suministrar información fiable, proporcionar brevemente orientación con respecto a la motivación y el comportamiento y adoptar medidas para facilitar la reintegración social y reducir el aislamiento y la exclusión social. En el caso de los drogodependientes, ese enfoque puede entrañar también un apoyo social más amplio y tratamiento farmacológico y psicosocial más específico, así como atención ulterior.

De conformidad con las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y la atención ulterior deben considerarse un proceso sustitutivo de las sanciones de la justicia penal. Se puede alentar a las personas que padecen trastornos debidos al uso indebido de sustancias y que han cometido un delito relacionado con las drogas a recibir tratamiento en lugar de cumplir sanciones impuestas con arreglo a la justicia penal.

Este tipo de intervención, en que se recurre al poder coercitivo del sistema de justicia penal, no significa necesariamente que el tratamiento sea obligatorio o entrañe la privación de la libertad: la persona tiene aún la posibilidad de elegir entre la aceptación del tratamiento, la reclusión o una sanción administrativa.

El tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal representa una oportunidad que la comunidad ofrece a los consumidores de drogas y los drogodependientes para que acepten alguna forma de asistencia. Por lo general, se brinda a los pacientes alguna posibilidad de elección en lo que respecta a educación, atención sanitaria, tratamiento y rehabilitación, y no se los obliga a iniciar un tratamiento sin su aprobación. Ese tipo de presión es muy diferente al tratamiento obligatorio, en el que no se permite a la persona negarse a recibirlo ni elegir su modalidad.

Las alternativas previstas en los tratados para sustituir a las sanciones se describen como intervenciones educativas y clínicas. Se pueden ofrecer esas alternativas a las sanciones de la justicia penal sin violar el derecho de los consumidores de drogas y los drogodependientes a rechazar el tratamiento, con lo cual se logra un equilibrio entre el deseo de la comunidad de reducir el número de delitos relacionados con las drogas y el derecho de las personas a recibir tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas.

### **Justificación científica del tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal**

El paso de un enfoque de orientación punitiva a otro de orientación sanitaria es compatible con los tratados de fiscalización internacional de drogas. Asimismo, concuerda con un gran cúmulo de pruebas científicas. Entre estas se cuentan pruebas epidemiológicas y de otros ámbitos científicos que demuestran que el consumo dañino y adictivo de drogas se relaciona frecuentemente con desventajas individuales y sociales (Hawkins et al., 1992, Kreek et al., 2005, Sinha, 2008). Las pruebas científicas incluyen también investigaciones clínicas y neurobiológicas que indican que la drogodependencia es una enfermedad crónica y de múltiples factores y afecta el funcionamiento del cerebro de manera tal que dificulta lograr la abstinencia a corto plazo (Carter et al., 2009, Goldstein et al., 2009, OMS, 2004). Hay cada vez más pruebas de que el enfoque de orientación sanitaria es también más eficaz para reducir el consumo ilícito de drogas y el daño social que éstas causan (Chandler et al., 2009, Gerstein y Harwood, 1990).

De las nuevas conclusiones científicas se desprende que muchos factores contribuyen a la patogénesis de la drogodependencia. Algunos aumentan la disposición de una persona a experimentar con drogas y su susceptibilidad a convertirse en dependiente de ellas si las consume (Volkow y Li, 2005). Entre esos factores figuran los siguientes: amplios antecedentes de desventajas sociales y personales; un temperamento y rasgos de personalidad influidos por variantes genéticas (Dick et al., 2006, Merikangas et al., 2009); problemas prenatales; experiencias infantiles adversas; una educación deficiente; falta de conexión emocional con la familia y aislamiento social; y trastornos psiquiátricos (Fergusson et al., 2008, Zucker et al., 2008). Todos esos factores pueden contribuir a generar susceptibilidad psicobiológica a trastornos derivados del consumo indebido de sustancias. Además, una gran proporción de personas drogodependientes empiezan a consumir drogas y lo siguen haciendo en un intento inútil de hacer frente a condiciones adversas en su vida, como la violencia y los abusos, la pobreza extrema y la exclusión social, el hambre y el trabajo excesivo (Khantzian, 1985).

La drogodependencia es un trastorno de la salud (una enfermedad) provocado por la exposición a las drogas de personas aquejadas de estos tipos de vulnerabilidad psicobiológica preexistente. De esa forma de comprender la drogodependencia se desprende que el castigo no es la respuesta apropiada frente a los drogodependientes (Chandler et al., 2009, Dackis y O'Brien, 2005, McLellan et al., 2000). En efecto, la reclusión puede ser contraproducente para la recuperación de personas vulnerables a las que ya han "castigado" las experiencias adversas de su infancia y adolescencia y que tal vez sean ya vulnerables desde los puntos de vista neurológico y psicológico (Neale y Saville, 2004).

