

LA POLÍTICA DE DROGODEPENDENCIAS EN LA INDIA: ¿CAUSA UN AUMENTO DE DAÑOS?

Molly Charles, Dave Bewley-Taylor y Amanda Neidpath

Traducción: Helena Brull – Sección de Normalización Lingüística
del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

El Programa de Política de Drogodependencias de la Fundación Beckley (BFDPP) es una nueva iniciativa que tiene por objeto presentar un balance riguroso e independiente sobre la efectividad de las políticas de drogas nacionales e internacionales. El objetivo del programa es recopilar y difundir material que sustente una opinión racional sobre los complejos temas que desarrollan las políticas de drogodependencias, de modo que en el futuro se consiga una gestión más eficaz del consumo generalizado de sustancias psicoactivas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la política internacional de drogodependencias intenta controlar la demanda y el suministro de drogas a través de la criminalización de su producción, tráfico y consumo. Además, la adhesión a los convenios de control de drogas de las Naciones Unidas garantiza que, al formular su legislación nacional sobre control de drogas, la mayoría de Estados nación adopten un planteamiento similar orientado a la prohibición. Investigaciones recientes apuntan a que dicha prohibición puede ser problemática en aquellos países asiáticos en los que hace tiempo que existe un consumo de drogas relacionado con la cultura; en concreto, las drogas procedentes de plantas psicoactivas como el cannabis o el opio.

Este boletín, centrado en la India, analiza el impacto del enfoque centrado en medidas punitivas que se da a las drogas en aquellas sociedades y comunidades que han ejercido controles socioculturales sobre el consumo de sustancias alucinógenas. El debate subraya las consecuencias no previstas –pero a menudo perjudiciales– de dichas políticas de control de drogas.

Al situar el debate de este tema, es importante tener en cuenta que, en muchos países asiáticos, el contexto sociocultural del consumo de drogas tradicional es el que determina que experimentar un cambio en el estado de conciencia sea sólo una parte de

lo que implica consumir drogas y no el objetivo último de los consumidores. Es más, las normas que controlan el consumo de drogas habitual y excesivo han tendido a ejercer el control sobre un consumo de sustancias alucinógenas autóctonas social y culturalmente aceptado.

Mientras que dichas estrategias de gestión del consumo tradicional varían entre países asiáticos, es posible hallar similitudes entre los enfoques del consumo de drogas y las intervenciones actuales, englobadas en el concepto *reducción de daños*.

Por lo tanto, puede afirmarse que, como firmantes del Convenio Único sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961, para controlar el consumo tradicional de drogas se ha exigido a muchos países asiáticos abandonar modelos que llevaban largo tiempo arraigados. Como consecuencia, en muchos aspectos, ha habido un cambio que va desde la gestión del consumo tradicional de drogas a la erradicación del consumo y el comercio de drogas. La implantación de políticas dominadas por la aplicación de medidas legales ha generado una relación tensa entre la legislación contemporánea y los hábitos arraigados de consumo de drogas y las estrategias para su gestión.

Esta situación es el resultado del cambio de hábitos en el consumo de droga en la India, causado, a su vez, por de una serie de factores interrelacionados, la popularidad creciente de nuevas formas de consumo de drogas no tradicionales introducidas a través del turismo, la urbanización y la falta de fabricación de drogas ilegales en la región. De hecho, la evidencia apunta a que los cambios en la política podrían haber contribuido a los aumentos en el consumo de drogas más duras y formas de consumo más perjudiciales, en especial la droga inyectable. Dicho cambio en el comportamiento del consumidor es especialmente significativo, teniendo en cuenta el papel que desempeña el consumo de droga inyectable en la transmisión del VIH/sida y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea. El modo de tratar este problema se ha convertido en un motivo de preocupación al abordar la reducción de la demanda de droga y las serias implicaciones para las distintas realidades de muchos países asiáticos.

Historia

Hace tiempo que en la India la planta del cannabis se usa para distintas finalidades (Charles *et al.*, 1999; Charles, 2001), un hecho que también se observa en muchos otros países de Asia (Li Hui Lin, 1975; Martin 1975, Fisher, 1975; Khan *et al.* 1975 y Charles, 2004).

Es significativa su utilización por fines médicos, así como por sus propiedades alucinógenas. El cannabis se ha usado junto con otros ingredientes para tratar el reumatismo, la migraña, la malaria y el cólera, facilitar intervenciones quirúrgicas, como tranquilizante y estimulador del apetito, para el bienestar general y también se considera beneficioso para el funcionamiento del corazón y el hígado. Además, la planta del cannabis proporciona cereales, semillas oleaginosas y fibra para la fabricación de productos de fibra en determinados lugares de la India.

