

Capítulo I.

Las mujeres y las drogas

1. Cada vez se tiene más conciencia de la importancia de incorporar adecuadamente la perspectiva de género en los programas y políticas relacionados con las drogas. En las Declaraciones Políticas de 1998³ y 2009⁴ se tienen en cuenta las cuestiones de género, y tanto la Asamblea General⁵ como la Comisión de Estupefacientes⁶ han venido prestando una mayor atención a este aspecto en los últimos 10 años. Además, la Asamblea General, en su resolución relativa a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁷, hizo hincapié en la enorme importancia de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. En el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”⁸, se alienta a los Estados Miembros a que consideren las necesidades específicas de las mujeres en las políticas sobre drogas. La Comisión de Estupefacientes, principal órgano normativo del sistema de las Naciones Unidas en asuntos relacionados con las drogas, ha aprobado varias resoluciones sobre la situación de las mujeres en lo que se refiere al problema mundial de las drogas. Con el fin de contribuir al adelanto de las políticas que incorporan la perspectiva de género

³Declaración Política dedicada a la lucha conjunta contra el problema mundial de las drogas, aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones (resolución S-20/2 de la Asamblea General, anexo).

⁴Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28)*, cap. I, secc. C).

⁵Resoluciones de la Asamblea General 58/138, 61/143, 63/241 y 70/182.

⁶Resoluciones de la Comisión de Estupefacientes 52/1, 55/5 y 59/5.

⁷Resolución 70/1 de la Asamblea General.

⁸Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

para afrontar este problema, la Comisión ha puesto de relieve las necesidades específicas de las mujeres en varias ocasiones, y más recientemente en su 59° período de sesiones, celebrado en marzo de 2016, en el que aprobó la resolución 59/5, titulada “Incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas relacionados con las drogas”.

2. Reconociendo la importancia de tener en cuenta las cuestiones de género, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ha dedicado el primer capítulo del presente informe anual al tema de las mujeres y las drogas. Ahora bien, debido a su carácter polifacético, este tema no puede examinarse exhaustivamente en un solo capítulo. Además, la información relativa a las mujeres consumidoras de drogas es escasa, lo que dificulta aún más el análisis. Por esos motivos, en este capítulo se tratan únicamente algunos aspectos destacados: los daños relacionados con las drogas, las poblaciones especiales, la prevención de la drogodependencia y el tratamiento y la rehabilitación de las mujeres drogodependientes.

3. Las mujeres drogodependientes pueden enfrentarse a múltiples dificultades; por ejemplo, es posible que sean objeto de un alto grado de estigmatización, que sus familias o comunidades las excluyan, que sean víctimas de violencia por parte de sus parejas o familiares, y que recurran al trabajo sexual, o sean obligadas a hacerlo, para financiar su consumo de drogas o el de su pareja. Además, tampoco tienen acceso a un tratamiento de la drogodependencia en el que se tengan en cuenta las cuestiones de género. La poca información de que se dispone a nivel mundial indica que el número de mujeres que consumen drogas está aumentando en las poblaciones juvenil y penitenciaria. Son pocos los países que proporcionan a las mujeres un tratamiento adecuado de la

drogodependencia, y casi todos deberían ampliar el tratamiento con perspectiva de género para lograr que las mujeres disfruten del más alto nivel posible de salud.

4. Los datos de justicia penal muestran un aumento del número de mujeres detenidas por delitos relacionados con las drogas. La encarcelación de mujeres por participar en este tipo de delitos puede tener consecuencias catastróficas para sus hijos, especialmente si ellas son las cuidadoras principales. Además, aunque el nivel de drogodependencia entre las reclusas es muy elevado, estas rara vez pueden acceder a servicios de tratamiento y rehabilitación.

A. Prevalencia y características del uso indebido de drogas

5. Las mujeres y las niñas constituyen un tercio de las personas que consumen drogas en todo el mundo. En 2010 se estimaba que, a nivel mundial, 6,3 millones de mujeres eran adictas a las anfetaminas; 4,7 millones, a los opioides; y 2,1 millones, a la cocaína. Entre las mujeres existía una elevada prevalencia de la adicción a las anfetaminas (0,31%) en Asia sudoriental y Oceanía, a los opioides (0,25%) en Oceanía, y a la cocaína (0,22%) en América del Norte y América Latina. Asimismo, en 2010 se estimaba que 3,8 millones de mujeres en todo el mundo se inyectaban drogas, es decir, el 0,11% de la población femenina mundial⁹. Los hábitos del consumo de drogas entre las mujeres reflejan las diferencias en las oportunidades de consumir drogas, que obedecen a la influencia de su entorno social o cultural.

6. Las mujeres suelen empezar a consumir drogas más tarde que los hombres, y su consumo está muy influido por su pareja cuando esta también consume drogas. Sin embargo, una vez que comienzan a abusar de las drogas, su tasa de consumo de cannabis, opioides y cocaína aumenta más rápidamente que entre los hombres, y también desarrollan más pronto trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En el caso de las metanfetaminas, las mujeres empiezan a consumirlas a una edad más temprana que los hombres y tienen más probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el consumo de esa sustancia que ellos. En comparación con los hombres, las mujeres que consumen heroína son más jóvenes, tienden a consumir cantidades más pequeñas y durante menos

⁹Harvey A. Whiteford y otros, "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, vol. 382, núm. 9904 (2013), págs. 1575 a 1586.

tiempo, son menos proclives al consumo por inyección y, si su pareja sexual consume drogas, es más probable que se dejen influir por ella. A menudo es otra persona, por lo general su pareja, quien les administra su primera inyección.

