

**Posicionamiento  
RIOD Internacional**

# ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA

POR UN ABORDAJE SIN  
FRAGMENTACIONES CON  
EQUIDAD Y DERECHOS

financiado por:



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

EDICIÓN Y COORDINACIÓN DE CONTENIDOS



AUTORÍA:

**Josep Rovira Guardiola.**

Asociacion Bienestar y Desarrollo (ABD)

**Ana María Echeberría**

Encare

**Silverio Espinal**

Corporación Surgir

COLABORA:

**Quetzalli Manzano**

Cure

OFICINA TÉCNICA RIOD:

**Mariley L. Santana Torres**

**Sabela Rodríguez Basalo**

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

**G.Y. Rodríguez**

**L. Mercado**

© RIOD 2025

FINANCIADO POR:



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**

Agradecemos su participación en el proceso de validación de este documento a **Isabel Cristina Posada** (Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia- Medellín), **Milton Romaní** (Embajador, ex. Sec. Gral. Junta Nacional de Drogas de Uruguay), **Oriol Romaní** (Doctor en Antropología, profesor emérito y miembro del Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili) y **Óscar Flores** (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones México), cuyos comentarios han sumado valor y reflexión al mismo

**Posicionamiento  
RIOD Internacional**

# **ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUA**

**POR UN ABORDAJE SIN  
FRAGMENTACIONES CON  
EQUIDAD Y DERECHOS**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE  
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTACIÓN Y RELEVANCIA SOCIAL	2
1. SUPERAR LA FRAGMENTACIÓN, AVANZAR HACIA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS	4
1.1. QUÉ ENTENDEMOS POR FRAGMENTACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	4
1.2. REORDENAR EL SENTIDO: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS	6
1.2.1. PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS: UNA RELACIÓN INTRÍNSECA	8
1.2.2. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y GESTIÓN DE RIESGOS: COMPONENTES INSEPARABLES DEL TRATAMIENTO	9
1.2.3. LA INCLUSIÓN COMO PRINCIPIO PREVENTIVO Y CONTINUO DE CUIDADOS	11
1.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA	12
2. ENFOQUE INTERSECCIONAL	14
2.1. QUÉ ENTENDEMOS POR INTERSECCIONALIDAD	14
2.2. PROBLEMÁTICA A ABORDAR	16
2.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA	17
3. INVERTIR CON JUSTICIA, ACTUAR CON BASE EN LA EVIDENCIA	19
3.1. QUÉ ENTENDEMOS POR INVERSIÓN JUSTA	19
3.2. CONSULTANDO LA EVIDENCIA	20
3.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA	22
REFERENCIAS	24

# INTRODUCCIÓN

Las políticas de drogas en Iberoamérica enfrentan hoy un reto clave: dar el paso hacia un modelo de atención más completo, constante y realmente centrado en los derechos humanos. Lo que hemos aprendido desde la RIOD, gracias al trabajo diario de las organizaciones que la integran, es que las respuestas divididas —que tratan por separado la prevención, el tratamiento, la reducción de daños o la reinserción social— no logran captar lo que viven las personas ni las realidades sociales complejas que rodean el consumo, y cómo estas realidades particulares pueden explicar el porqué de los vínculos problemáticos que las personas establecen con las drogas y así, orientar adecuadamente las intervenciones.

Romper con esa fragmentación no es solo una tarea técnica, es también un asunto de ética y de compromiso político. Implica repensar cómo entendemos la salud pública, la equidad y la justicia social.

Con base en esa idea, desde la RIOD reiteramos nuestro compromiso con una atención que sea continua, conectada y que tome en cuenta las distintas trayectorias de vida. Una atención que vea al cuidado como algo que se construye en lo cotidiano, desde los territorios, con políticas públicas que realmente garanticen el acceso, la coordinación y un acompañamiento digno.

Este documento se organiza en tres capítulos que forman parte de una misma visión:

- ▶ El primero, **superar la fragmentación, avanzar hacia la continuidad de cuidados**, nos invita a dejar atrás modelos rígidos y apostar por sistemas que trabajen en conjunto. Aquí, la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la inclusión social, no deben verse como etapas separadas, sino como partes de un mismo proceso.
- ▶ El segundo capítulo, **Enfoque interseccional**, reconoce que no todas las personas enfrentan las mismas barreras: la desigualdad se cruza con el género, la clase, la identidad étnica o el estatus migratorio. Si no tomamos esto en cuenta, corremos el riesgo de repetir las mismas exclusiones de siempre.

► Y el tercero, **Invertir con justicia, actuar con base en evidencia**, nos recuerda que la coherencia también se refleja en cómo se usan los recursos públicos. Apostar por la salud, la prevención y la reducción de daños no solo es más justo: también es más eficiente y sostenible. La cohesión social debe entenderse como un objetivo explícito de las políticas de drogas, con indicadores evaluables que permitan medir cómo estas políticas contribuyen a disminuir desigualdades y fortalecer los vínculos comunitarios, para que no quede reducida a un enunciado de buena voluntad.

En conjunto, estos tres ejes nos llevan a una misma conclusión: sin equidad no hay atención integral, y sin justicia no puede haber continuidad en los cuidados. Para avanzar, se necesita voluntad política, recursos suficientes y un enfoque ético que tenga como prioridad la vida y la dignidad de las personas.

Este posicionamiento de la RIOD busca sumar a ese esfuerzo común. Porque una política de drogas humana, efectiva y basada en derechos no nace de respuestas aisladas, sino de una mirada coherente, incluyente y construida entre todas y todos.

# 1.

## SUPERAR LA FRAGMENTACIÓN, AVANZAR HACIA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

### 1.1. QUÉ ENTENDEMOS POR FRAGMENTACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Históricamente, las políticas de drogas se han organizado bajo un esquema que distingue entre el control de la oferta y el control de la demanda, subdividiendo este último en áreas como la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la inserción social y laboral. Esta estructura no surgió de un diseño integral, sino como consecuencia del **modelo prohibicionista, que por décadas centró casi toda la acción pública en la reducción de la oferta**. Bajo esa hegemonía, las respuestas sanitarias y sociales se fueron incorporando de manera tardía, dispersa y a menudo reactiva: el tratamiento nació bajo la lógica biomédica; la prevención se articuló desde la salud pública; la reducción de daños emergió desde el activismo comunitario ante la ausencia de respuestas institucionales; y la inserción social y laboral quedó ligada al trabajo social. **Cada ámbito se desarrolló en tiempos distintos, con culturas profesionales diferentes y bajo correlaciones de fuerza cambiantes**, lo que dio lugar a un sistema que, más que integrado, fue ensamblado por partes y según lo que cada momento permitía.

Con el tiempo, este modelo ha demostrado ser útil para la gestión administrativa, pero insuficiente para **comprender y atender la complejidad real de los procesos de consumo y las trayectorias vitales de las personas**.

En la práctica, esta herencia estructural tiende a compartmentar la atención en categorías estancas que rara vez reflejan la realidad. **Las personas que usan drogas no viven sus procesos en fases ordenadas ni en compartimentos independientes**: sus trayectorias son diversas, complejas y no lineales, y con frecuencia requieren apoyos simultáneos en distintos planos.

Esta separación también se traduce en dispositivos desconectados entre sí, sujetos a marcos normativos, presupuestarios o estratégicos diferentes, lo que genera barreras de acceso, duplicidades o incluso vacíos de atención en los momentos más críticos. El resultado es una fragmentación que reduce la eficacia

de los programas, debilita la continuidad de cuidados y agrava las desigualdades que ya afectan a las poblaciones más vulnerables. Tal como señala la RIOD (2024): “Si bien las políticas de drogas se han estructurado tradicionalmente en ejes de intervención, la realidad en los territorios es mucho más compleja y las soluciones requieren de una mirada integral a todos los determinantes sociales, así como de una mejor articulación de todos los actores implicados.”