Asimismo, en la India el cannabis se utiliza desde hace siglos para alterar el estado de conciencia y como parte de ritos religiosos y chamanistas. Por ejemplo, la droga está íntimamente vinculada a la religión, al regalo que Shiva ofrece a sus flores. El opio

también se ha usado por motivos socioculturales en distintos lugares del país (Chopra *et al.*, 1990), con fines médicos más que culturales, como el que se observa entre los rajputs de Rajasthan y Gujarat (Masihi *et al.*, 1996).

Antes de que se adoptase la legislación actual sobre control de drogas, existía un sistema que suministraba opio y cannabis a través de tiendas legales. Sin embargo, las iniciativas sobre control de drogas pusieron en marcha mecanismos que dificultaban la obtención de estas sustancias. En 1985 y 2001, la legislación incluyó disposiciones que preveían el consumo con fines médicos, pero ello no sólo favoreció la progresiva reducción de la cantidad ofertada por el Gobierno, sino también reforzó la normativa relacionada con el procedimiento para que los médicos especializados en medicina tradicional pudiesen adquirir la droga. La consiguiente imposibilidad de obtener suficiente opio y cannabis para el consumo tradicional de un modo legal ha obligado a los médicos a realizar sus compras en el creciente mercado ilegal.

Controles socioculturales

Hasta 1980 el consumo de cannabis no parece considerarse un asunto que cause una gran preocupación social en la India, y los datos oficiales apenas si registran un consumo excesivo. Los controles socioculturales existentes con respecto a la forma, modo y contexto de consumo, así como al perfil de los drogodependientes, garantizaban que un sistema de control velara para que el consumo se llevara a cabo dentro de las fronteras del país.

Por ejemplo, las normas restringían el consumo de cannabis y opio a la población masculina adulta. El cannabis es un hábito documentado en distintos países, incluidos Camboya, Vietnam, Tailandia, Laos, China, Nepal y Pakistán. Incluso entre la población masculina adulta se restringieron los contextos de consumo, que a menudo se relacionaban con religiones o eventos sociales específicos.

En la India y Nepal, el consumo de cannabis parece relacionarse con festivales religiosos como el Shivaratri, el Krishna Ashtami (el nacimiento de Krishna) y la participación en encuentros de *bhajan*. Es más, ocasiones como el Festival de los Colores (*Holi*), no pueden concebirse sin el reparto de *bhang* (una bebida a base de cannabis). En ocasiones tan señaladas, a las mujeres y los jóvenes se les permitía consumir *bhang* y otros productos a base de cannabis, incluidos refrigerios, caramelos y *curry*. También se ofrece opio en los festivales de la cosecha en una ceremonia llamada *akha teej*, que tiene como finalidad reforzar los lazos familiares del clan y olvidar las viejas desavenencias.

Es precisamente la especificidad en el perfil de los consumidores y el deseo de afirmación cultural lo que aseguró la existencia de mecanismos para controlar el consumo de drogas. Esta medida, que permitía que mujeres y niños pudieran consumir los productos del cannabis en contextos culturales especiales y en las formas fijadas, indica una gran aceptación cultural del cannabis en la India. Las normas no hicieron sino confirmar de nuevo la dimensión cultural del consumo de cannabis y, probablemente, evitar un consumo excesivo de cannabis no relacionado con la cultura.

Tal como se ha mencionado, el cumplimiento de las normas culturales sobre el consumo autorizado surgió de una fuerte asociación del cannabis con Shiva. Por ejemplo, los *sadhus* (ermitaños) de varias sectas que ante todo adoran a Shiva consumen la droga para reforzar su concentración y búsqueda espiritual.

Antes de fumar la droga, los *sadhus* veneran a Shiva y consumen el cannabis en su nombre, un hábito de consumo que también se ha observado entre los seguidores del budismo. Durante el Shivaratri, la distribución de bebidas a base de cannabis y otros productos se percibe como un modo de reforzar la relación con Shiva. Es probable que tal asociación desempeñase un papel importante en la disminución de su consumo en la India y Nepal, a pesar de que podían adquirirse y cultivarse fácilmente en dichos países. La asociación de la droga con el Shivaratri prácticamente reservó su consumo a las ceremonias.

A diferencia del cannabis, el opio no parece tener asociaciones religiosas significativas, pero aun así la relación entre la identidad cultural y el consumo de opio actuó como un poderoso instrumento para restringir un consumo excesivo de la droga. Los estudios llevados a cabo en Rajasthan y Gujarat apuntan a una fuerte vinculación entre el grupo de pertenencia cultural y la casta, y el consumo de de droga.