7. El nivel de consumo de drogas entre las mujeres es mayor en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medianos. En lo que respecta al uso indebido de todas las drogas, la brecha entre mujeres y hombres es menor en los jóvenes que en la población adulta. Las mujeres también constituyen un gran porcentaje de las personas que abusan de medicamentos de venta con receta. El Grupo Pompidou del Consejo de Europa informó de que el consumo de estos medicamentos por parte de las mujeres aumentaba en función del grupo de edad y alcanzaba su nivel más alto entre las mujeres de 30 a 40 años. Aunque la información al respecto es limitada, Alemania y Serbia comunicaron que las muertes causadas por sobredosis de fármacos sujetos a prescripción médica eran más frecuentes en mujeres que en hombres¹⁰. Los estudios realizados muestran que las mujeres son más proclives a consumir medicamentos sujetos a prescripción médica, como analgésicos narcóticos y tranquilizantes (por ejemplo, benzodiazepinas), con fines no médicos¹¹. Este hecho también se ve agravado por la mayor vulnerabilidad de las mujeres en comparación con los hombres a sufrir depresión, ansiedad y traumas, así como a la victimización. Las mujeres afirman que consumen drogas para superar situaciones estresantes en sus vidas, y existen pruebas que indican que es mucho más probable que se prescriban estupefacientes y ansiolíticos a las mujeres que a los hombres¹².

8. La prevalencia del uso ilícito de drogas, el consumo de drogas por inyección y la drogodependencia son sistemáticamente superiores en las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. El uso indebido de drogas, incluido el consumo por inyección, también está extendido entre las mujeres transgénero, con unos porcentajes que varían desde alrededor del 30% en los Estados Unidos de América hasta el 42% en Australia y el 50% en Portugal y España. Sin embargo, según un estudio llevado a cabo en 2004 en el Pakistán, menos del 2%

¹⁰Marilyn Clark, *The Gender dimension of non-medical use of prescription drugs* (Estrasburgo, Consejo de Europa, 2015).

¹¹L. Simoni-Wastila, G. Ritter y G. Strickler, "Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, núm. 1 (2004), págs. 1 a 23; *2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco para la Información sobre los Problemas del Alcohol y Otras Drogas, 2009).

¹²UNODC, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Viena, 2011).

de las mujeres transgénero se habían inyectado drogas el año anterior¹³.

B. Iniciación, razones y circunstancias del uso indebido de drogas

9. Tanto el uso indebido de drogas como el consumo de drogas por inyección suelen comenzar en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta. Los jóvenes especialmente vulnerables, como los que viven en la calle, pueden comenzar a inyectarse en los primeros años de la adolescencia. Las mujeres, al igual que los hombres, consumen drogas por diversas razones, por ejemplo, para experimentar, evadirse o relajarse o por la presión social. La personalidad o el entorno son algunos de los factores que pueden llevar a una mujer que consume drogas a consumirlas por inyección. Otros factores pueden ser haber sufrido malos tratos físicos o abusos sexuales durante la infancia, ejercer trabajo sexual o relacionarse con personas que consumen drogas por inyección.

10. Algunas mujeres afirman que consumen sustancias para mitigar el estrés o las emociones negativas o sobrellevar un divorcio, la pérdida de la custodia de los hijos o la muerte de un familiar. Las mujeres con trastornos relacionados con el consumo de sustancias a menudo han tenido una infancia difícil y conflictos en el ámbito familiar, y también es probable que se hayan visto obligadas a asumir responsabilidades adultas prematuramente. Suelen tener algún familiar que es drogo-dependiente, y muchas señalan los problemas de pareja como uno de los motivos por los que consumen sustancias. Además, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad a menudo preceden a la aparición de los problemas de abuso de sustancias. Las mujeres alegan otras razones para consumir drogas, como que las utilizan para complementar las dietas de adelgazamiento, combatir el agotamiento, mitigar el dolor y automedicarse para tratar problemas de salud mental.

¹³Sarah Larney y otros, "Global epidemiology of HIV among women and girls who use or inject drugs: current knowledge and limitations of existing data", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 69, suplemento 2 (junio de 2015).

1. Factores biológicos

11. La drogodependencia está determinada por una combinación de factores biológicos, ambientales, sociales y de comportamiento. Entre los factores que aumentan el riesgo de dependencia figuran ser varón, tener una personalidad tendente a buscar novedades y sensaciones, tener un comportamiento desafiante y trastornos de conducta a una edad temprana, tener un rendimiento deficiente en la escuela y presentar carencias de sueño. En lo que respecta al consumo de sustancias, las mujeres pueden sufrir problemas singulares, en parte relacionados con factores biológicos.

12. La dependencia se desarrolla cuando las neuronas de una persona se adaptan a una exposición repetida a una droga y solo funcionan con normalidad en presencia de esta. El riesgo de dependencia de una persona puede estar determinado en gran medida por la variabilidad genética. Por lo tanto, comprender el papel de los factores genéticos puede ayudar en el tratamiento de la drogodependencia. Se cree que los factores genéticos representan entre el 40% y el 60% de la vulnerabilidad de una persona a la adicción. Los estudios de gemelos han revelado que, en una escala de 0 a 1, la probabilidad de heredar los trastornos adictivos varía de 0,39 en lo que respecta a los alucinógenos a 0,72 en lo que se refiere a la cocaína¹⁴. A partir de un metanálisis de estudios de gemelos, Verweij y otros (2010) estimaron que, en las mujeres, el consumo problemático de cannabis podría atribuirse en un 59% a los genes compartidos, en tanto que, en los hombres, esa atribución podría hacerse solo en un 51%.