Los "pobres" corren mayores riesgos de delinquir y ser apresados que las personas que disponen de ingresos suficientes y viven en un entorno más privilegiado. Quienes tienen antecedentes penales ven limitado el acceso al empleo y su estancia en la prisión les hace perder un tiempo valioso, lo que reduce aún más sus posibilidades de llevar una vida sostenible.

De hecho, la reclusión penitenciaria y el confinamiento en centros donde se aplica un tratamiento obligatorio a los consumidores de drogas frecuentemente empeoran la vida ya problemática de estos y de los

drogodependientes, en particular de los más jóvenes y más vulnerables (Jurgens y Betteridge, 2005). La exposición de estas personas al entorno penitenciario facilita la amistad con delincuentes de más edad y la afiliación a grupos y organizaciones delictivos. Asimismo, hace aumentar el estigma y ayuda a forjar una identidad delictiva. Con frecuencia aumenta la exclusión social, empeora el estado de salud y se reducen las aptitudes sociales. Las alternativas a la reclusión en la comunidad (para un tratamiento ambulatorio o en un entorno terapéutico residencial), como el tratamiento farmacológico de la dependencia de opiáceos acompañado de apoyo psicosocial, pueden ser más eficaces que la prisión como medio de reducir el número de delitos relacionados con las drogas (Chandler et al., 2009).

En muchos países, a pesar de que los consumidores de drogas constituyen gran parte (o la mayoría) de la población de las prisiones, el sistema penitenciario carece de programas de tratamiento y rehabilitación apropiados para los reclusos, incluido el tratamiento de los trastornos psiquiátricos concomitantes que afectan a una alta proporción de los reclusos drogodependientes (Baillargeon et al., 2009, Organización Mundial de la Salud, 2005a). Además, frecuentemente se hace caso omiso de que, durante el período de detención, los delincuentes se dedican al consumo dañino de alcohol y de drogas sujetas a receta médica. Se ha comprobado que, después de la puesta en libertad de personas drogodependientes, se registra entre ellas una alta tasa de reincidencia en el uso indebido de drogas, las sobredosis de drogas y las actividades delictivas (Dolan et al., 2005, Ramsay, 2003).

Además, en las prisiones y demás establecimientos de reclusión suele haber una alta proporción de personas con trastornos debidos al consumo de drogas (Oliemeulen et al., 2007) y, posteriormente, también infectadas con el VIH y enfermas de tuberculosis (ACNUR, 1996; OMS, 1993; UNODC, 2006). Dado que los reclusos siguen consumiendo drogas inyectables y realizando otras actividades de alto riesgo con respecto a la difusión del VIH y la hepatitis, el entorno penitenciario favorece mucho la difusión del VIH (Gore et al., 1995, Jurgens y Betteridge, 2005). El frecuente hacinamiento en las prisiones se vincula con un alto riesgo de transmisión de la tuberculosis, lo cual es particularmente problemático para las personas que ya han contraído el VIH. La falta de continuidad en el tratamiento del VIH al entrar en las prisiones o salir de ellas aumenta el riesgo de desarrollar cepas del virus resistentes a los medicamentos.

Hay pruebas considerables de que el tratamiento eficaz de la drogodependencia con intervenciones clínicas (ya sea tratamiento interno o ambulatorio) en lugar de sanciones penales, aumenta sustancialmente la recuperación y reduce los gastos relacionados con la lucha contra la delincuencia y la justicia penal (Koeter y Bakker, 2007, McSweeney et al., 2007, Uchtenhagen et al., 2008). Ello mejora los resultados tanto respecto de las personas con trastornos por consumo de drogas como de la comunidad, en comparación con los efectos de las sanciones de la justicia penal por sí solas. En consecuencia, se debería tener en cuenta esta opción en el caso de todas las personas declaradas culpables de algún delito relacionado con las drogas.

## **Formas de persuasión utilizadas en el tratamiento**

### **Tratamiento voluntario sin la amenaza de sanciones de la justicia penal**

Se puede decir que todo tratamiento voluntario entraña ciertos elementos de presión y persuasión. En algunos casos, pueden bastar la presión social oficiosa o la presión de la familia y los amigos para que una persona inicie o continúe su tratamiento (Wild, 2006). Esa presión puede consistir en palabras de aliento para que la persona se someta a tratamiento o en la amenaza de consecuencias negativas como separación, divorcio o pérdida del apoyo financiero (Marlowe et al., 1996, Stevens et al., 2006).

Los equipos de divulgación y otros terapeutas o asistentes sociales toman contacto con las personas drogodependientes que no están aún en tratamiento, con el propósito de motivarlas para que lo acepten. Las intervenciones destinadas a influir en el comportamiento pueden entrañar cierto grado de persuasión que ayude a los pacientes a modificar su comportamiento antes de que estén suficientemente motivados para reducir o abandonar el consumo de drogas (por ejemplo, mediante recompensas por un comportamiento positivo).

En las instalaciones de tratamiento, los métodos de gestión de factores imprevistos pueden incluir la utilización de incentivos para generar respuestas positivas al tratamiento, por ejemplo, dinero en efectivo, vales o un aumento de las dosis permitidas a los pacientes que reciben tratamiento con metadona o buprenorfina.