Puede utilizarse una bebida de opio para dar la bienvenida a los huéspedes en contextos sociales como bodas, celebrar un acuerdo de negocios o el luto por la muerte de un familiar. En este caso, la cultura admite el consumo de opio entre la población masculina adulta pero, a diferencia del cannabis, no a mujeres y jóvenes, excepto con fines medicinales.

Este tipo de consumo relacionado con la cultura, y el cuándo y el dónde tiene lugar, explica la situación en la que las propiedades alucinógenas de la droga no son el único motivo de la práctica. Por ejemplo, en una celebración o una reunión, la música y la interacción social tienen un gran peso al explicar las razones del consumo de la sustancia. El consumo de *bhang* durante el *Holi*, el festival hindú de la primavera exige la participación de la comunidad desde el momento en que se decide preparar la bebida, a través de su proceso de elaboración, y hasta que el todo el grupo lo consume.

El modo especial de proceder al fumar cannabis y opio también restringe el consumo de drogas, porque al ser una actividad llevada a cabo en grupo, los consumidores tan sólo dan unas cuantas caladas a la pipa. Además, fumar pipa no es sino una parte de la interacción social y no tan sólo la única actividad del grupo. Compartir la droga no es consecuencia de una cuestión económica, tal y como se percibe en el caso de la heroína (Charles *et al.*, 1999).

Ley sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas (NDPS) de 1985

Antes de legislar el control de drogas existente, las políticas de drogodependencias de la India se centraron en el control del narcotráfico y la recaudación de ingresos a través de las ventas autorizadas (Hasan, 1975). El cambio en la dirección política tuvo mucho que ver con los compromisos internacionales de la India. Como a muchos otros países, como firmante del Convenio Único de las Naciones Unidas de 1961, el Estado fue obligado a erradicar los hábitos culturalmente arraigados de consumo de drogas,

incluidos los referentes al cannabis y al opio. Las delegaciones indias en la ONU habían objetado durante largo tiempo a la política que pretendía prohibir el cannabis internacionalmente, pero “apenas si había avanzado contra la estrategia anticannabis en mayoritariamente occidental liderada por Estados Unidos.” (Bruun, Pan and Rexed, 1975). A pesar de todo, para lograr una aceptación generalizada, el borrador final del Convenio Único incluía reservas transitorias que permitían los denominados *periodos de gracia* para eliminar progresivamente el consumo de drogas, lo que significaba que los “fines médicos” del opio debían ser eliminados en 15 años” a contar de la entrada en vigor del convenio. Del mismo modo, debían erradicarse los fines no médicos o no científicos del cannabis cuanto antes, “pero en cualquier caso en un periodo de 25 años” desde la aprobación del convenio (Naciones Unidas, 1972). En relación con el cannabis, un experto comentó que resultaba un calendario bastante optimista “en comparación con los tres millones de años que llevaba consumiéndose por parte de millones y millones de personas” (véase Bewley-Taylor, 2001).

En términos políticos, cualquier atisbo de movilización para erradicar el consumo de droga relacionado con la cultura en la India era problemático, puesto que a los partidos en el poder les resultaba difícil inmiscuirse en los sentimientos culturales y religiosos populares en relación con el consumo de opio y cannabis. En consecuencia, teniendo en cuenta las obligaciones internacionales en relación con el periodo de gracia de la ONU y la sensibilidad política para con este asunto dentro del país, la Ley NFPS fue adoptada por la legislación vigente sin a penas debate nacional (Charles et al, 1999). El único artículo sobre fines culturales no médicos de la Ley de 1985 era el referente a la autorización de las bebidas a base de hojas de cannabis (Britto, 1989).

Así, la legislación convirtió muchas formas de consumo de drogas en un acto delictivo que podía castigarse con el ingreso en prisión. Algunas de las medidas significativas recogidas en la Ley NDPS (1985) incluyen:

- Para el consumo de sustancias como estupefacientes, sustancias psicotrópicas o cualquier otra sustancia especificada por el Gobierno estatal, se impondrá la pena de prisión por un periodo de tres meses, que podría ampliarse a un año, o una multa, que puede ascender a veinte mil rupias, o ambas penas.
- En el caso de consumo de productos a base de cannabis a excepción del *bhang*, el encarcelamiento puede ser por un periodo de seis meses, o una multa que puede ascender a diez mil rupias, o ambas penas.
- La cantidad que se especificada para varias sustancias que podía comportar la detención por tráfico de drogas no era muy significativa. Por ejemplo, 250 miligramos de heroína, 5 gramos de opio, 5 gramos de *charas* o hachís, 500 gramos de *ganja* (marihuana) y 25 miligramos de cocaína (Ley NDPS, 1985).