13. En lo que respecta al consumo de sustancias, las mujeres pueden sufrir problemas singulares, en parte debido a las diferencias biológicas y a las distinciones derivadas de las normas de género. Según las investigaciones realizadas, diversos factores influyen en la experiencia de las mujeres con las drogas y en su capacidad de abandonar el consumo, entre ellos, las hormonas, el ciclo menstrual, la fecundidad, el embarazo, la lactancia materna y la menopausia. En estudios de humanos se ha observado que el mayor nivel de respuesta a los estimulantes se da en la fase folicular del ciclo menstrual, en la que los niveles de estradiol son altos y los de progesterona son bajos. Un estudio en el que se investigaba la respuesta a la administración de cocaína concluyó que las mujeres que se encontraban en la fase lútea experimentaban un nivel de euforia menor que las mujeres que

¹⁴Laura Bevilacqua y David Goldman, "Genes and addictions", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 85, núm. 4 (2009).

se encontraban en la fase folicular o los hombres¹⁵. Otras investigaciones también han revelado que los genotipos de la monoaminoxidasa A (MAO-A, una enzima que regula la degradación de los neurotransmisores monoaminas, como la serotonina) tienen diversos efectos sobre la psicopatología y la conducta de las mujeres¹⁶. Asimismo, existen pruebas de que haber sufrido abusos sexuales en la infancia o haber sido víctima de violencia por parte de la pareja son factores de riesgo singulares que hacen más probable que las mujeres adopten un comportamiento antisocial y consuman drogas, y pueden predecir recaídas muchos años después¹⁷.

2. Factores sociales y ambientales

14. Algunos países tienen niveles elevados de desempleo, disponibilidad de drogas y delincuencia, que generan un entorno que puede propiciar un consumo problemático de drogas. Se ha sugerido que existe una relación bidireccional entre un nivel socioeconómico bajo y el consumo de drogas. Vivir en la pobreza puede causar un estrés crónico que afecta a la salud mental de la persona y que puede aliviarse temporalmente con ayuda de las drogas. Además, aunque en menor medida, el consumo de drogas puede reducir el nivel socioeconómico. En el caso de las mujeres, estos factores a menudo tienen una influencia mucho mayor. Por ejemplo, una investigación llevada a cabo por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre los efectos del consumo de drogas en la unidad familiar en el Afganistán puso de manifiesto la existencia de fuertes correlaciones entre el consumo de drogas, el desempleo y la pobreza¹⁸. Más de la mitad de las personas que tenían un empleo antes de empezar a consumir drogas lo perdieron posteriormente, y más de un tercio de los niños entrevistados declararon que habían sido obligados a abandonar los estudios por el uso indebido de drogas de un miembro de la familia. En las comunidades con un alto nivel de consumo de drogas, el acceso a la asistencia social, la atención médica y las organizaciones comunitarias suele ser limitado, lo que dificulta más que los residentes recibían la asistencia necesaria para salir del círculo de abuso de drogas y pobreza.

¹⁵Mehmet Sofuoglu y otros, "Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans", *Experimental Clinical Psychopharmacology*, vol. 7, núm. 3 (1999), págs. 274 a 283.

¹⁶J. Kim-Cohen y otros, "MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis", *Molecular Psychiatry*, vol. 11, (2006), págs. 903 a 913.

¹⁷Office of Research on Women's Health, "Research summaries, FY 2011" (Bethesda (Maryland), Institutos Nacionales de Salud, 2011).

¹⁸UNODC, *Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan* (Viena, 2014).

15. Un amplio estudio realizado en la India¹⁹ con casi 3.000 consumidores de drogas mostró que casi el 10% eran mujeres. Muchas de las mujeres eran analfabetas y muy pocas habían recibido algún tipo de formación profesional. La mayoría consumía heroína. Las mujeres mencionaron en muchos casos problemas físicos y psicológicos derivados del uso indebido de drogas, como abortos espontáneos o interrupciones del embarazo. Alrededor de la mitad de las mujeres que participaron en el estudio ejercían trabajo sexual para financiar su consumo de drogas, lo que aumentaba el riesgo de contraer la infección por el VIH, que, a su vez, las mujeres embarazadas y lactantes podían transmitir a sus hijos. Con frecuencia se citaban los problemas conyugales como razón para empezar a consumir drogas.

C. Daños relacionados con las drogas

1. Infección por el VIH, sobredosis y otros efectos perjudiciales para la salud

16. Los estudios sobre el consumo de drogas y los daños conexos no suelen tener en cuenta a las mujeres de manera específica, lo que a su vez perjudica la evaluación rigurosa de los efectos que tienen diversas cuestiones en las mujeres que consumen drogas. Además, el hecho de que la mayoría de los estudios se lleven a cabo en los países de ingresos altos limita la comprensión global de la situación. No obstante, se ha generado una cantidad razonable de datos sobre el VIH entre las mujeres, los cuales ofrecen ciertos indicios del problema, dada la relación entre el consumo de drogas por inyección y el riesgo de infección por el VIH. La prevalencia del VIH en las mujeres que consumen drogas puede variar enormemente, desde un porcentaje bajo en algunos países hasta más del 50% en otros, como Estonia y Filipinas. En la República Unida de Tanzania, el 72% de las mujeres que consumen heroína por inyección son seropositivas, frente al 45% de los hombres. En el Senegal, la prevalencia del VIH en las mujeres que consumen drogas por inyección es tres veces mayor que en los hombres.