Frente a este modelo compartimentado, defendemos una concepción continua de la atención, en la que la prevención, la reducción de daños, el tratamiento y la inserción no sean opciones excluyentes ni alternativas contrapuestas, sino dimensiones complementarias dentro de un mismo ecosistema de cuidados. Como recuerda la RIOD (2024): “La reducción de daños no debe verse como un esfuerzo aislado, sino como un componente esencial en un sistema de salud pública más amplio, lo que permite una respuesta más eficaz y flexible frente al consumo problemático de sustancias.”

La continuidad de cuidados implica también superar la lógica centrada exclusivamente en lo individual o biomédico, y atender los **contextos estructurales donde se inscriben los consumos**. Esto exige actuar sobre los determinantes sociales de la salud y garantizar una respuesta coordinada, comunitaria y basada en derechos humanos. Como señala la RIOD (2024): “La importancia de la prevención radica en su capacidad para actuar en las raíces de las problemáticas asociadas al consumo, abordando tanto los factores individuales como los estructurales. En el ámbito estructural, contribuye a mitigar desigualdades al intervenir en contextos desfavorecidos que propician el consumo problemático, fortaleciendo el tejido social y promoviendo entornos seguros y protectores.”

Este cambio de mirada requiere también corregir el desequilibrio histórico de la inversión pública, que ha priorizado modelos de control o institucionalización en detrimento de estrategias preventivas, de proximidad o comunitarias. **Es necesario apostar por decisiones políticas que garanticen el acceso continuado a servicios desde el respeto, la autonomía y el acompañamiento**, en lugar de imponer trayectorias estandarizadas.

**Avanzar hacia un sistema continuo de cuidados también exige fortalecer el tejido comunitario.** La coordinación intersectorial debe complementarse con inversiones que refuerzen la organización social: asociaciones de usuarios y familiares, colectivos vecinales, grupos juveniles, iniciativas culturales y todas aquellas expresiones de participación que sostienen la vida en los territorios.

**La continuidad de cuidados no se construye solo desde los servicios**, sino desde comunidades capaces de generar vínculos, apoyo mutuo y responsabilidad. Invertir en vivienda, educación, trabajo o urbanismo debe ir acompañado de fortalecer estas redes sociales y culturales, porque **son ellas las que permiten que las políticas de salud y derechos tengan raíces reales en la vida cotidiana**.

“Desde modelos basados en la prohibición y represión [...] hasta enfoques más

integrales que promueven la prevención, el tratamiento y la reducción de daños; los países de la región han tenido que enfrentar las consecuencias del fenómeno de la 'Guerra contra las drogas' y su impacto en desafíos estructurales como la pobreza, la inequidad y la violencia; mientras que las respuestas políticas a menudo han estado marcadas por la falta de coordinación y los recursos insuficientes." (RIOD, 2024)

Avanzar hacia la continuidad de cuidados no es solo una cuestión de eficacia, sino de **justicia social y dignidad**. Supone reconocer que las personas tienen derecho a recorrer sus trayectorias sin ser penalizadas por sus decisiones ni abandonadas por el sistema según la etapa en la que se encuentren. Se trata de una intervención que combina **una epistemología de la complejidad y una ética comunitaria**, generando entornos que habiliten la agencia, la salud y la vida.

## 1.2. REORDENAR EL SENTIDO: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO UN MISMO CONTINUO.

Pensar los ejes clásicos de la política de drogas —prevención, tratamiento, reducción de daños e inserción— como **compartimentos separados** responde más a una lógica administrativa que a las experiencias reales de las personas. En la vida cotidiana, estos ámbitos se entrelazan constantemente.

Diversos marcos internacionales —como las Normas Internacionales de Prevención del Uso de Drogas (UNODC/OMS) o las estrategias europeas de drogas— insisten en que **la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la inserción deben concebirse como dimensiones complementarias de un mismo proceso de cuidados**, no como etapas aisladas ni metas excluyentes.

La incorporación de la reducción de daños ha sido clave para superar visiones fragmentadas o centradas exclusivamente en la abstinencia. Este enfoque abrió la puerta a **una política más realista, pragmática y basada en derechos**, al reconocer que **es posible cuidar y proteger la salud incluso en situaciones de consumo activo**.

**La reducción de daños no solo complementa la prevención y el tratamiento, sino que los amplía y fortalece**, haciéndolos más inclusivos y coherentes con **la diversidad de trayectorias personales** que atraviesan el consumo problemático. **Esto mejora el conjunto de las políticas de drogas**, porque les permite adaptarse a una realidad compleja y cambiante.

Tal como señala la RIOD (2024): "La reducción de daños no debe verse como un esfuerzo aislado, sino como un componente esencial en un sistema de salud

pública más amplio, lo que permite una respuesta más eficaz y flexible frente al consumo problemático de sustancias."

Además, este enfoque se extiende a la **inserción social y comunitaria**, permitiendo que las personas construyan proyectos vitales sin la exigencia previa de abandonar el consumo o seguir rutas rígidas. **De esta forma, la reducción de daños se consolida como un eje transversal** que sostiene la integralidad, articula los distintos niveles de atención y refuerza la capacidad de los sistemas públicos para acompañar **de manera continuada, digna y respetuosa**.

Aquí es importante subrayar que **esta ampliación de la capacidad del sistema público no solo es más eficiente** —al lograr mejores resultados con los mismos recursos—, sino que también **fortalece la confianza de la ciudadanía en los servicios públicos**, un elemento clave para reducir desigualdades en sociedades cada vez más fragmentadas.

Avanzar hacia un modelo integral e interdependiente no es solo una mejora técnica: es una urgencia social. Solo así podremos responder con justicia, eficacia y humanidad a la complejidad de los consumos actuales y construir políticas basadas en salud pública y derechos humanos.



## 1.2.1. PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS: UNA RELACIÓN INTRÍNSECA

La **prevención no puede reducirse a la mera evitación del consumo**. Durante años se ha entendido como la estrategia para “evitar el inicio”, pero esta visión es limitada y poco útil frente a contextos sociales donde los consumos existen, son diversos y responden a múltiples determinantes. Pretender ignorarlo es cerrar los ojos a la realidad y dejar a muchas personas sin herramientas para cuidarse.

Una prevención eficaz no se queda en prohibir o disuadir: **prepara, informa y capacita** para afrontar situaciones de riesgo. Para que la prevención funcione realmente como una política de cuidados, es fundamental que vaya de la mano con una educación que nos invite a ver con ojos críticos nuestra vida diaria, especialmente en lo que se refiere al consumo. Se trata de aprender a cuestionar lo que se nos presenta como normal, a identificar las presiones sociales, la publicidad y los mandatos culturales que muchas veces nos empujan a consumir —no solo drogas, sino también productos, experiencias o formas de vivir—. Desarrollar esa capacidad de análisis es lo que permite tomar decisiones con mayor conciencia y libertad. Si no hay este tipo de pensamiento crítico, la prevención termina siendo solo un conjunto de mensajes que piden obediencia, pero que poco aportan al verdadero autocuidado.

Un ejemplo claro lo encontramos en el consumo de alcohol entre menores. Aunque los lemas oficiales insisten en él “ni una gota”, lo cierto es que los inicios de consumo suelen situarse entre los 14 y 16 años. Ignorar este hecho no solo es incoherente, sino que debilita los mensajes preventivos. Aun siendo importante un objetivo de evitar o retrasar la incorporación al consumo, **la respuesta más responsable es incorporar la perspectiva de reducción de riesgos y daños en la educación, la detección precoz y el acompañamiento**, promoviendo una cultura preventiva que capacite a adolescentes y jóvenes para cuidarse, tomar decisiones informadas y reducir la exposición a daños.

La misma lógica se aplica en el ámbito sanitario. **Cada prescripción de psico-fármacos debería llevar implícita una prevención en términos de reducción de daños**: informar sobre riesgos de dependencia, advertir sobre los efectos secundarios y acompañar en la gestión de los tratamientos. La creciente preocupación por el uso de benzodiacepinas nos recuerda que la prevención no está solo en el inicio del consumo, sino también en cómo se utilizan los fármacos y en cómo los sistemas sanitarios acompañan a quienes los reciben.