Frente a las formas graves de drogodependencia, una mayor presión social puede alentar eficazmente a los drogodependientes a iniciar o continuar el tratamiento. Ello puede abarcar la amenaza de consecuencias negativas oficiales como la suspensión de la licencia de conducir (en el caso de personas que no son capaces de conducir en condiciones de seguridad), la pérdida de la custodia de los hijos (en el caso de personas que no son capaces de cuidar a sus hijos como resultado del consumo de drogas), la pérdida del empleo (en el caso de personas incapaces de realizar sus labores como resultado del consumo de drogas) o la cancelación de las prestaciones de la seguridad social (en el caso de personas que no son capaces de cumplir las expectativas vinculadas con el recibo de esas prestaciones).

### **Remisiones dispuestas por el sistema de justicia penal para la aplicación de tratamientos: alternativas a la reclusión que se ofrecen a los consumidores de drogas y los drogodependientes**

Si bien el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines distintos de los fines médicos está prohibido en virtud de los tratados de fiscalización de drogas, la gravedad de las sanciones varía considerablemente de un país a otro (OEDT, 2009). Todos los países sancionan con severidad el tráfico de grandes cantidades de drogas y los delitos violentos relacionados con las drogas. Sin embargo, difieren considerablemente entre sí con respecto a sanciones por el consumo y la posesión de drogas para este fin. En algunos países, el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sin fines médicos se sanciona con pena de prisión. En otros países, el consumo no es un delito penal o no se sanciona con arreglo a la justicia penal. En algunas jurisdicciones, el sistema jurídico considera que la drogodependencia es un factor atenuante cuando se han cometido otros delitos relacionados con las drogas y puede imponer una sentencia más indulgente a una persona drogodependiente que a otra que no lo sea, en particular si la primera está dispuesta a someterse a tratamiento.

En los países donde se imponen penas más severas por la posesión y el consumo de drogas, la cantidad de consumidores de drogas encarcelados es mayor que en otros países y ello entraña gastos significativos para la comunidad. Este enfoque no parece tener un efecto disuasivo del problema en la comunidad, en comparación con los países donde no se imponen sanciones severas por la posesión y el consumo de drogas (Reuter y Stevens, 2007).

La educación, el tratamiento de la drogodependencia, la atención ulterior, la rehabilitación y la reintegración social pueden sustituir eficazmente las sanciones penales impuestas por delitos relacionados con drogas (véase también una visión general más amplia de otras opciones diferentes a la reclusión en UNODC, 2007), puesto que se ha demostrado que el tratamiento reduce más que la reclusión la delincuencia relacionada con las drogas (Gerstein y Harwood, 1990, Gwydish et al., 2001). Lo ideal sería que el tratamiento voluntario estuviera disponible para todas las personas que lo necesitaran y lo pidieran. Sin embargo, no todas las personas que cometen delitos relacionados con drogas pueden someterse a tratamiento debido a su alto costo y a que no tienen acceso a éste. En algunos países, en el presupuesto del sistema de justicia penal se prevé el pago del tratamiento de las personas acusadas de consumo de drogas y delitos conexos o sentenciadas por ello, porque el tratamiento es una forma más barata y más eficaz de prevenir la delincuencia que la reclusión. Con frecuencia, muchos drogodependientes que encaran una acusación o una posible sentencia por consumo de drogas o delitos conexos, y a quienes se ofrece la opción de un tratamiento económico, humano y eficaz en la comunidad como alternativa proporcional a las sanciones penales, eligen voluntariamente someterse al tratamiento (van Ooyen, 2008).

En la siguiente sección se describen los principios según los cuales se podría organizar de la manera más eficaz y humana esa oferta de tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal.

## **Prácticas idóneas con respecto a las remisiones a tratamiento dispuestas por el sistema de justicia penal**

De las pruebas disponibles se deduce que la educación, el tratamiento y la atención con arreglo a un mandato jurídico, pueden sustituir eficazmente a la reclusión o la detención domiciliaria obligatoria de las personas drogodependientes. Estas medidas se pueden ofrecer en sustitución de las sanciones penales por infracciones que no figuran como delitos relacionados con las drogas en los tratados de fiscalización de drogas, pero a cuya comisión han contribuido el consumo de drogas o la drogodependencia, por ejemplo, los delitos contra la propiedad para financiar el consumo de drogas. Es necesario brindar ese tratamiento de tal manera que no se violen los derechos de los consumidores de drogas, que deben tener la posibilidad de decidir si desean participar en el tratamiento y de elegir la forma de ese tratamiento (Porter et al., 1986). La presión jurídica puede alentar a participar en el tratamiento, pero debe ser la persona quien decida si lo acepta.