17. En conjunto, incluso en las epidemias generalizadas en África subsahariana, las trabajadoras sexuales tienen una probabilidad 12 veces mayor de ser seropositivas que la población femenina en general. De manera análoga,

¹⁹India, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, y UNODC, Oficina Regional para Asia Meridional, "Women and drug abuse: the problem in India—highlights of the report" (Nueva Delhi, 2002).

se descubrió que en otros entornos con una prevalencia del VIH media o alta, o en el caso de epidemias generalizadas del VIH, la probabilidad de infección por el VIH era alta²⁰. La tasa de infección por el VIH también es mayor entre las reclusas que en la población en general y en la población reclusa masculina²¹.

18. Las mujeres que se inyectan drogas reconocen en muchos casos que comparten las agujas y alegan motivos como, por ejemplo, que no son conscientes de los riesgos, que no pueden conseguir agujas en las farmacias y que temen ser detenidas por la policía. Algunas mujeres afirman que comparten las agujas con su pareja como signo de amor o confianza. Las técnicas de inyección inadecuadas causan lesiones en las venas que acarrear complicaciones graves. Las mujeres que se inyectan drogas sufren problemas como fatiga, pérdida de peso, dolor del síndrome de abstinencia, depresión o intentos de suicidio; muchas también contraen infecciones de transmisión sexual y hepatitis. Para estas mujeres, el acceso a la asistencia sanitaria se ve obstaculizado principalmente por la estigmatización de que son objeto las mujeres que consumen drogas por inyección.

19. En 2012, más de 15.000 mujeres murieron por sobredosis en los Estados Unidos. Entre 1999 y 2010, el número de muertes de mujeres relacionadas con el consumo de analgésicos opioides sujetos a prescripción médica se multiplicó por 5 en ese país, en tanto que el número de muertes de hombres se multiplicó por 3,6. Un análisis de las cifras de mortalidad del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte en el período 2007-2008 puso de manifiesto que el número de sobredosis (de todas las sustancias) había aumentado más entre las mujeres que entre los hombres (17% en el caso de las mujeres, y 8% en el de los hombres). Más concretamente, las muertes de mujeres por sobredosis de heroína/morfina aumentaron en ese período un 8%, y las muertes por sobredosis de cocaína, un 20%²².

2. Enfermedades mentales

20. La coexistencia de un trastorno relacionado con el consumo de sustancias y una enfermedad mental es difícil

de diagnosticar y tratar, y es más habitual en las mujeres que en los hombres. Las mujeres con este doble trastorno que no reciben tratamiento tienen peores resultados clínicos que las mujeres con un solo trastorno. En Europa, la depresión grave comórbida es más frecuente entre las mujeres con trastornos relacionados con el consumo de sustancias que entre los hombres con esos trastornos. Entre esas mujeres, la prevalencia de la depresión grave es dos veces mayor que la de las mujeres de la población en general²³. Las personas con doble diagnóstico tienen un pronóstico peor, requieren un tratamiento de apoyo más intensivo y su riesgo de suicidio es mayor que el de las que tienen un único diagnóstico²⁴. Los tratamientos eficaces de los diagnósticos dobles se ocupan por igual de ambos tipos de trastornos y ofrecen servicios plenamente integrados.

21. Al comparar a las reclusas con doble diagnóstico y las mujeres que solo padecían una enfermedad mental grave, se observó que era más probable que el primer grupo tuviera necesidades de servicios más inmediatas después de su liberación, por ejemplo, para el acceso a vivienda, así como que reincidieran. Una vez en prisión, algunas mujeres pueden desarrollar trastornos graves de depresión y ansiedad. Además, aunque se ha observado que la prevalencia de los síntomas psiquiátricos disminuye entre los varones condenados, parece que no ocurre lo mismo entre las mujeres que se encuentran en prisión preventiva.

3. Violencia

22. Se estima que una de cada tres mujeres en todo el mundo ha sido víctima de violencia física o sexual. Las tasas de violencia física y sexual de que son víctimas las mujeres que se encuentran en tratamiento por drogodependencia son muy elevadas, de entre el 40% y el 70%²⁵. Esa violencia tiene consecuencias negativas para la salud mental, física y reproductiva de la mujer. En torno al 20% de las mujeres que han sido víctimas de violencia desarrollarán un trastorno psiquiátrico, como la depresión o el trastorno por estrés postraumático. Un estudio llevado a cabo por la UNODC sobre los efectos del consumo de drogas en la unidad familiar en el Afganistán determinó

²⁰Stefan Baral y otros, "Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet*, vol. 12, núm. 7 (2012), págs. 538 a 549.

²¹Kate Dolan y otros, "People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention", *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, suplemento núm. 1 (2015), págs. S12 a S15.

²²Silvia Martins y otros, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 11 (noviembre de 2015).

²³EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

²⁴Stephanie Hartwell, "Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system", *Criminal Justice Policy Review*, vol. 15, núm. 1 (marzo de 2004).

²⁵Mayumi Okuda y otros, "Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey", *Psychiatric Services*, vol. 62, núm. 8 (agosto de 2011).

que el consumo de drogas aumentaba la probabilidad de sufrir violencia en el hogar²⁶. En un examen llevado a cabo en 2015, el Grupo Pompidou del Consejo de Europa descubrió que las mujeres que consumían drogas sufrían más violencia que las no consumidoras. También se puso de manifiesto que la tasa de violencia era aún mayor entre las consumidoras de drogas que estaban embarazadas o que ejercían trabajo sexual²⁷.