En términos de salud pública, **prevenir significa anticipar y gestionar escenarios posibles**. El riesgo existe, y no afrontarlo equivale a ignorar dimensiones esenciales del fenómeno. Una prevención que no incorpora gestión de riesgos acaba siendo un discurso vacío, sin eficacia real. Por eso,

**prevención y reducción de daños no son antagónicas, sino complementarias**, y solo entendidas de este modo pueden dar respuestas útiles, realistas y coherentes con la vida de las personas. ¿Alguien sostendría que para evitar la accidentabilidad en el tránsito lo correcto sería prohibir que las personas conduzcan? ¿O que para prevenir los accidentes laborales lo mejor sería impedir que la gente trabaje? Evidentemente no. **Entonces, ¿por qué en el ámbito de las drogas hemos aceptado durante tanto tiempo una visión tan limitada, basada en la prohibición y la moralidad, en lugar de una prevención razonable y efectiva?**

**Pretender una prevención sin gestión de riesgos resulta ineficaz en poblaciones con consumos iniciados.** Gran parte de adolescentes y jóvenes experimenta con sustancias, y los modelos exclusivamente disuasorios han perdido credibilidad. La gestión de riesgos permite trabajar con quienes ya consumen, reforzar capacidades, reducir daños y evitar la cronificación. De este modo, la prevención se vuelve más realista, más amplia y más útil.

**La prevención debe ser una política de cuidados, no de negaciones.** Una política que no se limite a levantar muros frente al consumo, sino que abra caminos para que las personas, desde edades tempranas hasta la adultez, puedan vivir con más seguridad, más salud y más dignidad.

## 1.2.2. REDUCCIÓN DE DAÑOS Y GESTIÓN DE RIESGOS: COMPONENTES INSEPARABLES DEL TRATAMIENTO

El tratamiento en materia de drogas es un proceso de salud pública y derechos que integra prevención y reducción de daños a lo largo de todo el recorrido de la persona. Tratar es también prevenir, cuidar sin condiciones y reducir el daño. No se limita a la abstinencia: incorpora metas diversas, como manejar el consumo, reducir riesgos o estabilizar la vida social y sanitaria. Forma parte de un continuo de cuidados articulado con la inserción, garantizando acompañamiento digno, flexible y coordinado.

No es posible entender la reducción de daños, ni la gestión de riesgos, como algo ajeno al tratamiento. Son **componentes esenciales para que el tratamiento sea ético, eficaz y centrado en la persona**. No todas las personas buscan —ni necesitan— lo mismo, y esa diversidad no debe ser un obstáculo, sino el punto de partida del acompañamiento.

**Este proceso debe construirse desde una metodología dialógica que no** solo reconozca a las personas usuarias como sujetos de derechos, sino que **incorpore activamente sus saberes, prácticas y decisiones en todas las**

**fases del tratamiento.** Esto implica aprender de sus estrategias cotidianas, valorar aquellas que pueden integrarse, y **negociar, desde el respeto, el abandono de prácticas que puedan considerarse perjudiciales.** Tal como propone Martínez Hernández (2013), se trata de que **las personas usuarias sean co-protagonistas del proceso terapéutico**, en diálogo con profesionales, familiares y otros actores implicados.

El tratamiento debe sostener una jerarquía realista de objetivos, donde la prioridad sea proteger la vida, reducir la morbilidad y mortalidad, disminuir los riesgos asociados al consumo y mejorar la calidad de vida. Puede incluir el logro y mantenimiento de la abstinencia, pero no puede separar la reducción de daños como algo externo: forma parte de la misma atención clínica.

El tratamiento no es una línea de llegada, sino un proceso de cambio. Lejos de ser un paso posterior al consumo o una meta final, constituye un trayecto individualizado que puede tener múltiples objetivos: reducir los consumos, gestionar su impacto o abandonarlos total o parcialmente. En ese camino, la gestión de riesgos y la reducción de daños son **herramientas necesarias y legítimas para sostener el vínculo terapéutico**, facilitar la adherencia y garantizar un cuidado continuado.

Un tratamiento verdaderamente accesible comienza cuando una persona expresa una necesidad de cambio, no cuando deja de consumir. A menudo ese cambio se expresa en pequeños pasos: disminuir cantidad o frecuencia, evitar combinaciones peligrosas, mejorar el contexto de uso. Estos movimientos son logros reales y medibles, y constituyen **formas válidas de prevención secundaria o terciaria** dentro del propio proceso terapéutico.

Reconocer esta dinámica implica abandonar la visión del cambio como un suceso dicotómico —abstinencia frente al consumo— y adoptar **un modelo de fases de cambio**, que entiende la mejora como un proceso progresivo. Este enfoque promueve la accesibilidad y la adherencia, reduce el estigma percibido y facilita la continuidad de los cuidados. El objetivo último no es imponer una conducta, sino **facilitar cambios que reduzcan los riesgos y daños asociados al consumo**, y, cuando sea posible y deseado, acompañar hacia la abstinencia.

La **reducción de daños es imprescindible** en los tratamientos donde los consumos continúan o reaparecen. Pensar que un reinicio del consumo es un fracaso revela una mirada punitiva e ineficaz. Lo verdaderamente fallido es abandonar el acompañamiento o permitir que aumente el daño. La reducción de daños permite **seguir acompañando sin juicio**, proteger la salud, cuidar el vínculo terapéutico y sostener la autonomía.

También es fundamental reconocer que **muchas personas no desean dejar todas las sustancias**, y eso no las excluye del derecho a tratamiento. Algunas buscan dejar el alcohol, otras reducir el uso de estimulantes o continuar con consumos controlados. En todos los casos, la reducción de daños **no contradice el tratamiento: lo hace posible** en trayectorias diversas y cambiantes.

Entendido así, el tratamiento actúa también como **prevención de daños futuros**. Introducir la gestión de riesgos en la práctica terapéutica previene recaídas graves, cronificación del sufrimiento y deterioros asociados. Esta mirada vincula el tratamiento con los otros ejes del abordaje: **prevención, reducción de daños e inserción no son peldaños separados**, sino **dimensiones transversales** del acompañamiento terapéutico.

Finalmente, una visión integral del tratamiento reconoce **los derechos, la autonomía y la voz de las personas usuarias**. Las personas tienen derecho a decidir sobre sus consumos y sobre los objetivos de su tratamiento. Un modelo que solo reconoce la abstinencia como éxito desconoce la pluralidad de metas legítimas y termina excluyendo o dañando a quienes no encajan en ese patrón. **Integrar la reducción de daños, la gestión de riesgos y los saberes de quienes consumen en el proceso terapéutico permite trayectorias más inclusivas, realistas y sostenibles**, que protegen la salud, fortalecen la agencia personal y amplían las posibilidades de bienestar.

### 1.2.3. LA INCLUSIÓN COMO PRINCIPIO PREVENTIVO Y CONTINUO DE CUIDADOS

La inclusión no debe entenderse como una etapa final a la que se llega una vez superada una situación de exclusión o una problemática adictiva, sino como un **principio preventivo y transversal** que orienta todas las acciones de acompañamiento, **desde los primeros consumos hasta la atención especializada**. A diferencia de la inserción —que suele ubicarse como una meta correctiva al final del proceso, y que busca reintroducir a las personas en un sistema supuestamente preexistente—, **la inclusión actúa desde el comienzo, procurando que los entornos sociales, institucionales y de atención no generen ni refuerzen exclusiones**.

Esta mirada permite intervenir **antes de que la marginalización o el estigma se consoliden**, reconociendo la diversidad de trayectorias y experiencias vinculadas al uso de drogas. **Incluir es prevenir**, no solo el consumo problemático, sino también la exclusión, la pérdida de derechos y la ruptura de vínculos.