La evidencia apunta a que, al ignorar en gran medida el contexto sociocultural del consumo tradicional, la Ley NDPS comportaba un aumento significativo de las detenciones de consumidores de drogas esporádicos. En cumplimiento de la Ley en 2001, se detuvieron un total de 16.315 personas, de las cuales un 76% (12.400 personas) fueron llevadas a juicio y el 28% (4.568 personas) fueron declaradas culpables. Un estudio llevado a cabo el mismo año en la prisión de Tihar proporciona una orientación sobre el modo en que se elaboraron los resultados. Las entrevistas llevadas a cabo con

1.910 sujetos detenidos bajo la Ley NDPS (1985) indicaban que unas 325 personas (17%) fueron detenidas de conformidad con la sección 27 (Seethi, 2001), referente a la posesión de pequeñas cantidades de drogas destinadas al consumo personal. Si bien la Ley contempla que los detenidos sigan un tratamiento en vez de que cumplan una condena, raramente se daba el caso (Annuradha, 1999).

La investigación también demuestra que muchos de los detenidos por delitos de drogas pasaron años en la cárcel antes de que sus casos fueran llevados a juicio (Annuradha, 2001; Charles et al, 1999), consecuencia del ritmo extremadamente lento del sistema judicial de la India. En algunos casos, esta lentitud llevó a que algunas de las personas que permanecían arrestadas por pequeñas cantidades de drogas fueran absueltas tras pasar años entre rejas. Más allá de lo preocupante de la evidente injusticia de dichos casos, la larga estancia en prisión de los delincuentes por motivos de drogas también plantea la cuestión del reclutamiento por parte de grupos delictivos. Un estudio reciente sobre el crimen organizado en Mumbai indica que las prisiones de la India, como en otras muchas partes del mundo, son lugares ideales para catapultar a individuos vulnerables al mundo de la delincuencia (Charles *et al.*, 2002).

Cambios en los hábitos del consumo de drogas

En el momento de la entrada en vigor de la Ley NDPS (1985), la convergencia de un número importante de cambios estructurales en los ámbitos nacional e internacional tuvo un impacto en los hábitos permanentes del consumo de drogas en la India.

La investigación apunta a que el turismo contribuyó a diversificar los hábitos del consumo de drogas. A mediados y finales de la década de los setenta, la exposición a otras culturas en Nepal (Fisher, 1975) y la India produjo nuevas formas de consumo de drogas. Desde la década de los ochenta, la mayoría de ciudades indias acogieron la llegada de nuevas drogas “extranjeras”, como la heroína. La interacción de los jóvenes indios con los turistas supuso también una alteración en las relaciones que conformaron después con aquellas drogas consumidas tradicionalmente (Charles *et al.*, 1999, Charles, 2001). Esto se observa en todos los rincones del país, a pesar de que el proceso es más gradual en las zonas rurales.

Dicha diferencia entre las zonas rurales y urbanas puede explicarse por el impacto de la urbanización en los hábitos tradicionales de consumo y la gestión de drogas. En otras palabras, las comunidades urbanas no tienden a seguir las tradiciones del mismo modo que las comunidades rurales. Además, es bastante probable que el disponer de una droga “extranjera” como la heroína, a diferencia del opio, en un contexto urbano, contribuyera a cambiar la droga elegida. Por ejemplo, por lo que respecta a la heroína, el 14,9% de los consumidores provenían de zonas urbanas, y casi la mitad (7,9%) de zonas rurales (Siddiqui, 2002). Asimismo, el cambio a la heroína ha tenido una mayor acogida en contextos urbanos por los que pasan las rutas ilegales del narcotráfico del este y el sureste asiático.

De hecho, en muchos lugares de la India el tráfico de drogas ilegal tiene un impacto significativo, aunque complejo, en los hábitos del consumo de drogas. El cambio en el consumo de opio a heroína parece depender de una serie de factores interrelacionados, que incluyen la proximidad a las áreas de cultivo y elaboración ilegales, los hábitos de