4. Encarcelamiento

23. La proporción de mujeres implicadas en delitos relacionados con las drogas está aumentando. En los últimos 30 años, el número de mujeres encarceladas en los Estados Unidos por delitos relacionados con las drogas se incrementó más de un 800%, frente al aumento del 300% del número de hombres. Las dos terceras partes de las mujeres que están encarceladas en las prisiones federales de los Estados Unidos lo están por delitos no violentos relacionados con las drogas. En Europa y Asia central, más del 25% (y en Tayikistán, hasta el 70%) de las reclusas han sido condenadas por delitos relacionados con las drogas. En América Latina, la población penitenciaria femenina casi se duplicó entre 2006 y 2011, y entre el 60% y el 80% de las reclusas habían sido encarceladas por delitos relacionados con las drogas.

24. Las mujeres con escasa educación académica o que carecen de oportunidades de empleo son quienes con mayor frecuencia están implicadas en el comercio de drogas. La mayoría de las mujeres detenidas por transportar droga no tienen antecedentes penales y muchas son extranjeras. En la Argentina, nueve de cada 10 reclusas extranjeras condenadas por delitos relacionados con las drogas habían sido correos, y la gran mayoría de ellas no tenían antecedentes penales²⁸. Estas reclusas no tienen vínculos familiares, sociales o institucionales con el país en que están detenidas y suelen estar cumpliendo condenas de larga duración.

²⁶*Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan.*

²⁷Thérèse Benoit y Marie Jauffret-Roustide, *Improving the Management of Violence Experienced by Women Who Use Psychoactive Substances* (Estrasburgo, Consejo de Europa, 2016). Disponible en inglés y francés en el sitio web www.coe.int/.

²⁸Corina Giacomello, "Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina", Documento Informativo del IDPC (Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2013).

D. Poblaciones especiales que consumen drogas

1. Las reclusas y sus hijos

25. Si bien la población penitenciaria está integrada por más hombres que mujeres en una proporción de 10 a 1, la cifra de mujeres encarceladas está aumentando. En los últimos 15 años, el número de reclusas se ha incrementado alrededor de un 50%²⁹. En 2015, el número de mujeres y niñas en todo el mundo recluidas en establecimientos penitenciarios, ya sea en espera de juicio o tras haber sido declaradas culpables y condenadas, superaba las 700.000³⁰. La prevalencia del consumo de drogas es mucho mayor entre las reclusas que entre los reclusos. A nivel mundial, entre el 30% y el 60% de las mujeres consumieron drogas en el mes anterior a su encarcelamiento, mientras que la proporción de hombres se sitúa entre el 10% y el 50%.

26. Cuando las mujeres son encarceladas, la vida familiar suele verse enormemente afectada: en América Latina, una tercera parte de las reclusas pierden sus hogares y solo el 5% de los niños permanecen en su hogar después de que su madre haya sido encarcelada. Un estudio realizado en el Brasil demostró que, cuando un padre está cumpliendo una pena de prisión, la mayoría de los niños permanecen al cuidado de sus madres; pero cuando es la madre la que se encuentra en prisión, solo el 10% permanecen al cuidado de su padre. En América Latina, la mayoría de las mujeres encarceladas no tienen antecedentes y, puesto que los niños están principalmente a su cargo, su encarcelamiento suele significar que los niños deben acompañarlas a la cárcel o quedarse sin hogar.

27. Dados los insuficientes establecimientos penitenciarios femeninos, las mujeres a menudo son encarceladas lejos de sus hogares, lo que dificulta las visitas. La separación de sus comunidades, hogares y familias perjudica considerablemente el bienestar mental de las reclusas. Estas padecen en mucha mayor medida que los hombres trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno bipolar, la psicosis, el trastorno por estrés post-traumático, la ansiedad, el trastorno de la personalidad y la drogodependencia.

28. Una gran proporción de las mujeres encarceladas en todo el mundo se encuentran detenidas a la espera

²⁹Roy Walmsley, "World Female Imprisonment List", 3ª ed., World Prison Brief (Londres, Institute for Criminal Policy Research, Birkbeck, Universidad de Londres, 2015).

³⁰Ibid.

de juicio. Algunas llevan años privadas de libertad, a menudo superando la duración de la condena que se les puede imponer. En el Pakistán, más de la mitad de las reclusas entrevistadas se encontraban en proceso de juicio, y una quinta parte de ellas llevaban más de un año a la espera de juicio. En una inspección llevada a cabo en nueve prisiones del país se observó que estas prácticamente carecían de instalaciones recreativas, servicios educativos o sanitarios para las mujeres o los niños y formación profesional para las mujeres. En una de las prisiones había un cuarto de baño para 60 reclusas, y ocho de las nueve prisiones no disponían de agua potable, lo que causaba las consiguientes enfermedades transmitidas por el agua. Las instalaciones médicas eran inadecuadas y carecían de servicios de salud mental. La atención sanitaria especializada para las mujeres la dispensaban en gran medida las organizaciones no gubernamentales, en lugar del Ministerio de Salud o el Departamento Penitenciario. En las ciudades pequeñas, las reclusas habían dado a luz en prisión sin ninguna asistencia médica³¹.

29. Varios países de América del Sur han introducido cambios en su legislación nacional relativa a la prisión preventiva en lo que respecta a las mujeres embarazadas y las madres lactantes. Las modificaciones permiten a estas mujeres esperar su juicio en régimen de arresto domiciliario.

30. Los países que deseen reducir el número de mujeres encarceladas pueden utilizar lo dispuesto en el artículo 3, párrafo 4 c), de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988³², en que claramente se prevén alternativas al encarcelamiento al afirmar que “en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las Partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o reinserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento o postratamiento”.

