

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR
ORREGO**
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE ABOGADO**

**“Implementación de las salas de consumo supervisado de
drogas para los toxicómanos del país”**

Área de Investigación:
Instituciones del Derecho Público

Autor:
Br. Valera Castañeda, Christian David

Jurado Evaluador:

Presidente: Castañeda Cubas, Carlos Miguel

Secretario: Rebaza Carrasco, Héctor Martín

Vocal: Espinola Otiniano, Diomedes Hernando

Asesor:
Mauricio Juárez, Francisco Javier.

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0951-0405>

**TRUJILLO – PERÚ
2022**

Fecha de sustentación: 10/05/2022

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO



“IMPLEMENTACIÓN DE LAS SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO DE DROGAS PARA LOS TOXICOMANOS DEL PAÍS”

AUTOR: CHRISTIAN DAVID VALERA CASTAÑEDA

ASESOR: FRANCISCO JAVIER MAURICIO JUAREZ

TRUJILLO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

*A Dios, a mi familia y amigos por
su incondicional apoyo y compañía
en cada momento de mi vida.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi familia y amigos por ser fundamentales en la motivación que permite lograr cada uno de mis sueños y metas en la vida.

A cada uno de los profesores y mentores que tuve el honor de conocer y de ser su alumno, que permitió enrumbarme en un camino constante de desarrollo académico y personal.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado “Implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos del País”, fundamenta la necesidad y la importancia de implementar las salas de consumo supervisado de drogas, en razón de salvaguardar la salud de los toxicómanos del país, conforme a lo prescrito en la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú. Por tanto, el enunciado del problema es como sigue: ¿Cuáles son las razones que justifican la implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos del país?, y se tiene como hipótesis formulada, la siguiente: “La adicción a las drogas genera en las personas serios problemas de salud física y mental, es por eso que, teniendo derecho de conformidad con la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú, a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad, objetivos que se alcanzarían con la implementación de las salas de consumo supervisado de drogas en el País”. De esta manera, con el fin de analizar el problema formulado, se utilizaron métodos lógicos, como son el método deductivo, analítico y el sintético. Además, se utilizaron métodos jurídicos, como es el método exegético. Por otra parte, se utilizó el análisis bibliográfico y documental como técnicas de recolección de datos, empleándose para ello con instrumentos como las fichas bibliográficas y el uso de internet. Es así, que tras haber realizado la investigación, se concluye principalmente en que es necesario implementar las salas de consumo supervisado de drogas en el Perú, a fin de salvaguardar la salud de los toxicómanos del País, de acuerdo a la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú, porque al no existir un lugar específico para el consumo de drogas, los toxicómanos consumen en la vía pública, sin ningún tipo de higiene, exponiéndose a sufrir muchas enfermedades de gravedad y a sufrir una sobredosis, sin estar cerca del auxilio de un profesional de la salud. Además, al consumir drogas en la calle, se ocasionan problemas de orden público, debido a las conductas delictivas e insalubres que tienen los toxicómanos.

ABSTRACT

The present research work called "Implementation of supervised drug consumption rooms for drug addicts in the country", bases the need and the importance of implementing supervised drug consumption rooms, in order to safeguard the health of drug addicts in the country, as prescribed in the final part of article 7 of the Peruvian Constitution. Therefore, the statement of the problem is as follows: ¿What are the reasons that justify the implementation of supervised drug consumption rooms for drug addicts in the country?, and the hypothesis is formulated as follows: "Drug addiction generates serious physical and mental health problems in individuals, which is why, having the right, in accordance with the final part of article 7 of the Peruvian Constitution, to a legal regime of protection, care, rehabilitation and security, targets that would be achieved with the implementation of supervised drug consumption rooms in the country". Thus, in order to analyze the problem formulated, logical methods were used, such as the deductive, analytical and synthetic method. In addition, legal methods, such as the exegetic method, were used. In addition, bibliographic and documentary analysis was used as data collection techniques, using tools such as bibliographic sheets and the use of the Internet. Thus, after having conducted the investigation, it is mainly concluded that it is necessary to implement the supervised drug consumption rooms in Peru, in order to safeguard the health of drug addicts in the country, according to the final part of Article 7 of the Constitution of Peru, because in the absence of a specific place for the consumption of drugs, drug addicts consume in the public streets, without any kind of hygiene, being exposed to many serious illnesses and an overdose, without being close to the help of a health professional. In addition, the use of drugs on the streets creates problems of law and order due to the criminal and unhealthy behaviour of drug addicts.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado. -

Con la mayor cortesía:

CHRISTIAN DAVID VALERA CASTAÑEDA, con grado de Bachiller en Derecho y Ciencias Políticas de esta casa superior de estudios y cumpliendo con las directivas vigentes para la presentación, aprobación y sustentación de Tesis de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Privada Antenor Orrego, tengo la satisfacción de presentar ante ustedes el presente trabajo de investigación denominado: “Implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos del País”, el mismo que se elaboró siguiendo las pautas y métodos correspondientes a la naturaleza de la presente investigación.

De esta manera, dejo la evaluación de esta Tesis en su acertado criterio, a la espera de reunir los méritos correspondientes para su oportuna aprobación y sustentación.