consumo de drogas tradicionales en las regiones y la accesibilidad geográfica. Por ejemplo, hay cultivos ilegales de amapolas en el noroeste del estado de Arunachal Pradesh. A pesar de todo, en un estado con una historia de consumo de opio relacionado con la cultura y, debido al carácter densamente arbolado del terreno, y la limitada comunicación con las áreas del entorno, el consumo de drogas está limitado al opio (Informe de la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes, 2001). Sin embargo, en otros lugares del noroeste de la India (especialmente en Manipur, Nagaland y Mizoram), las circunstancias son distintas. La facilidad de disponer heroína proveniente de Myanmar junto con la ausencia del consumo de opio ligado a la cultura en estas regiones tuvo como resultado el surgimiento del consumo de heroína. En los estados de Madhya Pradesh, Rajasthan y Uttar Pradesh, hay una larga tradición de consumo de opio relacionado con la cultura, con una demanda suministrada con creces a través de un cultivo ilegal. Un estudio de Rajasthan llevado a cabo en 1989 indicó que el consumo de drogas estaba estrictamente limitado al opio y al cannabis. A pesar de todo, investigaciones recientes muestran que a mediados de los noventa hubo un cambio de las drogas tradicionales a la heroína. Es significativo que este cambio tuviera lugar en un momento en el que hubo un incremento en el tráfico ilegal de la heroína que llegaba a la India procedente de Afganistán a través de Pakistán (Charles, 2004).

La evidencia demuestra que la nueva legislación agravó los problemas que se planteaban a raíz de los cambios estructurales. Por ejemplo, lejos de conseguir su objetivo de erradicar el consumo de drogas, el cumplimiento de la Ley NDPS (1985) parece haber facilitado, sin quererlo, formas de drogas más duras y modos de consumo que conllevan un mayor riesgo.

El impacto de los cambios legislativos se dejó notar inicialmente en las áreas urbanas en los noventa, especialmente en las ciudades más importantes (Charles M, Nair K. S., *et al.*, 1999). Como consecuencia de los factores antes mencionados, las drogas más duras parecen haber encontrado un nicho en muchas ciudades. Un estudio oficial mostró que de aquellos consumidores de drogas que buscaban tratamiento, un número importante consumía heroína, opio y narcóticos, propoxifeno (Siddiqui, 2002).

Otro estudio entre los consumidores de opiáceos en catorce lugares de la India indicó que la principal sustancia adictiva era la heroína, seguida de la buprenorfina, un opiáceo sintético. De una muestra total de 4.648 consumidores de drogas, alrededor de un 43% se había inyectado drogas en algún momento. En muchos casos, la droga elegida era la buprenorfina seguida por la heroína y el propoxifeno. Entre los inyectores, se descubrió que un 51% en Amritsar (en el estado de Punjab) había compartido agujas en algún momento, con un 15% de Hyderabad, Nueva Delhi, Dimapur, Trivandrum y Chennai que mostraban la misma práctica. Las condiciones de una amplia transmisión de VIH y otras infecciones a través del consumo de drogas están, por lo tanto, cada vez más presentes en la India.

Puede observarse que el cambio de hábitos de consumo no sólo consiste en el paso de las drogas tradicionales a las que necesitan elaboración previa, sino también a los productos sintéticos (Kumar, 2002). Un estudio de 2004 sobre el narcotráfico en la India indicaba que se está cambiando la preparación de bebidas a base de opio por los opiáceos sintéticos (Charles, 2004). Esta es una tendencia peligrosa, habida cuenta de que el contenido de morfina en una hoja de amapola es muy bajo.

Dada la aceptación cultural del cannabis y el opio, controlar la iniciación a las drogas de los consumidores puede ser una herramienta útil para identificar el cambio de hábitos de consumo del país. Por ejemplo, en 2002 un estudio de evaluación del Ministerio de Justicia Social y Atribución de Poderes reveló que, en la mayoría de los catorce sitios estudiados, los encuestados citaban el cannabis (40%) seguido del alcohol (33%) como las principales drogas de iniciación. No obstante, en Dimapur, una ciudad del noroeste del país, un 34% de los encuestados consideraba el propoxifeno como la primera droga de iniciación, seguido de la heroína en un 30% (Kumar, 2002).

El perfil de los drogodependientes es otro tema que ha experimentado cambios significativos. Como se ha mencionado, los consumidores tradicionales eran sobre todo los hombres adultos (Masihi et al, 1996; Charles et al, 1999). Los datos recogidos de los catorce sitios estudiados en el Estudio de Evaluación indican que después de poner en marcha las medidas legislativas para criminalizar el consumo de drogas, la edad de iniciación al consumo de drogas disminuyó. El Estudio reflejaba situaba la edad media en diecinueve años, y por debajo de esta edad, con un 52% de consumidores encuestados que se iniciaron a las drogas entre los dieciséis y los veinte años (Kumar, 2002).