Se debería restablecer de manera progresiva la oportunidad de iniciar un tratamiento, facilitando el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la participación en la comunidad, aumentando la cohesión social y estableciendo una alianza terapéutica. Desde esa perspectiva, el tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal no tiene que ser la antítesis de la motivación, sino una oportunidad de cambio. Si se procede de esa manera, la motivación de la persona para recuperarse puede llegar a constituir un paradigma del tratamiento estipulado. La calidad no se ve necesariamente comprometida por el carácter obligatorio del tratamiento, que puede ser tan eficaz como el que comienza de manera más voluntaria (Burke y Gregoire, 2007).

Lo ideal sería que el tratamiento, suministrado en la comunidad, basado en pruebas fácticas y concebido como una alternativa a las sanciones de la justicia penal, incluyera intervenciones clínicas y sociales (tanto psicosociales como farmacológicas) a cargo de un equipo variado de profesionales, con los auspicios del sistema de atención de la salud.

En esa situación:

1. Los consumidores de drogas o las personas drogodependientes que encaran sanciones de la justicia penal por un delito relacionado con las drogas consienten en someterse a tratamiento y están en libertad de abandonarlo en cualquier momento (aunque en tal caso quedarían sujetos a las sanciones del sistema de justicia penal por el delito original relacionado con las drogas).
2. El tratamiento se rige por directrices clínicas basadas en pruebas científicas. Cuando se carece de tales pruebas, se evalúan nuevos enfoques de manera rigurosa (Comisión de Política en materia de Drogas del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, 2008).
3. El tratamiento se brinda con un interés humano y en concordancia con los principios uniformes de la ética aplicable a la atención de la salud, como el respeto de la autonomía y la dignidad de la persona.
4. Se informa a los pacientes de los riesgos y beneficios de una gama de opciones de tratamiento.
5. En los programas se establece una alianza terapéutica entre el personal y los pacientes, a pesar de que los pacientes deban someterse obligatoriamente al tratamiento.
6. El proceso jurídico del tratamiento como alternativa a las sanciones de la justicia penal es compatible con la constitución y las leyes del país, incluso las que protegen las libertades públicas del paciente.
7. La protección de los derechos de las personas emana del “proceso debido” y de procedimientos transparentes que vigila el sistema judicial oficial del país.
8. Las personas a las que no se ha declarado culpables de un delito no deberían estar sujetas a medidas jurídicas indebidas (es decir, deberían estar sujetas a las mismas medidas jurídicas que las personas sospechosas o acusadas de algún delito).
9. Las personas que encaran sanciones de la justicia penal son cabalmente informadas de las opciones de tratamiento disponibles en lugar de las sanciones. Se les debería informar también del probable impacto que tendría en el proceso penal su elección del tratamiento, e incluso de lo que se esperaría de ellas en el curso de éste, y del modo en que sus progresos en el tratamiento afectarían a cualquier sanción de la justicia penal.

10. El tratamiento está disponible por iniciativa del sistema de justicia penal, que sufraga los gastos correspondientes en caso de necesidad.
11. Las personas que encarar sanciones de la justicia penal no han de recibir sanciones penales más graves como resultado de su decisión de someterse a tratamiento. Quienes cumplen los requisitos del tratamiento (incluso en forma solo parcialmente satisfactoria) deben seguir recibéndolo mientras les resulte beneficioso.
12. Los delincuentes drogodependientes tienen derecho a abstenerse de elegir el tratamiento que se les ofrece en lugar de las sanciones de la justicia penal. En ese caso, las sanciones de la justicia penal no deberían ser más severas de lo que habrían sido si no se hubiera ofrecido a esas personas la posibilidad de elegir el tratamiento, o si esas personas no hubieran consumido drogas.
13. Se debería respetar el carácter confidencial de la información suministrada por el paciente, como en el caso de cualquier otro paciente. Por ejemplo, los pacientes, como parte de su acuerdo con el tribunal, pueden estar de acuerdo en que se proporcione al tribunal información sobre su tratamiento. El tribunal tiene que estar informado del cumplimiento por el paciente y puede revocar las medidas opcionales en caso de incumplimiento.
14. Aunque los programas de tratamiento formen parte del concepto del tratamiento en sustitución de sanciones de la justicia penal, deberían atenerse a su papel terapéutico, adoptando un enfoque caracterizado por la compasión y el apoyo y evitando convertirse en agentes de sanciones. El tratamiento no debería convertirse en una forma de castigo extrajudicial.
15. Los enfoques del tratamiento basado en la comunidad deberían acompañarse de apoyo social de emergencia y de la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vivienda, higiene y ropa. El apoyo social primario proporciona un alojamiento adecuado, reduce la pobreza y una intervención gratuita esencial para facilitar el contacto con los drogodependientes, de manera que puedan asistir a programas de tratamiento y ocuparse de su propia salud en general. Además, podrían necesitarse intervenciones relacionadas con medios de subsistencia sostenibles, como la capacitación en aptitudes profesionales o la educación alternativa, el acceso a la generación de ingresos, el microcrédito y el asesoramiento profesional.