Y aprovechando la oportunidad, les expreso mi especial reconocimiento y aprecio

Atentamente,



Bach. Christian David Valera Castañeda

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
CAPÍTULO I.....	1
Introducción	1
1.1. Problema	1
1.1.1. Planteamiento del Problema	1
1.1.2. Enunciado del Problema:	4
1.2. Hipótesis	4
1.3. Objetivos de la Investigación	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación de la Investigación	5
1.4.1. Justificación Jurídica.....	5
1.4.2. Justificación Practica	6
2.1. Antecedentes de Estudio:.....	7
2.1.1. Nivel Internacional:	7
2.1.2. Nivel Nacional.....	8
SUBCAPITULO I	9
Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas para Toxicómanos y sus Efectos en la Salud	9
1.1. Antecedentes, Contexto Legal y Objetivos	9
1.1.1. Antecedentes de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas.....	9
1.1.2. Contexto Legal de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	11
1.1.3. Objetivos de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	12
1.2. Clases de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas: Integradas, Especializadas y Móviles.	13
1.2.1. Salas Integradas de Consumo Supervisado de Drogas.....	13
1.2.2. Salas Especializadas de Consumo Supervisado de Drogas	14
1.2.3. Salas Móviles de Consumo Supervisado de Drogas.....	14
1.3. Funcionamiento de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas: Ubicación, Horario, Personal, Instalaciones, Reglas, Servicios, Usuarios, Aporte y Red Institucional.	14

1.3.1. Ubicación de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	14
1.3.2. Horario de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas.....	14
1.3.3. Personal de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	14
1.3.4. Instalaciones de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas.....	15
1.3.5. Reglas de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas.....	15
1.3.6. Servicios de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	15
1.3.7. Usuarios de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas	16
1.3.8. Aporte de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas en la Sociedad	16
1.3.9. Red Internacional de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas ...	17
1.4. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas y los Efectos en la Salud..	18
SUBCAPITULO II.....	19
Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas a Nivel Mundial.	19
2.1. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en Europa: Alemania, España, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Suiza, Dinamarca, Francia y Portugal	19
2.1.1. Alemania.....	19
2.1.2. España	20
2.1.3. Luxemburgo.....	20
2.1.4. Noruega	21
2.1.5. Países Bajos	21
2.1.6. Suiza	22
2.1.7. Dinamarca	22
2.1.8. Francia.....	23
2.1.9. Portugal.....	23
2.2. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en Oceanía: Australia	24
2.2.1. Australia	24
2.3. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en América: Canadá y Colombia.....	24
2.3.1. Canadá.....	24
2.3.2. Colombia	25
2.4. Efectos Positivos Alcanzados.....	26
SUBCAPITULO III.....	27
Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas y la necesidad de su implementación en el Perú	27
3.1. El Delito de Tráfico Ilícito De Drogas en el País.....	27
3.2. La Impunidad del Consumo de Drogas.....	28
3.2.1. Antecedentes de la Posesión no Punible de Drogas en el Perú.....	28

3.2.2. Análisis de la regulación de la Posesión no Punible de Drogas en la Ley Peruana.....	30
3.3. La Necesidad de Implementar Medidas de Prevención para Evitar el Consumo de Drogas	31
3.4. Efectos Que Genera El Consumo De Drogas	32
3.5. Estadísticas del Consumo de Drogas a Nivel Nacional.....	33
3.6. La Constitución Nacional y la Prevención de la Salud	36
3.6.1. Protección y Defensa de la Salud, el Medio Familiar y la Comunidad ...	36
3.7. Necesidad de Implementar las Salas de Consumo Supervisado de Drogas En Nuestro País	39
CAPITULO III.....	40
MARCO CONCEPTUAL	40
3.1. Droga	40
3.1.1. Según el Decreto Ley N°22095, Artículo 89, Inc.13:.....	40
3.1.2. Según la Organización Mundial de la Salud:	40
3.2. Dependencia, Drogadicción o farmacodependencia	40
3.2.1. Según el Decreto Ley N°22095, Artículo 89, Inc.9:.....	40
3.2.2. Según la Organización Mundial de la Salud:	40
3.2.3. Según el Punto de Vista Clínico:.....	40
3.3. Salud Pública.....	41
3.3.1. Según Alonso Raúl Peña Cabrera Freyre:	41
3.4. Posesión no Punible de Drogas.....	41
3.4.1. Según Bramont Arias Torres y García Cantizano:.....	41
3.5. Salas de Consumo Supervisado de Drogas	41
3.5.1. Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas:	41
3.5.2. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías:	41
3.5.3. Según la Fundación Ideas para la Paz:	41
CAPITULO IV	42
METODOLOGIA.....	42
4.1. Tipo de Investigación	42
4.1.1. Por su finalidad:	42
4.1.2. Por su profundidad:	42
4.2. Población y muestra de estudio.....	42
4.2.1. Población:	42
4.2.2. Muestra:.....	42
4.3. Diseño de Investigación.....	42
4.3.1. Diseño Correlacional y Explicativo.....	42
4.4. Técnicas e instrumentos de investigación	43

4.4.1. Técnicas	43
4.5. Procedimiento	43
4.6. Procesamiento y análisis de datos.....	44
4.6.1. Métodos Lógicos.....	44
4.6.2. Métodos Jurídicos.....	44
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48

CAPÍTULO I

Introducción

1.1. Problema

1.1.1. Planteamiento del Problema

Actualmente es una realidad, que la adicción a las drogas sea un problema mundial y que esto se encuentra inmerso en la cultura humana desde hace muchos años, lo cual viene representando un peligro latente para la salud de la sociedad, en especial para los toxicómanos.