En la India, los mecanismos socioculturales tradicionales también garantizaban que las mujeres consumieran drogas de forma limitada. Actualmente, parece que este comportamiento ha dado un vuelco. El consumo de drogas por parte de las mujeres a menudo se oculta entre los datos disponibles, que se basan en un muestreo aleatorio de drogodependientes identificados. Sin embargo, los datos recogidos de 75 drogodependientes en Mumbai, Delhi y Aizwal indicaban que las sustancias principales de adicción eran la heroína, el propoxifeno, el alcohol, los tranquilizantes menores y el jarabe para la tos. Cerca de un 40% eran consumidores de drogas inyectables, y un 49,3% del muestreo tenía entre los 21 y los 30 años. En Aizwal, una gran proporción de toxicómanos tenían entre 15 y 20 años (Murthy, 2002).

Las consecuencias del desgaste de las restricciones tradicionales basadas en el género en lo referente al consumo de drogas también conllevan impactos secundarios negativos. De las 75 mujeres del estudio de Pratima Murthy de 2002, el 45,3% obtenían su principal fuente de ingresos de la prostitución y del narcotráfico. Es evidente que esta realidad, junto con la elevada incidencia del consumo de drogas inyectables, tiene serias implicaciones para la gestión del VIH/sida y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea.

Enmiendas de 2001 de la Ley NDPS (1985) y aspectos no contemplados

La criminalización del consumo de drogas y las crecientes tasas de detención por posesión de pequeñas cantidades de drogas llevaron a la policía, los sociólogos, los miembros del poder judicial y otros a preguntarse sobre la conveniencia de una legislación severa. Según un crítico, la Ley fracasó por el retraso en los juicios, una ineficaz ley basada en el pago de una fianza que dejó que los pobres se pudriesen en las cárceles, el fracaso de las agencias de investigación para seguir los requisitos procesales de la Ley NDPS y una comprensión deficiente del problema de la drogodependencia (Anuradha, 2001).

A consecuencia de dichas críticas, incluidas las del Centro Nacional de Investigación de las Adicciones (National Addiction Research Centre), la nueva evaluación de la Ley en 2001 dio lugar a enmiendas en la duración de las condenas de privación de libertad y la cantidad y el tipo de droga decomisada, lo que aseguró que, por lo que respecta a las drogas tradicionales, sólo aquellos individuos que poseyeran grandes cantidades de cannabis podían ser detenidos y condenados a prisión.

Otros cambios en la Ley de 2002 llevaron a la creación de dos categorías basadas en la cantidad decomisada; por un lado, pequeñas cantidades y, por el otro, cantidades para fines comerciales. En cuanto al tráfico de cantidades para fines comerciales, la pena impuesta es la privación de libertad durante más de veinte años, además del pago de entre 100.000 y 200.000 rupias. La cantidad varía en función de la sustancia decomisada; para el hachís, se entiende por pequeña cantidad aquella que se sitúa por debajo de los 100 gramos y, la comercial, aquella que tiene un máximo de un 1 kilogramo; para la heroína, la pequeña cantidad se sitúa por debajo de los 5 gramos, y la comercial, por debajo de los 250 gramos.

Podría decirse que esta es una concepción más realista que la ley anterior que tachaba de traficante de droga aquél que poseyeran más de un cuarto de gramo. No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados para modificar la Ley, sigue habiendo una contradicción, y es que cualquier forma de consumo sigue siendo un delito, que puede dar lugar al encarcelamiento por un período de seis meses. Dicho delito es poco realista en un país en el que el consumo de cannabis y el opio sigue teniendo una amplia aceptación cultural en muchos estados del país.

La Política nacional de drogodependencias sigue las líneas trazadas por la legislación y se centra en la reducción de la demanda a través de la prevención y el tratamiento, la reducción de la oferta a través de intervenciones policiales. No obstante, se ha hecho hincapié en el apoyo político y la asignación de recursos a la reducción de la oferta. A modo de ejemplo, las enmiendas de la Ley de 2001, que crearon el Fondo Nacional para el Control de la Drogodependencia con vistas al apoyo de la proliferación de programas de reducción de la demanda, pero que tienen aun que ponerse en marcha (NDPS Act, 2003; Anuradha, 2001).

En la actualidad, los esfuerzos realizados sobre la demanda se centran en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción llevados a cabo en el ámbito institucional y comunitario. Actualmente, hay fundados 450 centros en todo el país para los servicios de desintoxicación y asesoramiento. Asimismo se han establecido sistemas de control de drogodependencias en un esfuerzo para entender las tendencias en las drogodependencias y sus implicaciones para su gestión. La mayoría de esfuerzos realizados sobre la reducción de la demanda están financiados por el Ministerio de Justicia Social y Atribución de Poderes y la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas.