### **Tratamiento obligatorio en ausencia del derecho a rechazarlo**

La amenaza de sanciones de justicia penal puede hacer que algunos drogodependientes que se hallen a disposición del sistema de justicia penal se sometan a tratamiento. En el caso de un pequeño número de ellos, el tratamiento obligatorio de corta duración puede justificarse únicamente en situaciones de emergencia, como una manera de proteger a esas personas o a la comunidad. Sin embargo, incluso en esas circunstancias la ética de su administración sin consentimiento es materia de debate, y puede constituir violación de lo dispuesto en algunos tratados de las Naciones Unidas, como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. De cualquier modo, la duración de esa intervención debería ser, como máximo, de algunos días y debería realizarse únicamente bajo estricta supervisión legal.

### **Internamiento o tratamiento involuntario de corta duración en casos de emergencia**

El tratamiento obligatorio intensivo de corta duración para proteger a una persona con intoxicación aguda o afectada gravemente de otra manera por problemas de drogas puede justificarse si esa persona no está en condiciones de cuidar de sí misma y supone un riesgo inminente para su propia seguridad. Se trata de una situación análoga a aquella en que se administra tratamiento por emergencias psiquiátricas graves, como los brotes psicóticos, y en verdad debería regirse por los mismos principios. Además, en la mayoría de los países existen leyes en las que se dispone la detención por la policía (hasta el día siguiente o hasta que desaparezcan los efectos de la intoxicación), el traslado en régimen de internamiento a un servicio de tratamiento (como un hospital) o la administración de tratamiento de emergencia obligatorio en un centro de atención de salud.

Esos pacientes se hallan en grave riesgo de autoinfligirse daño o causarlo a otros, y han rechazado el tratamiento o no están en condiciones de expresar sus deseos con coherencia. En esas circunstancias, puede justificarse la remisión temporal a tratamiento obligatorio de corta duración sin su consentimiento, para proteger a esas personas y a la sociedad de las graves consecuencias de sus problemas para la salud y la



seguridad. La suspensión temporal de la autonomía del paciente puede contribuir a que esta se restablezca si se administran tratamientos efectivos para eliminar los comportamientos de alto riesgo y la agresividad hacia su propia persona y los demás. En estas situaciones, el objetivo es conjurar una emergencia médica o de seguridad grave y no administrar tratamiento prolongado contra la drogodependencia. Las intervenciones clínicas obligatorias deberían suspenderse una vez superada esa emergencia grave. Al aplicarse ese tipo de medidas obligatorias se deberían utilizar procedimientos judiciales transparentes y prudentes y evaluar la eficacia de esas intervenciones clínicas.

Ese tipo de tratamiento consistiría con la mayor frecuencia en hospitalización obligatoria breve (por ejemplo, por un lapso de entre algunas horas y un máximo de varios días) en los casos de intoxicación por alcohol o drogas, sobredosis de opioides o síntomas agudos de trastornos psiquiátricos concomitantes (por ejemplo, brotes psicóticos o impulsos suicidas causados por las drogas).

El tratamiento administrado sin el consentimiento informado del paciente y en circunstancias extraordinarias claramente definidas debe atenerse a los mismos criterios utilizados en las situaciones de emergencia psiquiátrica (Organización Mundial de la Salud, 2005b). Por ejemplo, se debería:

- Obtener la opinión clínica de por lo menos dos profesionales de la salud calificados en el sentido de que dicho tratamiento es necesario.
- Fijar una duración de varios días para el tratamiento obligatorio (período necesario para que la persona recupere un grado de autonomía suficiente que le permita adoptar decisiones sobre su propio bienestar).
- Prever una revisión judicial para decidir sobre la necesidad de continuarlo, en la que se garantice el derecho de apelación.
- Basarse en un plan médicamente correcto, prescrito para el caso concreto y sujeto a revisión periódica, que sea compatible con las prácticas idóneas internacionales basadas en pruebas y las normas de ética.

### **Tratamiento prolongado obligatorio**

En muchos países se administra tratamiento residencial prolongado contra la drogodependencia sin el consentimiento del paciente, lo que constituye en realidad un tipo de reclusión en condiciones de mínima seguridad.

No existen pruebas de los efectos terapéuticos de ese tipo de intervención en comparación con los regímenes de encarcelamiento habituales o con los sistemas de tratamiento voluntario basado en la comunidad. Se trata de una intervención cara y poco rentable, que no beneficia ni a la persona ni a la comunidad. No constituye una alternativa al encarcelamiento porque es una forma de él. En algunos casos, las instalaciones se convierten en colonias de trabajo en que los internos no reciben remuneración, sufren humillaciones y reciben un trato punitivo que constituye una forma de castigo extrajudicial.

Se ha sostenido que la administración de tratamiento prolongado para los trastornos debidos al consumo de drogas sin el consentimiento del paciente viola los acuerdos internacionales sobre derechos humanos y las normas de la ética médica (UNODC y OMS, 2008).