Es así que los países del mundo han tenido que plantear soluciones para reducir los daños de este problema. En el año 1980, se vinculaba el uso de drogas inyectables con la aparición y propagación del VIH en Europa. Es por esto que las autoridades de esa época, responden promocionando la salud, es decir, ofreciendo tratamientos para sustituir los opioides, otorgando material estéril para inyectarse y estableciendo una educación igualitaria.

A partir del año 1990, la política de reducción de daños empezó a tener mayor aceptación. Siendo así, que desde hace treinta años llevan funcionando en Europa las salas de consumo supervisado de droga, las cuales representan las decisiones políticas de las autoridades, a partir de una previa evaluación de las necesidades locales y su procedimiento está determinado por las opciones que otorguen las municipalidades o regiones.

Estas salas se ejecutan dentro del sistema jurídico de los países como parte de un servicio del gobierno local o de salud pública, como una ONG, como una unidad dentro de un centro de atención de salud o como una entidad jurídica independiente.

En sus instalaciones se pueden consumir drogas ilegales, bajo la supervisión de un personal debidamente formado. Además, se otorgan tratamientos de adicción para los toxicómanos, al igual que servicios sanitarios y sociales.

De esta manera, se contribuye a reducir el consumo de drogas en lugares públicos, evitando exponer a los toxicómanos a las enfermedades, sobredosis, marginación y rechazo de la sociedad, como también a la represión policial. De igual manera, se evita la comisión de delitos relacionados al consumo de drogas.

Actualmente existen noventa salas de consumo supervisado de drogas, repartidas por toda Europa (Noruega, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca, Francia, Alemania, España y Países Bajos). Dos en Norteamérica (Canadá) Y una en Oceanía (Australia).

Lo que se busca es conectar con grupos de consumidores en alto riesgo, para atender sus problemas que se resumen en la necesidad de atender su salud, lo cual no se encuentra dentro de los servicios que ofrecen las agencias de drogas, las entidades de servicios sociales o las fuerzas del orden.

Para esto, las salas suelen ubicarse en lugares estratégicos donde existen problemas de consumo de droga, precariedad y poca higiene. Tienen un horario promedio de ocho horas diarias y en su mayoría, se ofrecen los servicios todos los días. Cuentan con el trabajo de distintos profesionales, como, por ejemplo: personal de enfermería, trabajadores sociales, directores o gerentes, personal médico (no psiquiatra), educadores sanitarios o asistentes de rescate, personal técnico o administrativo, psiquiatras, psicólogos, consejeros o especialistas en salud mental, coordinadores asistenciales, investigadores. Y las instalaciones de las salas están adecuadas para los consumidores de drogas inyectables, fumadas o inhaladas, que son utilizadas entre 20 y 400 usuarios diariamente, en todas las salas de consumo supervisado de drogas en el mundo.

Ante todo esto, la historia demuestra que la criminalización no reduce las tasas del consumo de drogas. Esto provoca que el estado tenga un enfoque realista, basado en la

tolerancia y la asistencia, debido a que los adictos o toxicómanos, tienen un problema de salud.

Pero en realidad, en el Perú no existe eficacia en este aspecto. Ya que, al no existir un lugar específico para el consumo de drogas, la gran mayoría de toxicómanos consumen en la vía pública, donde no existe ningún tipo de higiene y están expuestos a muchas enfermedades de gravedad (Hepatitis B y C, VIH, enfermedades pulmonares, trastornos de salud mental), que los vuelve incapaces de velar por si mismos. Y a esto se suma el riesgo de sufrir una sobredosis y no estar cerca de un profesional de la salud, que pueda brindar el auxilio necesario. Además, al consumir drogas en la calle se ocasionan problemas de orden público, debido a las conductas delictivas e insalubres que tienen los mismos.

Esta situación pone en peligro y desamparo a la salud de los toxicómanos del país, siendo que según las cifras del INEI, en el año 2019 fueron intervenidos 4260 personas, teniendo a Lima (2747 casos registrados) y al Callao (552 casos registrados), como los departamentos principales de intervenciones por consumo de drogas. Igualmente, en ese año, se decomisaron 61 424 kilos de droga, repartidos en Clorhidrato de Cocaína (25550 Kg), Marihuana(20186 Kg), Pasta Básica de Cocaína (16155 Kg) y Látex de Amapola o Heroína (34 Kg), teniendo como principales departamentos del decomiso de droga a Huánuco (9532 Kg), Piura (9156 Kg), Lima (4995 Kg), Callao (4232 Kg), Cusco (4201 Kg), La Libertad (4055 Kg), Loreto (2778 Kh), Puno (2466 Kg), Arequipa(2139Kg), Junín (1898Kg), Tumbes (1803 Kg), Tacna (1416 Kg), Ica (1199 Kg), San Martín (1147 Kg) y Ucayali (1088 Kg).