La inclusión forma parte de una **mirada preventiva ampliada**, que no se limita a evitar el consumo, sino que **busca prevenir la exclusión social y la vulneración de derechos**. Implica **promover entornos comunitarios más seguros, menos punitivos y más accesibles**, que reduzcan el estigma, favorezcan la participación y garanticen el acceso a recursos, vínculos y oportunidades significativas.

A lo largo de todo el **continuo de reducción de riesgos y daños**, la inclusión se manifiesta desde las estrategias que acompañan los primeros consumos — promoviendo prácticas más seguras— hasta la atención de personas con trayectorias de consumo más consolidadas. En todas las fases, **el principio es el mismo: reconocer a la persona como sujeto de derechos y protagonista de su proceso**, no como objeto de corrección o normalización.

**Así entendida, la inclusión no es un destino, sino una práctica constante** que atraviesa la prevención, la intervención y el acompañamiento. Desde una atención que incorpora la reducción de daños, este principio se traduce en **garantizar el acceso a derechos fundamentales —como salud, vivienda o participación comunitaria— sin exigir la abstinencia como condición previa**.

La inclusión, de este modo, **no premia la “superación” individual**, sino que **amplía el sentido de bienestar y ciudadanía** para todas las personas, estén o no en abstinencia. **Incluso quienes logran dejar de consumir pueden seguir siendo excluidas** si los estándares de inserción privilegian la adaptación a la norma por encima de la autonomía, la dignidad o la reconstrucción de sus vínculos sociales.

Por eso, **la inclusión constituye una forma de construir salud y bienestar colectivo**, basada en la participación, la justicia social y el respeto a la diversidad. Un modelo inclusivo **valora cada trayectoria de vida** y garantiza que todas puedan ser acompañadas **sin condiciones ni juicios**, desde una ética del cuidado y la dignidad.

### 1.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA

Superar la fragmentación no es solo una cuestión de coherencia técnica, sino **una apuesta ética y política** por un modelo de atención centrado en **las personas, los derechos y la comunidad**. La continuidad de cuidados exige transformar no solo la manera en que concebimos y organizamos las políticas públicas sobre drogas, sino también **las prácticas cotidianas de atención y acompañamiento**. Se trata de pasar de intervenciones aisladas a **ecosistemas interconectados** de prevención, tratamiento, reducción de daños e inclusión.

Para RIOD y sus organizaciones, este cambio implica **reforzar el trabajo en red, construir puentes entre servicios y sostener espacios de diálogo político** capaces de incidir en la planificación y financiación pública. **Promover un modelo integral** significa exigir **presupuestos estables, normativas coherentes y estrategias coordinadas** que reconozcan el valor de cada etapa del

acompañamiento. La prevención, la reducción de daños y la inclusión social **no son anexos ni etapas secundarias**, sino **dimensiones centrales y complementarias** de una política pública centrada en el cuidado.

A quienes diseñan e implementan políticas públicas, este enfoque **invita a priorizar la inversión en servicios de proximidad, en acciones comunitarias y en estrategias basadas en la evidencia**, que aseguren la continuidad y la accesibilidad entre niveles de atención. Y a los equipos profesionales, los convoca a **sostener prácticas colaborativas, interdisciplinarias y profundamente humanas**, donde cada trayectoria sea acompañada sin condiciones previas, desde el respeto y la dignidad.

Ahora bien, **ninguna transformación será completa si no se enfrenta de forma decidida el estigma asociado al consumo de drogas**. La estigmatización no sólo excluye: **destruye vínculos, deslegitima saberes y debilita la confianza en los servicios**. Si bien mejorar las condiciones materiales de vida y el acceso a derechos es fundamental, **la lucha contra el estigma también exige una intervención cultural sobre los discursos sociales que sostienen el rechazo y la criminalización**.

**El estigma no se combate sólo con recursos, sino también con narrativas.** Es necesario trabajar activamente **sobre el lenguaje, los imaginarios y los prejuicios**, tanto en las instituciones como en la sociedad.

En este sentido, **el cuidado no puede entenderse como una función neutral o técnica**, sino como **una práctica política** atravesada por desigualdades, estigmas y relaciones de poder. Apostar por una política de cuidados continua, ética y centrada en derechos, **es también apostar por modelos más igualitarios de convivencia y por una salud pública que no excluya, sino que陪伴e**.

La incidencia, por tanto, **no es sólo demanda institucional, sino ejercicio de coherencia entre el discurso y la práctica**. Es generar condiciones —materiales, simbólicas y políticas— para que **todas las personas, sin importar su situación de consumo, puedan ejercer su derecho a la salud, a la autonomía y a una vida digna**.

**Apostar por la continuidad de cuidados es apostar por la vida. Por una vida libre de estigmas, de exclusiones y de condenas sociales. Una vida acompañada, respetada y posible para todas las personas.**

## 2. ENFOQUE INTERSECCIONAL

### 2.1. QUÉ ENTENDEMOS POR INTERSECCIONALIDAD

Hablar de interseccionalidad en el ámbito de las drogas no es añadir una perspectiva sectorial, sino reconocer una clave estructural para comprender cómo funciona la sociedad en su conjunto.

Pensar los problemas vinculados a drogas desde un enfoque integral implica preguntarnos por los **sufrimientos** que emergen y se expresan a través de los consumos, **diferentes según las personas y las comunidades** de que se trate.

A **nivel de lo colectivo**, las drogas hablan acerca de variadas tensiones: desde problemas intergeneracionales, necesidades básicas insatisfechas, conflictos por el uso del espacio público, hasta cuestiones de seguridad pública, violencias, luchas por la tierra o por el poder en el territorio, entre otras cuestiones tan distintas según la comunidad de que se trate, del país, la región, el barrio, y el ecosistema en particular.

Si lo pensamos **desde lo individual**, las drogas dan cuenta de múltiples sufrimientos o necesidades de las personas, tan diversos como las realidades de cada una, pero a veces con elementos comunes asociados a la pertenencia a determinadas identidades y contextos sociales de exclusión o privilegio.

*“Tomando como referencia el paradigma de la complejidad desarrollado por Edgar Morin, nos posicionamos desde un enfoque ético social, que nos exige un reconocimiento de la naturaleza multidimensional del ser humano, de su carácter dialéctico y arborescente, y nos lleva a la evitación de cualquier forma de reduccionismo”* (RIOD. 2023). El pensamiento simplificante partía de la disyunción entre objeto y medio ambiente, en cambio desde el pensamiento complejo se comprende que **“las interacciones entre individuos producen la sociedad, pero es la sociedad la que produce al individuo”** (Morín, 1999).

Nuestra mirada sobre los consumos de drogas toma en cuenta los llamados “determinantes sociales”, distanciándonos así de una mirada sanitaria que entiende al tema desde la lógica de la enfermedad del individuo.

Desde este enfoque, entendiendo los usos de drogas como emergentes, encontramos imprescindible entonces el concepto de interseccionalidad, originado en los afrofeminismos, acuñado en particular por Kimberlé Crenshaw en 1989. Ella plantea que “La interseccionalidad es una lente a través de la cual se puede ver dónde el poder surge y colisiona, dónde se entrelaza y se

cruza" (Columbia Law School. 2017) En cuanto a cómo se originan entonces a partir de esos cruces, situaciones de opresión o de privilegio, Mara Viveros define interseccionalidad como "*la imbricación de opresiones que se afectan mutuamente y permite entender el funcionamiento de la desigualdad sin fragmentarla.*" (Viveros, 2023)

**Para abordar mejor el sufrimiento de las personas que usan drogas debemos atender al modo en que los sistemas de opresión se refuerzan.** y entender cómo los distintos ejes de desigualdad se intersectan y refuerzan mutuamente para producir y reproducir esta opresión.

No se trata de la sumatoria de los factores que generan la desigualdad, sino cómo éstos, de forma indisolublemente conectada e indisociable, crean realidades particulares.