2. Trabajadoras sexuales

31. Las trabajadoras sexuales que consumen drogas por inyección se enfrentan a graves riesgos para su salud, amenazas de violencia y marginación social. En muchos países, las personas que ejercen trabajo sexual son castigadas con severidad, incluso con la pena de muerte. El

³¹UNODC, *Females Behind Bars: Situation and Needs Assessment in Female Prisons and Barracks* (Islamabad, 2011).

³²Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1582, núm. 27627.

consumo de drogas y el trabajo sexual están muy correlacionados; las mujeres pueden iniciarse en el trabajo sexual a causa de la drogodependencia, como medio para costársela, o empezar a consumir drogas para soportar las exigencias y la naturaleza de este trabajo.

32. En todo el mundo, las trabajadoras sexuales presentan elevadas tasas de uso indebido de drogas, infección por el VIH y encarcelamiento. En Myanmar, un tercio de las trabajadoras sexuales entrevistadas para un estudio indicaron que consumían estimulantes de tipo anfetamínico por motivos ocupacionales, lo que aumentaba el riesgo de que contrajeran el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En comparación con las demás trabajadoras sexuales, las que consumían drogas tenían una probabilidad tres veces y media mayor de padecer infecciones de transmisión sexual³³.

33. Las trabajadoras sexuales consumen estimulantes de tipo anfetamínico para incrementar su energía y controlar el peso. Las trabajadoras sexuales de Camboya entrevistadas con motivo de un estudio afirmaron asimismo que esas sustancias les daban, en general, más seguridad en sí mismas y les permitían controlar mejor la situación con los clientes. Sin embargo, el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico está relacionado con conductas sexuales de riesgo y con tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual. Además, el consumo crónico de esas sustancias puede desencadenar paranoia y un comportamiento agresivo³⁴.

3. Mujeres embarazadas

34. La drogodependencia está estrechamente relacionada con los embarazos no deseados, los malos resultados obstétricos y el abuso o abandono de menores. La utilización de drogas durante el embarazo puede dar lugar a nacimientos prematuros, recién nacidos de bajo peso al nacer y hemorragias posparto. Las mujeres que consumen drogas durante el embarazo también tienen más probabilidades de ser ingresadas en las unidades de cuidados intensivos durante el parto y de sufrir una mortalidad infantil más elevada.

³³Katie Hail-Jares y otros, “Occupational and demographic factors associated with drug use among female sex workers at the China-Myanmar border”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 161 (abril de 2016).

³⁴Marie-Claude Couture y otros, “Correlates of amphetamine-type stimulant use and associations with HIV-related risks among young women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia”, *Drug and alcohol dependence*, vol. 120 (enero de 2012).

35. La exposición prenatal a las drogas puede causar toda una serie de trastornos emocionales, psicológicos y físicos. Los niños que han estado expuestos a las drogas cuando todavía estaban en el útero pueden padecer problemas importantes de desarrollo que requieren atención adicional y entrañan costos personales y sociales. Los niños expuestos a un entorno de consumo de drogas corren un riesgo mucho mayor de sufrir agresiones físicas y sexuales y abandono.

36. Los bebés cuyas madres consumieron cannabis durante el embarazo pueden presentar problemas de desarrollo neurológico; la exposición al cannabis en las primeras etapas de la vida puede afectar negativamente el desarrollo cerebral y la conducta. Posteriormente, esos niños pueden presentar problemas de atención, de aprendizaje y de memoria, impulsividad y problemas de comportamiento en la escuela. También tienen mayor probabilidad de consumir cannabis al llegar a la edad adulta.

E. Prevención y tratamiento de la drogodependencia y rehabilitación de los drogodependientes

1. Prevención del uso indebido de drogas

37. Los programas de prevención de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias en las poblaciones especiales varían de unos países a otros. El objetivo principal de la prevención del uso indebido de drogas es ayudar a las personas, especialmente a los jóvenes, a evitar su iniciación en el consumo de drogas o, de haber comenzado ya, evitar que se vuelvan dependientes. Los programas de prevención a menudo están dirigidos a los niños y las familias en situación de riesgo, los reclusos, las personas que viven con el VIH/SIDA, las mujeres embarazadas y los trabajadores sexuales. Como parte de esos programas se debería prestar especial atención al estigma vinculado al consumo de drogas, sobre todo en el caso de las mujeres. Deberían asimismo formularse intervenciones específicas a fin de que las mujeres puedan participar en los programas de prevención.

38. La administración de un tratamiento integrado y basado en datos empíricos a las mujeres embarazadas puede influir positivamente en el desarrollo del niño, el funcionamiento emocional y conductual de la madre y la capacidad para la crianza de los hijos.

2. Obstáculos para acceder al tratamiento

39. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los Gobiernos carecen de asignaciones presupuestarias específicas para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Además, los servicios de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas no suelen estar integrados en los sistemas nacionales de salud. El tratamiento especializado de la drogodependencia para las mujeres embarazadas (disponible en el 31% de los países) y los trabajadores sexuales (disponible en el 26% de los países) es escaso y la cobertura es reducida. Sin embargo, los servicios de tratamiento del consumo de drogas para las mujeres embarazadas existen en el 61% de los países de Europa, y el 40% de los países de Asia sudoriental cuentan con esos servicios para los trabajadores sexuales³⁵.