La condición de los toxicómanos es considerada un problema de salud y merece la misma protección y apoyo, que cualquier ciudadano con algún tipo de enfermedad, lo cual se encuentra amparado en la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú, el cual que prescribe que: "La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de

una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

Es así que, amparándose en la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Peru, en razón a los precedentes mundiales expuestos y en consecuencia a la inseguridad del consumo de drogas que existe en el país y a la ausencia de bienestar en los toxicómanos, se propone la implementación de salas de consumo supervisado de drogas, a fin de salvaguardar la salud de los toxicómanos del Perú, donde los consumidores estén alejados de las calles y puedan sobrellevar su adicción de una manera digna, encontrando ayuda médica profesional, que supervise su consumo y salvaguarde su salud.

1.1.2. Enunciado del Problema:

¿Cuáles son las razones que justifican la implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos del país?

1.2. Hipótesis

Las razones que justifican la implementación de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas para los toxicómanos del País, son la salvaguarda de la salud de los toxicómanos, así como el derecho a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad, conforme lo establece la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar cuáles son las razones que justifican la implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos del país.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la importancia, que revisten las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos desde la perspectiva de salud pública, así como de la salud del consumidor.

- Resaltar los efectos positivos alcanzados en países de Europa, América y Oceanía, relacionados con la implementación de las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos.
- Fundamentar la necesidad de implementar en el país las salas de consumo supervisado de drogas para los toxicómanos, como manera de ayudarlos a superar el grave problema de salud derivado del consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o psicotrópicas.

1.4. Justificación de la Investigación

1.4.1. Justificación Jurídica

Cada ciudadano en el país, sin importar ningún tipo de condición en el mismo debe recibir la atención y la protección de su salud. El hecho de que una persona sea toxicómano, no tendría por qué restar virtudes o cualidades que son inherentes a un ser humano y que son reconocidas y salvaguardadas por el estado. Más aún, si la adicción a las drogas es considerada una enfermedad y que la misma situación de consumo, los lleva a vivir de una manera precaria, antihigiénica, insalubre y peligrosa. Siendo unas víctimas del tráfico ilícito de drogas, ya que solo viven para consumir, exponiendo su salud y también, exponiendo la salud y la seguridad de la sociedad, pues la drogadicción los lleva a cometer ciertas conductas delictivas e insalubres, que ponen en peligro constante a las personas que los rodean.

Ante esta situación, y fundamentándose en la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú (“La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”), es que surge la propuesta de implementar las salas de consumo supervisado de drogas en el Perú, las cuales pueden ejecutarse dentro del sistema jurídico del país, ya sea como parte de un servicio del gobierno local o de salud pública, como una ONG, como una unidad dentro de un centro de atención de salud o como una entidad jurídica independiente. Pues de acuerdo los precedentes mundiales de las mismas, aportarán atención médica profesional a los

toxicómanos, salvaguardando la salud de los mismos. Además, alejaran de las calles a los adictos, evitando la comisión de delitos y restando los espacios peligrosos y antihigiénicos por el consumo de drogas.

1.4.2. Justificación Practica

Las cifras estadísticas demuestran que, en la práctica, se dan miles de intervenciones por consumo de drogas al año y que, de igual manera, se incautan decenas de miles de kilos de droga. Esto se refleja en la realidad de los toxicómanos del país, los cuales se encuentran en una situación de desamparo, insalubridad y peligro, ya que no cuentan con un lugar específico para consumir las sustancias ilícitas a las que son adictos, ocasionando inseguridad en las calles y exponiendo cada día su salud, la cual ya se encuentra deteriorada por el consumo adictivo con el que lidian, el cual es considerado una enfermedad. Por ende, según lo que dicta la ley (Parte in fine del Art. 7 de la Constitución Política del Perú), el Estado debe salvaguardar la salud de este colectivo. Es así, que la propuesta de implementar las salas de consumo supervisado de drogas, tiene la finalidad de brindar la solución a este problema, en base a la evidencia y resultados positivos que se muestran en todas las salas de consumo supervisado de drogas que están activas en el mundo, donde principalmente, se otorga atención médica especializada y un lugar higiénico y seguro para que los toxicómanos puedan sobrellevar su enfermedad de la manera más digna posible.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de Estudio:

2.1.1. Nivel Internacional:

La tesis doctoral sustentada por Rafael Clua García, la cual se desarrolló en el año 2016, en la Universidad Autónoma de Barcelona, llevando como título: “¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona” y que presenta como objetivo general: *El orientar y proponer programas sociosanitarios que mejoren la calidad de vida de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social, a partir de la evaluación de estrategias de reducción de daños obtenidas en las salas de consumo, las cuales permiten conocer las necesidades sociales, sanitarias y legales de los toxicómanos que acuden a las mismas.* Llegando a concluir en: Que la atención a las drogodependencias, debe ser de manera general y no solo a la óptica de salud pública. De esa manera, se tendrá la participación de las administraciones judiciales y de interior, formándose una comisión que pueda coordinar un abordaje total. En razón a esto, los resultados demuestran que las estrategias e intervenciones en drogodependencias deberían coordinarse entre Barcelona y los municipios periféricos, con la finalidad de lograr la reorganización y la redistribución de los servicios sociales y sanitarios, para las personas que más lo necesitan.