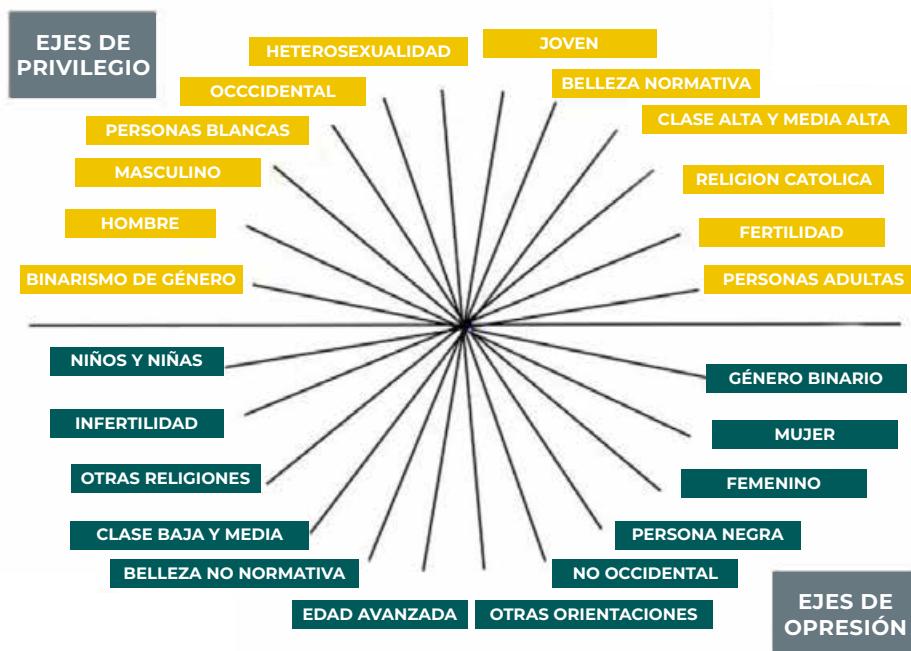


Imagen inspirada en la matriz de Interseccionalidad de Patricia Hill-Collins

"El enfoque interseccional ha forjado una nueva interpretación de la desigualdad que pone de relieve la mutua constitución de las estructuras de dominación y afirma que los sistemas de opresión se experimentan de forma simultánea e inseparable". (Viveros, 2023) **Una atención verdaderamente integral de las personas con problemas vinculados a drogas debe responder a esta multiplicidad de realidades y contextos de vida**, considerando género, clase, origen nacional, etnicidad, edad, condición migratoria, orientación sexual, salud mental y religión, entre otros.

La **interseccionalidad** no es un añadido, sino un **principio estructural para evitar que las políticas reproduzcan desigualdades**, dado que la imbricación de estas variables "influyen de manera determinante en el acceso de las, los y les sujetos a derechos y oportunidades, así como en las situaciones de privilegio o de exclusión que se derivan de estos ordenamientos." (Viveros, 2023)

En el ámbito de las drogas, tenemos sobrada evidencia del efecto negativo que las políticas prohibicionistas, descontextualizadas y de mirada única han generado, especialmente en los sectores excluidos de la población, aumentando la criminalización, el encarcelamiento y la violencia.

Asimismo, los Observatorios nacionales, investigaciones académicas y la sistematización de las poblaciones que atendemos desde la sociedad civil, revelan que las sustancias de elección, los modos de consumo, los problemas que se relacionan con drogas, difieren según edad, clase social, género, y cuando se relevan otros ejes de opresión/privilegio, se perciben también particularidades y diferencias.

*“Desde un punto de vista interseccional y de determinantes sociales, la complejidad en el uso de drogas se evidencia en las condiciones que se entrecruzan en cada sujeto y grupo que consume, que aumenta o disminuye las vulnerabilidades que atraviesan sus vidas, en las que el consumo debe verse más allá de la etiqueta o el diagnóstico, para permitir la emergencia y las explicaciones basadas en la inequidad y las injusticias sociales. Se trata de pasar desde la incidencia del plano de la opresión al plano de los derechos.”* (Posada Zapata, Isabel. 2025)

## 2.2. PROBLEMÁTICA A ABORDAR

Las políticas de drogas han tenido por lo general un sujeto único: varón, blanco, joven, cultura occidental, de clase media y familia de tipo nuclear. Por esta razón resultan tan poco útiles en muchas realidades.

**La forma en que se sufre la opresión es cualitativamente diferente, según los cuerpos que la viven y según el contexto en que se produce.** Es este último el que determina cuáles son los ejes más relevantes en cada ámbito. (Viveros, 2023). Por ejemplo, los cuerpos de las mujeres pobres suelen ser los que son sometidos al riesgo de portar sustancias, como “mulas” del narcotráfico. Determinantes de clase y género, muchas veces sumados a los de raza, inciden en el lugar en que ocupan estas personas.

**Las personas con problemas vinculados al uso de drogas manifiestan en el consumo estos sufrimientos, totalmente diferentes según sus realidades individuales, familiares y sociales.** Si el uso de sustancias busca mitigar el dolor de la violencia de género, o sobrelevar la privación de libertad, o poder mejorar el rendimiento a nivel laboral para no perder el empleo, o tolerar la discriminación por raza o religión o identidad de género, entre tantos otros emergentes, necesitamos poder escuchar lo diverso y **atenderlo de forma particular a la vez que integral.** Los movimientos migratorios cada vez más frecuentes van dando lugar a una gran diversidad cultural para la que no siempre estamos preparados desde nuestros servicios, los usos de sustancias que son parte de la

cultura varían de unos a otros, pero, sobre todo, los procesos de migrar tienen alto costo y pérdida de derechos para las personas.

La perspectiva de género nos convoca a prestar especial atención a la **dificultad de acceso de las mujeres y personas de identidades no binarias a los recursos que abordan los problemas vinculados a drogas**. Pero a la vez, esta situación es más compleja si se trata de mujeres afrodescendientes o trabajadoras sexuales. Del mismo modo podríamos plantearnos la cuestión de la accesibilidad de personas indocumentadas, por ejemplo. O el desafío del tránsito de los jóvenes por las crisis de los modelos de masculinidad, especialmente aquellos con mayor dificultad de integración sociolaboral y menores posibilidades de "éxito".

Los modelos de familia en base a los cuales se construyen discursos y programas preventivos suelen ser basados en la creencia de la prevalencia de las familias de tipo nuclear, tradicionales. En algunos contextos esto es más que minoritario y los enfoques metodológicos resultan inaplicables. Del mismo modo, los discursos preventivos suelen estar dirigidos a "la juventud", desconociéndose las problemáticas de consumo de otras franjas etarias. Y, en el caso de los jóvenes, se descuidan las evidencias respecto a cómo el género está siendo un diferencial en lo que hace a los usos y abusos de drogas. Interrogarnos respecto a por qué en muchos de nuestros países aumenta la prevalencia de consumo femenino entre los estudiantes de enseñanza media, debería ser una pista fundamental a la hora de pensar los programas destinados a la adolescencia.

Pero, más allá de estas cuestiones, lo central es pensar si es posible pensar en trabajar los usos problemáticos de drogas de forma genérica, cuando las personas atraviesan situaciones tan diferentes. ¿Los contenidos de los programas pueden ser los mismos? **En la medida en que los sentidos de los usos de drogas revelan puntos de partida tan diferentes, las propuestas de modelo único resultan muchas veces inadecuadas e inefficientes.**

## 2.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA

Es fundamental, a la hora de diseñar y ejecutar políticas y programas que atiendan los problemas vinculados a drogas, **adoptar un enfoque de justicia social**, que no solo se centre en los problemas de salud asociados al consumo, sino que también reconozca las múltiples capas de opresión que enfrentan las personas. Este enfoque propone restituir a las personas usuarias de drogas como sujetos de pleno derecho, más allá de su rol como "usuarias de servicios". Es decir, las políticas y programas de drogas deben considerar las problemáticas particulares de los diferentes colectivos y personas, pero, sobre todo, no reproducir las inequidades existentes sino tener un horizonte de eliminación de las mismas.