Si se dispusiera de recursos suficientes para el tratamiento voluntario, así como de mecanismos adecuados de remisión a tratamiento desde el sistema de justicia penal, y si se lograra la participación de la comunidad, la necesidad residual de recurrir a ese tipo de tratamiento obligatorio e involuntario debería disminuir hasta que se dejara de utilizarlo por completo.

## **Los tribunales especializados en casos de drogas en comparación con el sistema de justicia penal en general**

Como reacción ante el número cada vez mayor de delincuentes drogodependientes que pasan por el sistema de justicia penal sin recibir tratamiento para sus problemas fundamentales de drogodependencia, los sistemas judiciales de varios países han establecido tribunales especializados en casos de drogas a fin de sustituir el encarcelamiento de esos delincuentes por el tratamiento de su drogodependencia sujeto a supervisión (UNODC, 2007). Se ha determinado que esa forma de tratamiento es eficaz como alternativa a las sanciones de justicia penal (Prendergast y otros, 2008). Los resultados de 23 evaluaciones de programas confirmaron que los tribunales especializados en casos de drogas reducían considerablemente el consumo de drogas y los delitos conexos y reportaban economías.

Según los cálculos más rigurosos y moderados resultantes de cinco metaanálisis, con los tribunales especializados en casos de drogas se ha reducido la delincuencia en el considerable porcentaje del 35% en comparación con los resultados de las medidas de reclusión. Además, esos tribunales reportan al sistema de justicia penal economías en concepto de prestaciones de entre 2,21 dólares y 3,36 dólares por cada dólar que se gasta en su funcionamiento. La comunidad economiza no menos de 12 dólares (por dólar invertido) por la reducción del número de pacientes atendidos en los servicios de urgencia y en concepto de atención médica de otro tipo, hogares de acogida y reparación a las víctimas, por ejemplo, en casos de pérdida de bienes.

Los tribunales especiales que se ocupan exclusivamente de delitos relacionados con drogas son un medio de facilitar el tratamiento como alternativa a las sanciones de justicia penal. Los mismos principios pueden aplicarse en el sistema judicial en general sin necesidad de crear esos tribunales especializados.

## **Conclusión**

Como reacción ante el problema del consumo de drogas, muchos países han fijado penas rigurosas para ese consumo y los delitos conexos que han dado lugar al encarcelamiento de gran número de personas y su internación en centros de tratamiento obligatorio o colonias de trabajo, sin que ello haya tenido una repercusión importante a largo plazo en el consumo de drogas, la drogodependencia ni los delitos relacionados con las drogas en la comunidad, y que contravienen los principios de derechos humanos. Al mismo tiempo, el encarcelamiento prolongado de gran número de consumidores de drogas resulta caro. Además, supone grandes riesgos de contagio del VIH, la hepatitis y la tuberculosis en entornos cerrados y abiertos, lo que representa un problema considerable de salud pública para la comunidad. Por esa razón, muchos países están buscando alternativas al encarcelamiento por los delitos de consumo de drogas y otros conexos.

La existencia de servicios de tratamiento y atención eficaces, asequibles y humanos que satisfagan las diversas necesidades médicas y sociales de las personas con trastornos causados por el consumo de drogas en la comunidad facilitaría la aceptación voluntaria del tratamiento y permitiría prevenir los delitos relacionados con drogas. Con frecuencia se aplica cierto grado de presión para lograr que los drogodependientes se sometan a tratamiento y aumentar el número de los que se mantienen en ese régimen. Dicha presión puede abarcar desde la de carácter informal que ejercen familiares y amigos hasta la de carácter institucional y judicial, y su objetivo es lograr que se sometan a tratamiento como alternativa al encarcelamiento u otras sanciones legales. Según la forma en que se administre, el tratamiento como opción ante las sanciones de justicia penal no viola el derecho de los pacientes a rechazarlo o aceptarlo.

Si el tratamiento eficaz no es asequible para todas las personas con trastornos causados por el consumo de drogas, el sistema de justicia penal puede brindar acceso a él, a fin de asegurar su disponibilidad para los acusados o condenados por delitos relacionados con drogas. Prestar apoyo social básico de emergencia a los drogodependientes aumentaría su motivación y permitiría captar a las personas especialmente necesitadas. Para garantizar su sostenibilidad, las intervenciones de tratamiento y rehabilitación deben ir acompañadas por otras orientadas a la creación de medios de vida sostenibles que ofrezcan a los participantes la perspectiva de una vida futura autosuficiente y satisfactoria, lo cual reduciría el riesgo de recaídas.

En los tratados de fiscalización internacional de drogas, se alienta expresamente a utilizar el tratamiento como alternativa a las sanciones de justicia penal y se ha determinado que resulta más eficaz que el encarcelamiento para facilitar la recuperación de los drogodependientes y reducir la delincuencia relacionada con las drogas. Puede administrarse de manera que no viole los derechos de los pacientes, siempre que los afectados puedan tomar libremente la decisión de rechazarlo y se respeten la autonomía y los derechos humanos de los pacientes.