2.1.2. Nivel Nacional

La tesis sustentada por el bachiller Christopher Jeyson Jondec Valverde, la cual se desarrolló en el año 2018, en la Universidad Privada Antenor Orrego - Trujillo, llevando como título: “La regulación del artículo 299 del código penal y la desprotección del consumidor de drogas” y que presenta como objetivo general: *Determinar en qué sentido la regulación actual del artículo 299 del Código Penal Peruano, que contiene la descripción legal de la posesión no punible de drogas toxicas y estupefacientes, no constituye una protección para el consumidor de drogas.* Llegando a las conclusiones: **1.** A fin de mantener vigente sus relaciones políticas y diplomáticas, el estado peruano sanciona el tráfico de drogas, acatando las políticas criminales y los regímenes económicos impuestos por los países con mayor poder. **2.** La situación jurídica del poseedor y/o consumidor de drogas en el país, acarrea inseguridad y desprotección para estos, generando vulneraciones a derechos y principios como la libertad de elección (autodeterminación), libre desarrollo de la personalidad, mínima intervención del derecho penal, inversión de carga de la prueba del Ministerio Público, principio de legalidad y presunción de inocencia, además ocasiona una sobrecarga procesal y carcelaria. **3.** Por transgredir derechos y principios, además de generar inseguridad y desprotección jurídica para los poseedores y/o consumidores de drogas, debe ser derogado el artículo 299° del código penal.

SUBCAPITULO I

Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas para Toxicómanos y sus Efectos en la Salud

1.1. Antecedentes, Contexto Legal y Objetivos

1.1.1. Antecedentes de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

A raíz del consumo de drogas en las calles o en las ciudades que funcionan los mercados de la droga, surgen las salas de consumo supervisado de droga, las cuales buscan prevenir y evitar los problemas de salud y de orden público ocasionados por esta situación. Donde, si bien es cierto que existían servicios para los toxicómanos, se hacía difícil resolver estos problemas. En el año 1980, se vinculaba el uso de heroína y de drogas inyectables, con la aparición y propagación del VIH en Europa. Es así que para reducir estos daños, las autoridades responden promocionando la salud, siendo que ofrecen tratamientos para sustituir los opioides, otorgan material estéril para inyectarse y establecen una educación igualitaria. De esta manera, la política de reducción de daños empezó a tener mayor aceptación en Europa, a partir del año 1990. Teniendo a las salas de consumo supervisado de droga, como una de las respuestas que creó más controversia. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 1,2)

Donde a comienzos de 1990, se comenzaron a crear las Salas de consumo en los Países Bajos, Suiza y Alemania. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 2)

Siendo suiza, el primer país en aperturar una sala de consumo supervisado, situándose en Berna en junio de 1986. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 2)

Experimentando así, con esta medida de reducción de daños, sin aun incluirla oficialmente en la legislación nacional. Con el transcurso de la década, estos países (los Países Bajos, Suiza y Alemania) expandieron las salas de consumo supervisado. Y durante el comienzo del año 2000, se aperturaron salas en Vancouver (Canadá) y Sídney (Australia). Siguiendo con la lista, los países de España, Luxemburgo y Noruega. Así mismo, es notable el

esfuerzo de Dinamarca para introducir estas salas. Ya que en el año 2011, se apertura en Copenhague una sala de consumo supervisado móvil, a cargo de una ONG danesa. Siendo que, sin la ayuda policial de las autoridades, se otorgó servicios en esta sala de consumo supervisado móvil, durante el tiempo de diez meses. Y ya en junio del 2012, se aprobó una ley que permite a las municipalidades trabajar las salas de consumo, con la autorización del ministro de salud. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 2)

En Francia, habiendo experimentado con las salas durante seis años, se abrieron las dos primeras en el año 2016. Haciendo un conteo detallado de las salas de Europa, hasta abril del 2018 había: 1 sala en Luxemburgo, 2 salas en 2 ciudades de Noruega, 2 salas en 2 ciudades en Francia, 5 salas en 4 ciudades de Dinamarca, 12 salas en 8 ciudades de Suiza, 13 salas en 7 ciudades de España, 24 en 15 ciudades de Alemania y 31 salas en 25 ciudades de los Países Bajos.

Siguiendo esta línea, Irlanda aprobó en 2017 la legislación que permite conceder las licencias y regular estas salas. Igualmente, en ese año, Portugal anunció las ubicaciones para dos salas de consumo fijas y el área de funcionamiento de una sala móvil. Se presentaron recomendaciones a las autoridades responsables de Bélgica, sobre las salas de consumo supervisado, basándose en un estudio de viabilidad en las ciudades de Bruselas, Charleroi, Gante, Amberes y Lieja. En Canadá, existen dos salas de consumo supervisado en Vancouver. El incremento de la mortalidad por sobredosis en los toxicómanos y la investigación de esta medida de reducción de daños, son los factores actuales que motivan a los municipios para abrir más salas de consumo. En Australia, se está preparando una sala de consumo en la ciudad de Melbourne, para lo cual se tendrá como guía, la sala que ya venía funcionando en la ciudad de Sídney. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 3,4)

1.1.2. Contexto Legal de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Las salas de consumo supervisado de drogas, representan las decisiones políticas de las autoridades, a partir de una previa evaluación de las necesidades locales y su procedimiento está determinado por las opciones que otorguen las municipalidades o regiones. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 2)