Por otra parte, **la fortaleza de políticas de drogas integrales radica en su capacidad para actuar en las raíces de las problemáticas asociadas al consumo de drogas, abordando tanto los factores individuales y colectivos, como los estructurales.** En el ámbito estructural, este enfoque contribuye a mitigar desigualdades al intervenir en contextos vulnerabilizados, que propician vínculos con las drogas, ya sea en tanto consumidores o por la inclusión en redes de microtráfico, que complejizan aún más las realidades de sufrimiento social. **Fortalecer** el tejido social y promover oportunidades y entornos seguros y protectores, es un factor clave que debe contemplarse en cualquier estrategia.

De igual manera, **las transversalizaciones de los diversos ejes de privilegio/opresión que mencionamos, requerirán escuchas y procesos específicos.** Desde un enfoque interseccional, las políticas deben diseñarse atendiendo las necesidades de colectivos específicos, las violencias que sufren, la estigmatización que les generan las desigualdades y opresiones a que se ven sometidas y que generan barreras y dificultades para el acceso a derechos y a los servicios. Esto implica abandonar los modelos únicos. **Tenemos el desafío de generar políticas con capacidad de interrogar la realidad y generar acciones en procesos integrales.** Es decir, articular con programas de vivienda, alimentación, inserción sociolaboral y educativa, recreación, salud mental, salud sexual y reproductiva, violencia basada en género, lucha contra toda forma de discriminación y estigma. Esta articulación requiere fortalecer **la interinstitucionalidad en el nivel de la macropolítica y las redes locales en los territorios. Estos procesos deben contar con plena participación de todos los implicados:** personas usuarias de drogas, actores comunitarios, referentes locales, además de las personas técnicas, profesionales y decisores políticos, en todos los niveles de las intervenciones, diagnósticos, diseño, ejecución y evaluación. **Escuchar y reconocer los saberes de cada una** es básico para construir modelos de trabajo adecuados a los problemas que buscan encarar.

También destacamos la necesidad de **la sensibilización y capacitación crítica de quienes intervenimos en las políticas y programas de drogas** desde la gestión, ejecución y evaluación de las mismas. Todas las personas somos portadoras de subjetividades que nos dificultan entender el lugar de alguien diferente y nos llevan muchas veces a reproducir patrones de discriminación o exclusión y al ejercicio de violencia institucional. No es suficiente la formación académica en temas de drogas, sino que se vuelven necesarios procesos de interrogación de nuestras prácticas, y de nuestras propias instituciones.

Oriol Romaní (2013) señala que la articulación entre saber experto y experiencia vivida es un componente central de los procesos participativos. Y al respecto nos plantea la necesidad de adquirir herramientas metodológicas que permitan desarrollar una práctica dialógica, reconociendo el lugar desde donde intervenimos (Perspectiva situada. Haraway. 1991)

Otro aspecto crucial es **contar con indicadores** que nos permitan evaluar si nuestras políticas y programas contemplan las diversas realidades y trayectorias de vida de las personas a quienes van dirigidas. Incluir siempre recursos que posibiliten sistematizar y evaluar el trabajo, de modo tal de generar evidencia desde las propias prácticas, descolonizando el conocimiento, dejando de medirnos con criterios de prácticas implementadas en contextos muy diferentes, avanzando así hacia el fortalecimiento de políticas más justas y efectivas.

### 3. INVERTIR CON JUSTICIA, ACTUAR CON BASE EN LA EVIDENCIA

#### 3.1. QUÉ ENTENDEMOS POR INVERSIÓN JUSTA

Diversas organizaciones han manifestado el fracaso del enfoque de la guerra contra las drogas. Recientemente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2024) afirmó que esta estrategia ha “*destruido innumerables vidas y dañado comunidades enteras*”; el International Drug Policy Consortium (IDPC), en su informe “Rumbo equivocado” (2023), destaca un aumento en el número de personas que usan drogas (de 271 a 296 millones entre 2019 y 2023) y más de 494.000 muertes relacionadas con drogas en 2019; la Relatora Especial sobre el Derecho a la Salud de Naciones Unidas, citada por Amnistía Internacional (2024), denunció que **la guerra contra las drogas ha generado violaciones sistemáticas de derechos humanos, afectando de forma desproporcionada a comunidades marginadas.**

Ya en la Declaración de Viena (2010), los expresidentes Cardoso de Brasil, Gaviria de Colombia y Zedillo de México habían advertido en su discurso ante el foro “Drogas: un Balance a un Siglo de su Prohibición”, que esta estrategia había fortalecido el crimen organizado, desestabilizado gobiernos y violado derechos humanos. Yendo más atrás, en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre drogas (UNGASS) de 1998, el mismo presidente Zedillo había dado declaraciones similares y organizaciones como Human Rights Watch (2008) y Amnistía Internacional (2003) habían advertido sobre el excesivo uso de la fuerza, la criminalización del consumo y el encarcelamiento a poblaciones vulnerables como prácticas ineficientes que no reducían el consumo ni el tráfico.

Por consiguiente, **tras casi 30 años de advertencias políticas y evidencias** del fallo del enfoque represivo hacia el consumo de drogas en general, y, aunque hay una amplia demostración de la necesidad de un enfoque de salud pública basado en derechos humanos, **los cambios en materia de política de drogas no avanzan en consonancia con estas declaraciones ni con la evidencia existente**, por lo que amerita mantener la discusión sobre la necesidad de un cambio de narrativas y prácticas que atiendan las verdaderas necesidades de atención en esta materia.

## 3.2. CONSULTANDO LA EVIDENCIA

Al revisar los costos relacionados con el **control de la oferta** de drogas (Mejía & Csete, 2016), y consultando estimaciones de La Fundación Transforma Drug Policy, se estima que el gasto global asciende alrededor de 100 billones USD<sup>1</sup> anuales, de los cuales Estados Unidos contribuye con 25.5 billones USD (sin incluir gastos estatales y locales). En 2013, aproximadamente 304,000 personas fueron encarceladas por delitos menores relacionados con drogas en EE.UU. Y en la Unión Europea, donde el encarcelamiento por drogas es menos frecuente, se gastó en reclusión penal 7 billones EUR. Paralelamente, el mercado mundial de drogas ilícitas se valora conservadoramente en más de 330 billones USD al año.

Por citar un ejemplo, en el caso colombiano, entre 2000 y 2015 mediante el plan Colombia (iniciativa conjunta entre Colombia-Estados Unidos para el combate al narcotráfico) implicó un gasto aproximado de 140.6 millones USD, de los cuales 9.6 millones USD (7%) provinieron del gobierno de Estados Unidos y 131.000 millones USD (93%) del gobierno colombiano (Departamento Nacional de Planeación - DNP).

Otro estudio muestra que solo entre 2013-2015, el Estado colombiano gastó en la lucha antidrogas un billón de pesos colombianos (363,800 USD) por año aproximadamente, donde resulta notorio que aun excluyendo al sector defensa, el mayor porcentaje del gasto estuvo concentrado en la estrategia de reducción de la oferta de drogas y que en estos tres años analizados las estrategias de reducción de la demanda de drogas representaron el 17% del gasto total, tres veces menor al de reducción de la oferta (sin sector defensa) (Rico, Zapata, Wiesner, & Goyeneche, 2018).

Sumado a lo anterior, hay otros costos relacionados con los efectos del consumo en la economía. Ya la OMS en 2003 manifestaba que además de los costos de la fuerza pública y el sistema judicial, había otros relacionados a la dependencia a las drogas, asociadas a los servicios de salud y sociales para personas consumidoras y su entorno; accidentes de tráfico; costos por la limpieza de instrumentación de inyección mal descartada y tratamiento a lesiones relacionadas, pérdida de productividad en espacios domésticos y laborales (E Single, Et al, 2004).