40. Un tercio de las personas que abusan de las drogas en todo el mundo son mujeres, pero de las personas que reciben tratamiento por abuso de drogas solo una quinta parte son mujeres. Las mujeres se enfrentan a importantes obstáculos sistémicos, estructurales, sociales, culturales y personales para acceder al tratamiento del abuso de sustancias. En el plano estructural, entre los principales escollos se encuentran la falta de servicios de guardería y los prejuicios hacia las mujeres que consumen drogas, especialmente si están embarazadas. A menudo, los programas de tratamiento residenciales no admiten a mujeres con hijos.

41. Las mujeres que consumen drogas a veces no solicitan tratamiento por miedo a perder la custodia de sus hijos. Otras de las razones de que haya pocas mujeres en tratamiento pueden ser la hostilidad del personal médico o el hecho de que los ambulatorios estén llenos de pacientes varones, lo que hace que las pacientes se sientan incómodas.

42. En muchos países, las mujeres que abusan de las drogas son objeto de estigma. Por ese motivo, pueden ser reticentes a dar a conocer sus circunstancias y acceder a los servicios de salud, y al tratamiento de la drogodependencia, por temor a sufrir discriminación. Las mujeres y las niñas que consumen drogas pueden perder el apoyo de su familia, encontrarse con reducidas oportunidades de empleo y recurrir al trabajo sexual, con el aumento del estigma que eso conlleva.

³⁵OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Ginebra, 2010).

43. Las mujeres embarazadas a veces temen solicitar ayuda por la posible participación de las autoridades y las repercusiones jurídicas o sociales que ello pudiera entrañar. Ahora bien, si las mujeres embarazadas que consumen drogas no reciben tratamiento, la salud de los bebés puede sufrir graves consecuencias. Algunos de los factores que motivan a las mujeres a iniciar el tratamiento son el embarazo, la maternidad y que su pareja ya esté en tratamiento. Si la pareja de una mujer abandona el tratamiento, es probable que ella también lo haga. Se ha debatido mucho sobre si las parejas deben acudir a rehabilitación juntas o por separado: aunque muchos expertos afirman que las parejas deben separarse para superar la dependencia, muchas parejas han completado el tratamiento juntas con éxito. Sin embargo, las relaciones de pareja no suelen perdurar si solo una persona deja de consumir drogas.

44. En general, de las personas que necesitan acceder a un tratamiento, el número de mujeres que lo logran es inferior al de hombres. Esto ocurre sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos; en el Afganistán, a pesar de las altas tasas de consumo de opio y heroína entre las mujeres, estas conforman solo el 4% de las personas sometidas a tratamiento; y en el Pakistán, la cifra es del 13%. En algunas regiones del mundo, como el Oriente Medio, las mujeres todavía suelen desempeñar el papel tradicional de cuidar del hogar mientras los hombres van a trabajar. Cuando las mujeres no cumplen esta expectativa debido al consumo de drogas pueden sufrir estigma, lo que les impide solicitar tratamiento para su drogodependencia.

45. El acceso de las mujeres al tratamiento de la drogodependencia se incrementó en la República Islámica del Irán cuando se establecieron servicios de tratamiento exclusivamente femeninos. Hasta entonces, menos del 20% de las mujeres que consumían drogas habían recibido tratamiento en los 10 años anteriores. Gracias a sus resultados positivos, el número de servicios de tratamiento exclusivos para mujeres aumentó en el país.

3. Resultados del tratamiento

46. Aunque los estudios basados en la población no demuestran que haya diferencias claras entre los hombres y las mujeres en lo que se refiere a la retención y a la conclusión del tratamiento, hay que tener en cuenta determinados factores. En el caso de las mujeres, dos elementos que ayudan considerablemente a determinar el resultado del tratamiento son el doble diagnóstico y los

antecedentes de traumas. Así pues, es importante que los programas de tratamiento atiendan esas cuestiones para aumentar su eficacia.

47. Aunque los programas de tratamiento exclusivamente femeninos siguen siendo novedosos, han tenido gran aceptación entre las mujeres. Las mujeres que participan en ellos se sienten más comprendidas y se relacionan más fácilmente con las mujeres que las atienden. Algunas mujeres afirman sentirse inseguras o verse acosadas en los programas mixtos. Las clientas de los programas exclusivamente femeninos informan de que la disponibilidad de asesoramiento individual, la ausencia de hostigamiento sexual y la prestación de servicios de guardería son importantes.

48. A fin de que los servicios de tratamiento tengan en cuenta las cuestiones de género, deben ofrecer también un entorno no punitivo y presentar una actitud positiva hacia las mujeres y sus necesidades. En países donde el tratamiento de las mujeres drogodependientes todavía es un avance reciente, es probable que el personal requiera capacitación para hacer frente a los prejuicios que pudieran tener y para garantizar unos servicios imparciales. La probabilidad de que mujeres y hombres continúen el tratamiento una vez iniciado es la misma, pero hay muchos factores que incrementan dicha probabilidad. Entre ellos figuran un enfoque de tratamiento centrado en el paciente, servicios de guardería *in situ* y la atención psicológica para superar el estrés postraumático o los abusos sexuales. Los programas de tratamiento deberían proporcionar asimismo aptitudes, conocimientos y apoyo a las mujeres para que puedan modificar su comportamiento con respecto al consumo de sustancias una vez que regresen a su familia y se reintegren en su comunidad. El proceso de rehabilitación ha de ayudar a las mujeres a evitar recaer en el consumo de drogas y, para ello, debe dotarlas de las aptitudes necesarias para frenar el impulso de consumir drogas. El objetivo final del proceso de rehabilitación es ayudar a las mujeres a recuperar el control de sus vidas, mejorar su salud personal y permitirles reestablecer unas relaciones sanas con sus hijos, familias y comunidades.