Temas importantes en curso acerca del control de la demanda de drogas en la India

Tal y como se ha descrito en el presente boletín, las autoridades han realizado importantes esfuerzos para modificar las disposiciones de la NDPS y tomar en consideración la cultura del país en lo que se refiere a drogodependencias. Aclarado este punto, la evidencia indica que la política de drogodependencias en la India podría ser mucho más efectiva y adecuada a las realidades nacionales, lo que es fundamental en un momento en el que, en general, “la situación de la droga en la India aun se encuentra en una fase benigna, pero se adentra en caminos peligrosos” (Charles and Britto, 2002). Mientras que las normas culturales en zonas rurales restringen de un modo efectivo el consumo de drogas a las formas tradicionales y el VIH relacionado con las drogas se mantiene relativamente bajo en comparación con el contexto nacional de consumo, las tendencias actuales indican niveles crecientes de consumo problemático no tradicional y de drogodependencia. A continuación, indicamos que en cualquier evaluación actual sobre políticas de control de drogodependencias en la India, existe una serie de temas clave que causan preocupación:

- La mayoría de los esfuerzos de prevención en la India, en el contexto internacional definido por las Naciones Unidas, actualmente se basan en experiencias llevadas a cabo mayoritariamente en países occidentales. Como tales, parten de la postura de considerar toda forma de consumo de drogas un acto delictivo y perverso. Por lo tanto, ello impide reforzar los mecanismos culturales para gestionar el consumo o integrarlos en la legislación actual. Por ejemplo, allí donde los cuidados institucionales se muestran insostenibles, los médicos podrían considerar formas tradicionales de control como el consumo de *doda pani* (una bebida hecha a base de vainas de amapola) para disuadir a los usuarios de consumir opio o heroína en exceso. La investigación apunta que las normas culturales en la India son medios de control de drogas mucho más eficientes, y se han dado muchos menos efectos secundarios que la legislación dictada por normas globales (Charles & Britto 2002).

- Una financiación gubernamental limitada conlleva que no se disponga de un tratamiento de las drogodependencias suficiente.

– Los centros tienden a prestar servicios a través del pago de una cuota y, por lo tanto, el consumidor de drogas marginado en la calle tiene opciones limitadas. Por ejemplo, en la ciudad de Mumbai, no existen centros de tratamiento que presten servicio a los consumidores de la calle con complicaciones. Además, al hospital gubernamental que presta servicio a la población general no le gusta trabajar con drogodependientes porque están considerados pacientes “difíciles”. Por lo tanto, el tratamiento de las drogodependencias no está ampliamente disponible y, esto, a veces, da lugar a que los pacientes mueran sin recibir asistencia (Charles, *et al.*, 1999).

– Se da una reducción sistemática de las subvenciones gubernamentales a los centros de tratamiento de las drogodependencias y la remuneración destinada a los servicios de los profesionales es tan reducida que hay pocas personas dispuestas a realizarlos. Bajo dichas condiciones, hay poco margen para tratar la asistencia de un modo adecuado.

- Los intentos de contabilizar los costos por parte de los usuarios, junto con el deterioro la calidad de las drogas de la calle, han causado formas de consumo de mayor riesgo; es

decir, el consumo de drogas inyectables, lo que da lugar a serias consecuencias para la salud pública en algunas partes de la India. Un estudio reciente descubrió que la pureza de la heroína vendida en la calle varía de un 3% a un 12%. La Junta de Fiscalización de Estupefacientes sitúa la pureza de la heroína adquirida en la calle en un 5% (Charles, 2004). En la parte noroeste del país, parece que el giro al consumo de drogas inyectables también es una cuestión de tiempo. El comportamiento de un consumidor de drogas en estas zonas de inestabilidad política es más peligroso que en otras partes del país.

- El enfoque del Gobierno indio es la intervención policial, con escasos recursos destinados al tratamiento. Esta es una medida desafortunada, ya que estudios en otros contextos culturales reflejan que los esfuerzos centrados en la aplicación de medidas legales no son especialmente efectivas. Una tasa elevada de encarcelamientos como estrategia para controlar el consumo de drogas tiene como mucho un impacto marginal y no conlleva socavar el mercado de drogas (Bewley-Taylor *et al.* 2005). De hecho, una experiencia a escala mundial revela que la eficacia de costo de un tratamiento adecuado y de los programas e intervenciones de reducción de daños.