Se ejecutan dentro del sistema jurídico de los países que cuentan con esta medida, ya sea como parte de un servicio del gobierno local o de salud pública, como una ONG, como una unidad dentro de un centro de atención de salud o como una entidad jurídica independiente. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 3)

En la mayoría los casos, se tuvo que hacer modificaciones a la legislación de los países que implementaban las salas de consumo supervisado, permitiéndose así, el consumo de drogas en las salas y regulándose el manejo de las mismas. En Australia y Canadá, las salas se abrieron como proyectos científicos experimentales, siendo una excepción a la ley. Desde una perspectiva internacional, cabe mencionar que pueden surgir impedimentos para la implementación de las salas, a partir de las convenciones de las Naciones Unidas sobre el control de drogas, pues existe una entidad de las Naciones Unidas que es responsable de vigilar la aplicación de convenciones sobre drogas, esta es la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la cual ha expresado reiteradas oportunidades, su inquietud acerca del desarrollo de las salas de consumo. La JIFE muestra oposición a las salas de consumo, argumentándose en que se está facilitando el tráfico de drogas, al permitirse poseer drogas que se consiguen de medios ilegales. De igual manera, alega que las salas permiten un consumo de drogas que no tienen una finalidad científica o médica, contraviniéndose los acuerdos de las Naciones Unidas. Es así que, en una investigación a pedido de la JIFE, se analizó la relación entre los tratados de control de drogas y una variedad de medidas de reducción de daños. Y en el año 2002, un comisionado de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), concluyó en que las salas de consumo no van en contra de las

convenciones. Esta conclusión se argumenta, en la ausencia de una definición exacta para “los fines médicos y científicos” y en la manera en la que está expresada la Declaración de los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas aprobada en 1998. Lo que hace flexible la interpretación de este instrumento. De esta manera, si los países que cuentan con salas de consumo, reciben críticas en el informe anual de la JIFE, pueden refutar dichos cuestionamientos con una sólida justificación legal. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, págs. 3,4)

Actualmente, están apareciendo nuevas drogas estimulantes, lo que hace aumentar los riesgos para los consumidores. Siendo objeto de debate político, la necesidad de aperturar salas de consumo supervisado en algunos países de Europa. Ya que, al otorgar servicios de atención básica, las salas de consumo logran recabar información sobre el consumo de una nueva droga. Por lo tanto, contribuyen a identificar con anticipación las nuevas tendencias de consumo entre sus usuarios, que son las poblaciones de mayor riesgo. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 7)

1.1.3. Objetivos de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Desde el principio, las salas de consumo han tenido dos objetivos principales:

- Reducir los riesgos de salud personales relacionados al consumo de drogas.
- Disminuir la alteración del orden público.

(Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 2)

En detalle, los objetivos se resumen en:

- Reducir los riesgos de transmisión de enfermedades.
- Otorgar un entorno seguro e higiénico para el consumo de drogas.
- Prevenir la mortalidad por sobredosis en los toxicómanos.
- Contactar a los toxicómanos que se encuentran en un estado de alto riesgo, con los servicios sanitarios, sociales y de tratamiento de adicción a las drogas.
- Contribuir a la reducción de toxicómanos que consumen drogas en espacios públicos.
- Reducir los desechos materiales de consumo de drogas en las calles.

- Aminorar los problemas de orden público, relacionados con el consumo de drogas en las calles.
- Mejorar los espacios públicos en zonas cercanas a los mercados de la droga.
- Obtener información sobre las drogas que consumen los adictos.
- Determinar las necesidades individuales de los adictos. Por ejemplo, al evaluarse el estado de su salud.
- Estabilizar y promover la salud de los usuarios.

(Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 1,2,3)

- Contribuir a la seguridad y calidad de vida de las comunidades locales.
- Disminuir el impacto negativo del consumo de drogas en las comunidades.

(Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 3)

Se busca conectar con grupos de consumidores en alto riesgo, para atender sus problemas que se resumen en la necesidad de atender su salud, lo cual no se ofrece en las agencias de drogas, ni en las entidades de servicios sociales o en las fuerzas del orden. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 2)

La idea es atraer a toxicómanos en condiciones de riesgo, marginados, sin higiene o que habitan en la calle. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 2)

1.2. Clases de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas: Integradas,

Especializadas y Móviles.

1.2.1. Salas Integradas de Consumo Supervisado de Drogas

La característica de las salas integradas, es que además de supervisar el consumo de drogas, ofrece un conjunto de servicios orientados a la supervivencia, como el distribuir alimentos, otorgar duchas y lavanderías, distribuir preservativos y contenedores para objetos punzantes. De igual manera, brindan asesoramiento y tratamiento para las adicciones de droga.

1.2.2. Salas Especializadas de Consumo Supervisado de Drogas

Las salas especializadas, ofrecen el servicio de la supervisión del consumo. Esto incluye el distribuir materiales estériles para inyectarse, asesorar sobre un consumo de drogas más seguro, intervenir en casos de urgencia y otorgar un espacio donde se supervise el consumo de droga.

1.2.3. Salas Móviles de Consumo Supervisado de Drogas

En efecto, las salas móviles ofrecen sus servicios en un entorno geográfico variable. Pero a comparación de las salas integradas y especializadas, se atiende a un número más limitado de usuarios. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 4)

1.3. Funcionamiento de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas: Ubicación, Horario, Personal, Instalaciones, Reglas, Servicios, Usuarios, Aporte y Red Institucional.