49. Muchos estudios respaldan la conclusión de que el tratamiento es eficaz tanto para las mujeres como para los hombres, y que las diferencias en los resultados son mínimas. Ahora bien, se ha observado que las mujeres son más receptivas que los hombres al tratamiento por dependencia de la metanfetamina. El tipo de tratamiento que se ofrece en primer lugar a las mujeres que consumen drogas debería ser de carácter voluntario, pues el tratamiento obligatorio debería limitarse a casos excepcionales. Varias organizaciones de las Naciones Unidas han criticado el uso de centros de detención

obligatoria para drogodependientes³⁶. Entre otras razones, las mujeres detenidas en esos centros son especialmente vulnerables a la violencia y los abusos sexuales.

F. Recomendaciones

50. La JIFE alienta a los Estados Miembros a que reúnan e intercambien datos, desglosados por edad, sexo y otros factores pertinentes, cuando proporcionen información por medio del cuestionario para los informes anuales, así como cuando informen a la Comisión de Estupefacientes.

51. Se alienta a todos los Gobiernos a que reúnan datos desglosados por género sobre la participación en los programas de prevención del consumo de drogas y el acceso a los servicios de tratamiento, a fin de que se asignen los recursos de manera eficiente. Las intervenciones específicas, basadas en la investigación, pueden ser particularmente eficaces para atender las necesidades concretas de las mujeres que consumen drogas.

52. Las iniciativas para prevenir y tratar el uso indebido de drogas entre las mujeres deberían estar mejor financiadas y coordinadas y tener una base empírica. Además de los Gobiernos, otras partes interesadas, como las organizaciones no gubernamentales y los círculos académicos, pueden ofrecer tratamiento y generar datos para comprender mejor el uso indebido de drogas por parte de las mujeres.

53. Facilitar el acceso de las mujeres drogodependientes a la asistencia sanitaria debería ser una prioridad para los Gobiernos. Los grupos especiales, como las mujeres drogodependientes embarazadas, necesitan los servicios reforzados de un equipo multidisciplinario específicamente capacitado. En la atención prenatal se podrían incluir pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual a fin de mejorar la detección y la atención de estas afecciones, pero esas medidas no deberían ser punitivas.

54. Los programas de tratamiento del consumo de drogas deberían poder garantizar la seguridad personal y la confidencialidad con espacios u horarios reservados solo para mujeres. Estos programas son más accesibles cuando incluyen servicios de guardería e intervenciones o estrategias para las mujeres que han ejercido trabajo sexual o que han sido víctimas de violencia por razón de género.

³⁶Organización Internacional del Trabajo y otros, "Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas (Compulsory drug detention and rehabilitation centres)", declaración conjunta, marzo de 2012. Disponible en inglés en www.unodc.org.

A fin de integrar la igualdad de género, los encargados de la formulación de políticas deberían trabajar por mejorar la disponibilidad, la accesibilidad, la asequibilidad y la aceptabilidad de los servicios para las mujeres que consumen drogas.

55. El derecho de las mujeres a la salud incluye el derecho a no ser sometidas a torturas ni a tratamientos o experimentos no consentidos. Los programas de tratamiento del consumo de drogas deben atenerse a los mismos niveles de seguridad y eficacia que los programas para el tratamiento de otras dolencias. Además, deberían eliminarse las formas inhumanas o degradantes de tratamiento de los consumidores de drogas, como los centros de detención obligatoria para drogodependientes, y aplicarse en la comunidad alternativas voluntarias, residenciales y de base empírica.

56. Los Gobiernos deberían velar por que se presten servicios de prevención del uso indebido de drogas y un tratamiento de base empírica, especialmente en las comunidades afectadas por la desintegración social. Las estrategias deben tener en cuenta a los grupos de riesgo alto, como las mujeres embarazadas, los trabajadores sexuales y los reclusos.

57. Debería darse gran prioridad a la adopción de medidas para erradicar el estigma vinculado a la drogodependencia, en particular entre las mujeres. Para eliminar la discriminación, los Gobiernos deben tener capacidad de iniciativa. Las mujeres que consumen drogas, se dedican al trabajo sexual o están infectadas por el VIH necesitan protección y un mejor acceso a los servicios.

58. Las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok)³⁷ se refieren específicamente a programas de tratamiento del abuso de sustancias y recomiendan que se presten servicios comunitarios de tratamiento del uso indebido de drogas que tengan en consideración las cuestiones de género y estén habilitados para el tratamiento de los traumas y destinados exclusivamente a las mujeres. También recomiendan que se mejore el acceso de las mujeres a dicho tratamiento, a efectos de la prevención del delito y la adopción de medidas sustitutivas de la condena. Estas Reglas ponen de relieve la necesidad de garantizar el respeto de la dignidad de las reclusas y evitar cualquier fuente de violencia física o sexual.

59. La JIFE alienta a los Gobiernos a que tomen en consideración las necesidades y circunstancias específicas de

³⁷Resolución 65/229 de la Asamblea General, anexo.

las mujeres detenidas, procesadas, juzgadas o condenadas por delitos relacionados con las drogas, incluidas medidas apropiadas para llevar ante la justicia a los autores de abusos contra las mujeres detenidas o encarceladas por delitos relacionados con las drogas. Los Gobiernos deberían utilizar, según proceda, las Reglas de Bangkok, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No

Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio)³⁸ y las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)³⁹.

³⁸Resolución 45/110 de la Asamblea General, anexo.

³⁹Resolución 70/175 de la Asamblea General, anexo.