Otro ejemplo es el caso de Argentina. Un estudio de 2008 del gobierno de este país acerca de los costos del abuso de sustancias psicoactivas estimó que gastaron más de 1.386 millones de dólares en programas de reducción de la demanda y la oferta, de ello sólo el 2% estaba destinado a reducción de la demanda. Los costos estimados para el mismo año asociados al consumo de sustancias psicoactivas fueron 1.073,2 millones USD, de los cuales el 32,8% equivalen a pérdida de la productividad y el 9,9% a costos de atención en salud (SEDRONAR, 2008).

---

<sup>1</sup> Dólares estadounidenses

**En el área de tratamiento a las adicciones, pese a que en general es más costosa que la prevención, la inversión en ella trae retornos significativos.**

Un estudio en Estados Unidos muestra que el retorno puede ser de hasta 9 veces lo invertido en tratamientos de buena calidad, trayendo efectos en la reducción de la delincuencia y hasta un 15% en los servicios de salud evitados (KE McCollister, MT Frenc, 2003). Lo anterior se **observa incluso cuando los tratamientos son muy costosos, pues se reducen costos que derivarían en la delincuencia y el encarcelamiento** (A Basu, Et al, 2008).

Una revisión de **más de 100 estudios sobre tratamiento coincide en que estos generan beneficios económicos para la sociedad, entre ellos la reducción del crimen y la victimización posterior al tratamiento**; no obstante, advierten cautela en relación a que pueden existir estudios que no encontraron efectos y no fueron publicados (Belenko, Patapis, & French, 2005).

Otro elemento importante que considerar es la inclusión sociolaboral de personas con adicciones. En este sentido un estudio realizado dentro del programa INSOLA (RED2RED, 2019), dirigido a personas en situación o riesgo de exclusión social, que incluyó las personas con adicciones con las cuales se interviene en el desarrollo de competencias, habilidades y aptitudes para la empleabilidad, concluyó que el impacto de esta intervención tuvo efectos no solo en las personas adictas, sino también en familiares y otras personas. Estas mejoras en lo terapéutico derivan en menores gastos sanitarios, judiciales y sociolaborales, estimando que el retorno hacia las administraciones públicas es de 2,75 EUR por euro invertido. También se calculan que “*las personas beneficiarias y sus familiares recibirían un retorno de 1,90 EUR y 0,53 EUR en forma de adquisición de competencias y hábitos de salud por cada euro invertido*”.

**La prevención de drogas es un área donde se han observado retornos económicos a largo plazo, especialmente si se hacen durante la infancia y la adolescencia.** El mismo NIDA (2022), plantea la inversión en prevención como una decisión financiera sensata, pues es relativamente económica y las conductas de riesgo que intenta reducir son costosas para el sistema de salud, la seguridad, el sistema de justicia y la educación. Un estudio en Carolina del Norte (EE. UU.), muestra gastos de 327 millones USD en gastos anuales provenientes de conductas de riesgo, mientras un programa de prevención familiar costaría solo el 10% de esta suma (Ridenour TA, Et al, 2022). Así mismo el programa CTC (Community That Care), aún con pequeños efectos sostenidos hasta los 23 años, evidenció una relación costo-beneficio confiable (Kuklinski MR, Et al, 2021). Estos y otros estudios han demostrado **la importancia de los programas de prevención basados en la evidencia, aplicados de manera constante y con coberturas amplias, evitando costos en los sistemas de salud y sociales y afectando positivamente la productividad, por lo que es plenamente justificable desde el punto de vista económico, invertir en prevención.**

La **reducción de daños**, que reconoce que la opción libre de drogas no encaja para todas las personas, **también es un área donde se ha evidenciado que con intervenciones de bajo costo se reducen sufrimiento, costos sociales**

**y de salud.** Por ejemplo, para las personas que se inyectan drogas (PID), hay evidencia de que los programas de intercambio de jeringuillas, de sustitución de opioides y terapia antirretroviral son eficaces, previenen infecciones y en general mejoran la calidad de vida, siendo mucho menos costosos que los tratamientos del VIH, llegando incluso a una reducción de riesgo de contraer VIH en PID del 54% (David P. Wilson, 2014). Una revisión de varios estudios sobre costo efectividad de programas de reducción de daños (Harm Reduction International, 2020) muestra que programas de intercambio de jeringuillas han mostrado ahorros de 4 USD por dólar estadounidense invertido y hasta 27 USD considerando los efectos en la productividad, **ahormando millones de USD en tratamientos;** así mismo, terapias con metadona, siendo aún más costosas, reducen gastos asociados al VIH, tuberculosis, **reducción de delitos y encarcelamientos;** un estudio en Reino Unido encontró que la suspensión de programas de intercambio de jeringuillas y con agonistas opioides podría incrementar hasta un 349% para el año 2031 los casos de hepatitis C. Estos mismos estudios muestran que programas de distribución de naloxona en medio comunitario y salas de consumo supervisado han mostrado ser altamente costo-efectivas, y como **la suspensión de los programas existentes, la inacción y los enfoques punitivos son más costosos que proveer servicios adecuados.**

### 3.3. PROPUESTA PARA LA INCIDENCIA.

**Desde todo punto de vista, invertir en prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños es altamente efectivo y rentable,** pues se han evidenciado los retornos económicos y sobre todo los beneficios para las personas y la sociedad. Incluso, las intervenciones más costosas, son más costo-efectivas que no intervenir o que interrumpirlas, por tanto, trae beneficios económicos. Por otro lado, la inversión con enfoques meramente punitivos ha demostrado su ineficacia.

Por consiguiente, no se entiende la negativa de muchos gobiernos de no invertir en la reducción de la demanda de drogas, cuando esto traería a las naciones muchas ventajas en términos de la salud de su población y ahorros económicos significativos. Por tanto, **se insta a las naciones a incorporar programas integrales para prevenir e intervenir el consumo problemático de drogas y sus determinantes sociales asociados.**

Estos programas deben tener un **justo equilibrio entre la prevención, el tratamiento y la reducción de daños de manera integrada**, claves para garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad. No puede haber priorización de dispositivos punitivos o exclusivamente de un tipo asistencial en detrimento de programas preventivos, comunitarios o de reducción de riesgos y daños. La evidencia debe guiar la asignación de recursos y evitar que las decisiones respondan a prejuicios o discriminaciones encubiertas. Estas mismas evidencias

podrían demostrar, ya en el ámbito local, su relevancia en términos de retorno económico y social.

Respecto a las estrategias de reducción de la oferta de drogas, éstas deben estar enfocadas en el crimen organizado y no a los eslabones más débiles de la cadena del narcotráfico, considerando además los derechos humanos y la justicia social; de lo contrario solo perpetúan desigualdades. En este sentido, **evaluar siempre el potencial de daño** que muchas políticas de drogas pueden traer a la sociedad, donde además de no percibir un retorno económico de la inversión, se contribuye a aumentar la pobreza, la inequidad, desmejorar la salud y la convivencia, como se ha observado en múltiples ocasiones.

Las propuestas requieren de un esfuerzo conjunto por superar las barreras estructurales y sociales que limitan la eficacia de las políticas públicas en preventión, tratamiento y reducción de riesgos y daños. **La implementación de estas recomendaciones requiere compromiso político, recursos adecuados y una colaboración efectiva entre los gobiernos, la sociedad civil y los actores** comunitarios para garantizar que todas las personas puedan acceder a atención dignas y de calidad.