1.3.1. Ubicación de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Las salas de consumo supervisado de drogas, suelen ubicarse en entornos donde existen problemas de consumo y están dirigidas a consumidores en situación de precariedad y de poca higiene. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 2)

1.3.2. Horario de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Más de la mitad de las salas, ofrecen sus servicios todos los días. Teniendo un horario promedio de ocho horas al día. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 5)

1.3.3. Personal de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

La mayoría de las salas cuentan con enfermeras y trabajadores sociales. En una de cada dos salas, disponen de médicos. Y un tercio de las salas tienen personal de seguridad. Si se representa en porcentajes el grupo de profesionales que laboran en las salas de consumo supervisado de drogas, se tiene que el 80% es personal de enfermería, el 78% son trabajadores sociales, el 57% son directores o gerentes, el 46% es personal médico (no psiquiatra), el 35% son educadores sanitarios o asistentes de rescate, y el mismo

porcentaje es para el personal técnico o administrativo, el 33% es personal de seguridad, el 24% son colegas remunerados, el 17% son psiquiatras, el 13% son psicólogos, consejeros o especialistas en salud mental, el 11% son coordinadores asistenciales, y el mismo porcentaje es para los estudiantes o becarios, el 9% es de otros colaboradores sin especificar, el 7% es de colegas no remunerados, y el mismo porcentaje es para los investigadores. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 4,5)

Algunas salas están orientadas desde un punto de vista médico e incluyen en su personal a médicos y profesionales en enfermería. De la misma manera, podrían elegir una “función social”, centrando sus funciones en ser un mediador con la comunidad. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 3)

1.3.4. Instalaciones de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

En promedio, las instalaciones de las salas de consumo ofrecen siete espacios para las drogas inyectables (entre una y 13 cabinas). y cuatro espacios para las drogas fumadas o inhaladas. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 5)

1.3.5. Reglas de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Las salas de consumo establecen normas reglas para su uso y hay ciertos criterios para admitir a los usuarios. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 3)

Normalmente, solo se permite el acceso de usuarios registrados, que tienen que cumplir una serie de condiciones, como tener una edad mínima y ser residentes del lugar. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 4)

1.3.6. Servicios de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Los servicios primarios de las salas de consumo son:

- Otorgar material estéril para inyectarse o fumar.
- Asesorar antes, durante y después del consumo de drogas.
- Atender con urgencia los casos de sobredosis.
- Ofrecer atención médica primaria.

- Conceder servicios de asistencia sociosanitaria y de tratamiento de drogas. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 1)

Los servicios secundarios en las salas de consumo son:

- Ofrecer bebidas como café o té
- Otorgar llamadas telefónicas
- Autorizar el uso de la ducha
- Permitir el lavado de ropa
- Prestar servicios médicos de cura de abscesos y heridas.
- Prestar servicios complementarios como albergue y gestión de casos.

Las salas que un principio dirigían sus servicios a los consumidores de drogas inyectadas, tuvieron que ampliar su servicio a las drogas fumadas o inhaladas, debido al aumento del uso de drogas como el crack o la cocaína. Otorgando así, una inhalación supervisada, que hace posible la reducción de toxicómanos ocasionando problemas en las calles y de la represión policial contra los mismos. Este cambio está promoviendo la disminución del uso de la heroína y es un nexo para los tratamientos de sustitución de opioides. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 3,5,6)

1.3.7. Usuarios de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

Entre 20 y 400 usuarios visitan las salas a diario. Y existen algunos casos, de usuarios que tienen una mejor estabilidad social, pero que utilizan las salas de consumo, porque en sus casas tienen una pareja o familiares que no consumen o que no están de acuerdo con el consumo de droga. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 2,5)

1.3.8. Aporte de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas en la Sociedad

Ha quedado demostrado, lo eficaces que son las salas de consumo, para lograr el acercamiento con los toxicómanos en peligro, que no piensan dejar el consumo excesivo de drogas. Gracias a este contacto, se consiguió mejorar la higiene de inmediato y otorgar un consumo de drogas más seguro para los usuarios, como también se obtuvo un

provecho general en materia de salud y orden público. De igual manera, investigaciones asocian el uso de salas de consumo con el dejar de realizar conductas riesgosas al consumir drogas inyectables. Como lo declaran los propios consumidores, al disminuir el uso compartido de jeringuillas. De esta forma, se reducen las conductas que aumentan el riesgo de transmisión del VIH y muertes por sobredosis. Y según estudios ecológicos, cuando la cobertura de la sala es adecuada, puede llegar a reducir en toda una ciudad, las muertes relacionadas al consumo de drogas. Asimismo, se demostró con un estudio de Sídney, que el número de intervenciones externas relacionadas con sobredosis, disminúan de los servicios de urgencia durante el horario de atención de la sala de consumo. Igualmente, se asocia un aumento de los tratamientos de drogadicción y de sustitución de opioides, con el uso de salas de consumo supervisado. Por ejemplo, un estudio demostró que el uso de la sala de Vancouver (Canadá), se asociaba al aumento de derivaciones a tratamientos de adicción a las drogas. En España y Suiza se han cerrado algunas de estas salas, debido a que ha disminuido el número de toxicómanos que se inyectan heroína, y por lo tanto, ya no se precisa los servicios de las salas de consumo. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, págs. 5,6)