Se debe recurrir al tratamiento obligatorio o involuntario, es decir, sin el consentimiento del paciente, únicamente en determinados casos de trastornos graves que supongan un riesgo inmediato o inminente para la salud del paciente o la seguridad de la sociedad. El tratamiento involuntario de corto plazo para proteger a las personas vulnerables debería administrarse por el período necesario más breve posible, como último recurso y siempre bajo la responsabilidad de equipos multidisciplinarios, y debería hallarse sujeto a supervisión mediante procedimientos legales transparentes y someterse a evaluación rigurosa.

Aumentar el acceso de la comunidad a los servicios de tratamiento de la drogodependencia, así como convertirlos en una opción más interesante, mejorar la preparación de quienes los administran y reducir la estigmatización de quienes los reciben permitiría disminuir el grado de presión legal necesario para lograr que los afectados se sometieran al tratamiento.

Muchos drogodependientes tienen una actitud ambigua respecto de su incorporación al tratamiento y la suspensión o reducción de su consumo de drogas. Es posible que no encuentren servicios de tratamiento apropiados y ajustados a sus necesidades. Tal vez la mejor manera de transformar los servicios de tratamiento obligatorio en posibilidades de restablecer una perspectiva coherente y lograr una recuperación verdadera en un entorno comunitario sea contar con servicios que ofrezcan una amplia diversidad de tratamientos y programas de apoyo humanos, basados en pruebas científicas de su eficacia y que aumenten la motivación y promuevan la rehabilitación de los pacientes estableciendo una relación estrecha entre ellos y su terapeuta, sus familiares y la comunidad.

Según las investigaciones, la calidad, el funcionamiento y los resultados son los factores principales que determinan cuán interesantes son los programas de tratamiento de la drogodependencia para las personas afectadas por ella. Esa calidad depende de una mezcla de factores, por ejemplo, una infraestructura adecuada, un número suficiente de funcionarios competentes, una perspectiva de equipo, tiempo suficiente para cada paciente, normas clínicas claras y la legislación sobre drogas correspondiente, así como de la diversidad de métodos de tratamiento, la financiación y la capacidad de gestión de casos. Mediante los programas de tratamiento eficaces se presta un servicio que resulta interesante para los posibles pacientes y les crea un entorno acogedor.

El compromiso personal y la buena predisposición son indispensables para establecer una alianza terapéutica. Esta debe establecerse en el marco de un sistema de servicios amplios que contribuyan a la salud y el bienestar de las personas afectadas por el consumo de drogas, incluidos los de prevención del consumo de drogas y los de tratamiento y atención, complementados con los de atención médica general, los que prestan los tribunales, los sistemas de libertad condicional, las municipalidades y las instituciones de asistencia social (Ratna y Rifkin, 2007; Hughey y otros, 2008). Se debe movilizar a toda la comunidad en el proceso de rehabilitación y reinserción, adoptando estrategias coherentes para contribuir a la recuperación de las personas vulnerables que consumen drogas.

**Referencias**

- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G., Becker, E. A. (2009), Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Adm Policy Ment Health* 22: publicación electrónica anterior a la versión impresa.
- Burke, A. C. y Gregoire, T. K. (2007), Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health Soc Work*, 32, págs. 7 a 15.
- Carter, A., Capps, B. y Hall, W. (2009), *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*, Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W. y Volkow, N. D. (2009), Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301, págs. 183 a 190.
- Comisión de Política Antidrogas del Reino Unido (*United Kingdom Drug Policy Commission* (2008)) *Reducing drug use, reducing reoffending: Are programmes for problem drug-using offenders in the UK supported by the evidence?*, Londres, Comisión de Política Antidrogas del Reino Unido.
- Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1996) *El VIH en las cárceles. Declaración sobre el VIH/SIDA en las cárceles del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (52º período de sesiones, tema 8 del programa)*, Estrasburgo, Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Dackis, C. y O'Brien, C. (2005), Neurobiology of addiction: Treatment and public policy ramifications. *Nature Neuroscience*, 8, págs. 1431 a 1436.
- Dick, D. M., Bierut, L., Hinrichs, A., Fox, L., Bucholz, K. K., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Schuckit, M., Almasy, L., Tischfield, J., Porjesz, B., Begleiter, H., Nurnberger, J. Jr., Xuei, X., Edenberg, H. J., Foroud, T. (2006), The role of GABRA2 in risk for conduct disorder and alcohol and drug dependence across developmental stages. *Behav Genet* 36(4): págs. 577 a 590.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. y Wodak, A. D. (2005), Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*, 100, págs. 820 a 828.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2008), The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 96(1-2): págs. 165 a 177.
- Gerstein, D. R. y Harwood, H. J. (1990), *Treating drug problems* (vol 1). A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Goldstein, R. Z., Craig, A. D., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A. R., Paulus, M. P., Volkow, N. D. (2009), The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 13(9): págs. 372 a 380.
- Gore, S. M., Bird, A. G., Burns, S. M., Goldberg, D. J., Ross, A. J. y Macgregor, J. (1995), Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison. *BMJ*, 310, págs. 293 a 296.
- Guydish, J., Wolfe, E., Tajima, B., Woods, W. J. (2001), Drug court effectiveness: a review of California evaluation reports, 1995-99. *J. Psychoactive Drugs* 33(4): págs. 369 a 378.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992), Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, págs. 64 a 105.
- Hughey, J., Peterson, N. A., Lowe, J. B. y Oprescu, F. (2008), Empowerment and sense of community: clarifying their relationship in community organizations. *Health Educ Behav*, 35, págs. 651 a 663.