Preocupados por estos temas, y en el contexto de la investigación actual, instamos las autoridades indias a:

- Reforzar esfuerzos para entender los hábitos y las tendencias del consumo de drogas en el país, especialmente en las zonas rurales que se sitúan dentro de las rutas del narcotráfico y las que se hallan cerca de las zonas de cultivo.

- Desarrollar métodos para dar apoyo a los controles socioculturales sobre el consumo de drogas.

- Evaluar de forma urgente la demanda de tratamientos de las drogodependencias, especialmente entre los pobres de la ciudad que siguen las formas más peligrosas de consumo de drogas, e incrementar la cobertura de la gama de intervenciones de tratamiento.

Al concentrarse en los aspectos punitivos de la legislación de las Naciones Unidas, las autoridades indias actualmente no han logrado tratar adecuadamente el tema del consumo de drogas dentro de sus propias fronteras. Si no se da urgentemente un cambio en el enfoque, que no sólo implique el replanteamiento de los recursos, sino también el reconocimiento de las actitudes tradicionales al uso y consumo de sustancias psicotrópicas, el país podría enfrentarse en el futuro a problemas relacionados con las drogas similares a los experimentados recientemente en otros países de la región. Actualmente, en la república islámica de Irán, hay una elevada incidencia de muertes relacionadas con las drogas y de infección de VIH/sida entre los consumidores de drogas inyectadas (Nissaramanesh *et al.*, 2005), mientras que en Tailandia aumentan los problemas del consumo de los estimulantes del tipo de la anfetamina (Roberts *et al.*, 2004). Circunstancias nacionales específicas suponen que dos países no experimentan patrones idénticos de un consumo problemático de drogas. Sin embargo, es probable que una implantación oportuna de políticas pragmática y culturalmente adecuadas en la India serían de gran ayuda para evitar que se repitiesen dichas crisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Annuradha KVIN. (2001), A flawed Act, Semiar 504: 50-54.
2. Annuradha KVIN, (1999), The Narcotics Drugs and Psychotropic Substances Act, 1985, in) Drug Culture in India- A Street Ethnographic Study of Heroin Addiction in Bombay, Charles et al, Jaipur: Rawat Publishers p. 302-308.
3. Bewley-Taylor, D.R. (2001), The United States and International Drug Control: 1909-1997, Continuum, p. 176.
4. Bewley-Taylor, et al, (2005) Incarceration of drug offenders: costs and impacts, Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper 7.
5. Britto Gabriel, (1989), Policy Perspective in the Management of Drug Use, Bombay: Nacional Addiction Research Centre.
6. Bruun, K, Pan, L and Rexed, I, (1975) The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol, The University of Chicago Press.
7. Charles M. (2004) Drug Trade Dynamics in India. Available from <http://www.drugstat@free.fr>
8. Charles M, Nair K.S, Das A and Britto Gabriel, (2002) Bombay Underworld: A Descriptive Account and its Role in Drug Trade in Christian Geffary, Guilhem Fabre, Michel Schiray, Scientific Coordinators, Globalisation, Drugs and Criminalisation, Paris: UNESCO MOST and UNDP, 2 :12-72
9. Charles, M and Britto, G (2002) Culture and the Drug Scene in India, in in Christian Geffary, Guilhem Fabre, Michel Schiray, Scientific Coordinators, Globalisation, Drugs and Criminalisation, Paris: UNESCO MOST and UNDP, 1: 4-30
10. Charles M Nair, K.S and Britto Gabriel. (1999) Drug Culture in India- A Street Ethnographic Study of Heroin Addiction in Bombay; Jaipur: Rawat Publishers.
11. Charles M. (2001) Drug Trade in Himachal Pradesh the Role of Socio-economic changes, Economic and Political Weekly, Vol XXX VI, June 30:2433-2439.
12. Chopra R.N and Chopra I.C, (1990), Drug Addiction with special reference to India; New Delhi: Council of Scientific and Industrial Research.
13. Fisher James. (1975) Nepal: An Overview in Cannabis and Culture (Ed) Vera Rubin; The Hague: Mouton Publishers: 247-256.
14. Hasan A Khwaya, (1975) Social Aspects of the Use of Cannabis in India, in Cannabis and Culture (Ed) Vera Rubin; The Hague: Mouton Publishers: 235-246.

15. Nissaramanesh, B et al (2005) The Rise of Harm Reduction in the Islamic Republic of Iran,
Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper 8.
16. Roberts, M. et al (2004) Thailand's 'War on Drugs,' Beckley Foundation Drug Policy Programme, Briefing Paper 5.
17. United Nations (1972) The Single Convention on Narcotic Drugs, New York, 1961 as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Geneva.