A su vez, es crucial que estos **programas estén financiados de manera sostenible**. En muchos países de la región, la escasez de recursos y la dependencia de financiación a corto plazo han limitado la efectividad de los mismos; ello sin contar los costos que han podido tener la inacción y la ineficiencia de las estrategias implementadas. **Es urgente que se garantice un presupuesto estable y adecuado** para que los programas no estén sujetos a cambios ideológicos o recortes inesperados, lo que afectaría directamente a los servicios de salud y apoyo. **Esta financiación debe incluir recursos para la generación de evidencia desde las prácticas locales.**

# REFERENCIAS

- A Basu, AD Paltiel, HA Pollack. "Social Costs of Robbery and the Cost-effectiveness of Substance Abuse Treatment. Health Economics 17(8): 927-946, 2008
- Amnistía Internacional. (2003). Colombia: Fear and Intimidation: The Risks of Human Rights Work. Londres: Amnesty International Publications. <https://www.amnesty.org/en/documents/amr23/033/2003/en/>
- Amnistía Internacional. (2024, junio). La guerra contra las drogas ha fracasado: Relatora Especial sobre el derecho a la salud pide un nuevo enfoque: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2024/06/war-on-drugs-has-failed-un-special-rapporteur-on-right-to-health-calls-for-new-approach/>
- Belenko, S., Patapis, N., & French, M. (2005). Economic benefits of drug treatment: a critical review of the evidence for policy makers. Scaife family foundation / Missouri foundation for health. Recuperado el 15 de Agosto de 2025, de: [https://web.archive.org/web/20080302232205/http://www.adpana.com/EconomicBenefits\\_2005Feb.pdf](https://web.archive.org/web/20080302232205/http://www.adpana.com/EconomicBenefits_2005Feb.pdf)
- Cardoso, F. H. (2011, enero 18). A guerra contra as drogas. Valor Econômico. Opinião. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Recuperado de Repositorio USP
- Cato Institute. (2009). Thinking About Drug Legalization. Washington D.C.: Cato Policy Report. Recuperado de: <https://www.cato.org/policy-report/marchapril-2009/thinking-about-drug-legalization>
- Count the Cost (2014) Socavando el desarrollo y la seguridad internacional,incrementando el conflicto, London: Count the cost.
- Crenshaw, Kimberlé W. (1989/1991) Interseccionalidad (Platero y Saez, trads.). Solidaridad Obrera Ed. digital: [https://www.solidaridadobrera.org/ateneo\\_nacho/libros/Kimberle\\_W\\_Crenshaw\\_-Interseccionalidad.pdf](https://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/libros/Kimberle_W_Crenshaw_-Interseccionalidad.pdf)
- Columbia Law School. 2017. Crenshaw, Kimberlé, sobre la interseccionalidad, más de dos décadas después. <https://www.law.columbia.edu/news/archive/kimberle-crenshaw-intersectionality-more-two-decades-later>
- Declaración de Viena. (2010). Vienna Declaration: A call for evidence-based drug policy. International AIDS Society. <https://www.viennadeclaration.com>
- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (s.f.). Plan Colombia: Balance de los 15 años. Recuperado el 28 de Agosto de 2025, de [https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/sinergia/documentos/plan\\_colombia\\_boletin\\_180216.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/sinergia/documentos/plan_colombia_boletin_180216.pdf)
- E Single, Et al. International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse [Directrices internacionales para elaboración de estimaciones sobre costos del consumo de sustancias], 2nd ed. Ginebra: World Health Organization, 2004)
- Haraway, Dona ([1991] 2019). Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza (M. Talents, Trad.). Barcelona:Ibérica.
- Harm Reduction International. (4 de abril de 2020). hri.global. Recuperado el 19 de Septiembre de 2025, de <https://hri.global/publications/making-the->

- [investment-case-cost-effectiveness-evidence-for-harm-reduction/](https://www.hrw.org/report/2008/03/02/decades-disparity/drug-arrests-and-race-united-states)
- Human Rights Watch. (2008). Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States. Nueva York: Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/report/2008/03/02/decades-disparity/drug-arrests-and-race-united-states>
  - International Drug Policy Consortium. (2023). Rumbo equivocado: Evaluación sombra de la Declaración Ministerial de 2019 de la ONU sobre drogas. <https://idpc.net/publications/2023/03/rumbo-equivocado-evaluacion-sombra-de-la-declaracion-ministerial-de-2019-de-la-onu-sobre-drogas>
  - KE McCollister, MT French. "The Relative Contribution of Outcome Domains in the Total Economic Benefit of Addiction Interventions: A Review of First Findings. *Addiction* 98:1647-1659, 2003.)
  - Kleinman, Arthur; Veena Das & Margaret Lock (Eds.), (1997) Social suffering. University of California Press
  - Kuklinski MR, Oesterle S, Briney JS, Hawkins JD. Long-term Impacts and Benefit-Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. *Prev Sci.* 2021 May;22(4):452-463. doi: 10.1007/s11121-021-01218-7. Epub 2021 Apr 10. PMID: 33837890; PMCID: PMC8375313.
  - Martinez Hernández, Angel (2013) Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona, Anthropos
  - Mejía, D., & Csete, J. (2016). Economía de la guerra contra las drogas: costos no contabilizados, vidas perdidas, oportunidades no aprovechadas. Open Society Foundations.
  - Morín, Edgar. 1999. L'intelligence de la complexité. Edit. L'Harmattan. París.
  - NIDA. 2022, Abril 28. Invertir en la prevención es una decisión financiera sensata. Obtenido de <https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2022/04/Invertir-prevencion-una-decision-financiera> en 2025, Julio 26
  - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2024, marzo). Statement by UN High Commissioner for Human Rights Volker Türk at the “Dealing with Drugs” Conference. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/en/statements/2024/03/statement-un-high-commissioner-human-rights-volker-turk-dealing-drugs-conference>
  - RED2RED. (2019). Informe del Retorno Social de la Inversión (SROI) del Proyecto INSOLA. Recuperado el 26 de Agosto de 2025, de <https://proyectohombre.es/insercion-sociolaboral/#RETORNO>
  - Rico, D., Zapata , J. G., Wiesner, D., & Goyeneche, L. (2018). Informe del gasto del gobierno de Colombia en lucha Antidrogas 2013-2015. Fundación Ideas para la paz. Departamento nacional de planeación. Fedesarrollo.
  - Ridenour TA, Murray DW, Hinde J, Glasheen C, Wilkinson A, Rackers H, Coyne-Beasley T. Addressing Barriers to Primary Care Screening and Referral to Prevention for Youth Risky Health Behaviors: Evidence Regarding Potential Cost-Savings and Provider Concerns. *Prev Sci.* 2022 Feb;23(2):212-223. doi: 10.1007/s11121-021-01321-9. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34714504; PMCID: PMC8554188.
  - RIOD. 2021. La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones. Madrid. [https://riod.org/wp-content/uploads/2022/06/RIOD\\_PERSPECTIVA-GENERO-EN-AMBITO-DROGAS-1.pdf](https://riod.org/wp-content/uploads/2022/06/RIOD_PERSPECTIVA-GENERO-EN-AMBITO-DROGAS-1.pdf)
  - RIOD. 2023. Enfoque de base comunitaria en el ámbito de las drogas y las adicciones. Madrid. [https://riod.org/wp-content/uploads/2023/12/RIOD\\_ENFOQUE\\_COMUNITARIO\\_VF.pdf](https://riod.org/wp-content/uploads/2023/12/RIOD_ENFOQUE_COMUNITARIO_VF.pdf)
  - Romaní, Oriol (2013) “La reducció de riscos, entre l'experiència i els experts”, *Oquaderns de l'ICA*, 18 (1): 52-64
  - SEDRONAR. (2008). Estimación de los costos del abuso de sustancias

- psicoactivas. Resultados para Argentina, año 2008. Recuperado el 15 de agosto de 2025, de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad\\_2010.\\_estimacion\\_de\\_los\\_costos\\_del\\_abuso\\_de\\_sustancias\\_psicoactivas\\_resultados\\_para\\_argentina\\_ano\\_2008\\_informe\\_fina.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/11/oad_2010._estimacion_de_los_costos_del_abuso_de_sustancias_psicoactivas_resultados_para_argentina_ano_2008_informe_fina.pdf)
- Viveros Vigoya, Mara. 2023. Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario. CLACSO. Libro digital. PDF. <https://libreria.clacso.org/publicacion.php?p=2839&c=51>
  - Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. Int J Drug Policy. 2015 Feb;26 Suppl 1:S5-11. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.007. Epub 2014 Dec 1. PMID: 25727260.



financiado por:



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**