- Jurgens, R. y Betteridge, G. (2005), Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health and Human Rights*, 8, págs. 46 a 74.
- Khantzian, E. J. (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, págs. 1259 a 1264.
- Koeter, M. y Bakker, M. (2007), *Effectevaluatie van de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV)*, Meppel, Boom Juridische uitgevers.
- Krebs, C. P., Lindquist, C. H., Koestse, W., Lattimore, P. K. (2007), Assessing the long-term impact of drug court participation on recidivism with generalized estimating equations. *Drug Alcohol Depend* 91(1): págs. 57 a 68.
- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. y LaForge, K. S. (2005), Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nat Neurosci*, 8, págs. 1450 a 1457.
- Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Bonieskie, L. M., Glass, D. J., Dodds, L. D., Husband, S. D., Platt, J. J. y Festinger, D. S. (1996), Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*, 42, págs. 77 a 84.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. y Kleber, H. D. (2000), Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, págs. 1689 a 1695.
- McSweeney, T., Stevens, A., Hunt, N. y Turnbull, P. J. (2007), Twisting Arms Or a Helping Hand?: Assessing the Impact of "Coerced" and Comparable "Voluntary" Drug Treatment Options. *British Journal of Criminology*, 47, pág. 470.
- Merikangas, K. R., Li, J. J., Stipelman, B., Yu, K., Fucito, L., Swendsen, J., Zhang, H. (2009), The familial aggregation of cannabis use disorders. *Addiction* 104(4): págs. 622 a 629.
- Neale, J. y Saville, E. (2004), Comparing community and prison-based drug treatments. *Drugs: education, prevention and policy*, 11, págs. 213 a 228.
- OEDT (2009), *Drug offences: sentencing and other outcomes*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Oliemeulen, L., Vuijk, P., Rovers, B. y van den Eijnden, R. (2007), *Problematische alcoholgebruikers, druggebruikers en gokkers in het gevangeniswezen*, Rotterdam, IVO.
- Organización Mundial de la Salud (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004), *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005a), *Basic Principles for Treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/AIDS*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005b) WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Porter, L., Arif, A. y Curran, W. J. (1986), *The law and the treatment of drug- and alcohol- dependent persons: a comparative study of existing legislation*, Ginebra, OMS.

Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L. y Roll, J. (2006), Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101, págs. 1546 a 1560.

Ramsay, M. (2003), *Prisoners' Drug use and Treatment: Seven Research Studies*.

*Home Office Research Study 267*, Londres, Ministerio del Interior.

Ratna, J. y Rifkin, S. (2007), Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *J. Health Psychol*, 12, págs. 517 a 530.

Reuter, P. y Stevens, A. (2007), *An Analysis of UK Drug Policy*, Londres, Comisión de Política Antidrogas del Reino Unido (*United Kingdom Drug Policy Commission*).

Sinha, R. (2008), Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, págs. 105 a 130.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., Schaaf, S., Trinkl, B., Uchtenhagen, A. y Werdenich, A. (2006), The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, págs. 197 a 209.

Uchtenhagen, A., Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T., Puppo, I., Santamaria, A., Schaaf, S., Steffan, E., Gegenhuber, B., Turnbull, P. J. y Werdenich, W. (2008), Evaluation of therapeutic alternatives to imprisonment for drug dependent offenders: Experience from a comparative European multi-country study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 10, págs. 5 a 10.

UNODC/OMS/ONUSIDA (2006). VIH/SIDA: prevención, atención, tratamiento y apoyo en el medio carcelario. Marco de acción para una respuesta nacional eficaz.

UNODC (2007). Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment.

UNODC y OMS (2008), *Principios del tratamiento de toxicomanía*, Viena, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Van Ooyen, M. (2008), Quasi-compulsory treatment in the Netherlands: promising theory, problems in practice. En Stevens, A. (ed.), *Crossing frontiers, International developments in the treatment of drug dependence*. Brighton, Pavilion Publishing Ltd.

Volkow, N. D. y Li, T.-K. (2005), Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, 108, págs. 3 a 17.

Wild, T. C. (2006), Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101, págs. 40 a 49.

Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E., Moss, H. B. (2008), Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics* 121 S4: págs. S252 a S272.





# UNODC

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito

Centro Internacional de Viena, Apartado postal 500, 1400 Viena, Austria  
Tel.: +(43-1) 26060-0, Fax: +(43-1) 26060-5866, [www.unodc.org](http://www.unodc.org)