1.3.9. Red Internacional de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

En el año 2007, se establece en Bilbao (España) la Red Internacional de Salas de Consumo de Drogas, con sus siglas en inglés INSCD. Esta red tiene como objetivo el compartir conocimientos y experiencias, que ayuden a mejorar las metodologías y así poder implementar nuevas salas de consumo en otros lugares. La red presenta estudios e informes, y participa activamente en debates legales y políticos sobre las salas de consumo. Actualmente, la mayoría de salas en todo el mundo, pertenecen a esta red internacional. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 4)

1.4. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas y los Efectos en la Salud

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, analizó los efectos de las salas de consumo supervisado. Y publicó dos extensos informes, que concluyen en lo siguiente:

- Se esfuerzan por llegar a poblaciones vulnerables y son aceptadas por las mismas.
- Mejoran el nivel de salud de los consumidores de droga y reducen las conductas de alto riesgo.
- Disminuyen las muertes causadas por sobredosis
- Pueden disminuir los índices de VIH y hepatitis C
- Reducen el consumo de drogas en lugares públicos y las alteraciones relacionadas a éste.

El último y más extenso informe de evaluación sobre las salas de consumo, fue respecto al período de prueba (2007–2011) de la Sala de consumo en Sídney (Australia), y fue emitido en 2010 por la firma de auditorías KPMG. Este informe indica que:

- Tuvo un impacto positivo en la reducción de sobredosis.
- Sirvió como nexo hacia tratamientos de drogadicción.
- Contribuyó a disminuir los problemas de seguridad relacionados a la inyección de drogas en lugares públicos, y al descarte de agujas y jeringas.
- Aportó a la reducción de infectados con VIH y hepatitis C. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 4)

SUBCAPITULO II

Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas a Nivel Mundial

**2.1. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en Europa:
Alemania, España, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Suiza, Dinamarca, Francia y
Portugal**

2.1.1. Alemania

- **Numero de Salas**

- 24 salas de consumo supervisado de drogas en 15 ciudades de Alemania (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Promedio de edad de 26 a 35 años
- El 15% son mujeres y el 85% son hombres.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Heroína y Crack. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 5)

2.1.2. España

- **Numero de Salas**

- 13 salas de consumo supervisado de drogas en 7 ciudades de España (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Promedio de edad de 34 años.
- El 20% son mujeres y el 80% son hombres

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Cocaína, Heroína, Speedball (combinación de cocaína y heroína). (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 5)

2.1.3. Luxemburgo

- **Numero de Salas**

- Una sala de consumo supervisado de drogas en Luxemburgo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Promedio de edad de 25 a 34 años.
- El 20% son mujeres y el 80% son hombres.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Cocaína y Heroína. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 6)

2.1.4. Noruega

- **Numero de Salas**

- 2 salas de consumo supervisado de drogas en 2 ciudades de Noruega (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Promedio de edad de 37 años.
- El 30% son mujeres y el 70% son hombres.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- La única sustancia permitida en estas salas de consumo, es la heroína. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 6)

2.1.5. Países Bajos

- **Numero de Salas**

- 31 salas de consumo supervisado de drogas en 25 ciudades de los Países Bajos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Clientes de un promedio de 45 años
- El 10% son mujeres y el 90% son hombres.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- pasta básica de cocaína, Crack de cocaína y Heroína. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 6)

2.1.6. Suiza

- **Numero de Salas**

- 12 salas de consumo supervisado de drogas en 8 ciudades de Suiza (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- 38 años de edad en promedio.
- El 25,9% son mujeres y el 74,1% son hombres.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Benzodiacepinas, Cocaína y Heroína. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 6)

2.1.7. Dinamarca

- **Numero de Salas**

- 5 salas de consumo supervisado de drogas en 4 ciudades de Dinamarca (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- La mayoría de los visitantes son personas en situación de marginalidad extrema.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Cocaína, heroína y metadona (Busby, 2018)

2.1.8. Francia

- **Numero de Salas**

- 2 salas de consumo supervisado de drogas en 2 ciudades de Francia (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 3)

- **Perfiles De Usuarios**

- Obligatoriamente mayores de edad (La Nación, 2016)

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Crack y Skenan (sulfato de morfina) (Morán, 2018)

2.1.9. Portugal

- **Numero de Salas**

- En abril del 2019, entró en funcionamiento una sala de consumo en formato móvil. (LUSA, 2019)

- Se esperaba para el primer trimestre del 2020, que comience a operar la primera sala en Lisboa. Pero en el mes de marzo, el municipio reveló que, debido a problemas de coronavirus, se había cancelado la creación de la misma. (Tavares, 2020)

2.2. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en Oceanía: Australia

2.2.1. Australia

- **Numero de Salas**

- Una sala de consumo supervisado de drogas en la ciudad de Sídney (Fundación Ideas para la Paz, 2017)

- **Perfiles De Usuarios**

- El 26% son mujeres y el 74% son hombres.
- Promedio de edad de 33 años.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Heroína, Cocaína y Metanfetaminas. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 5)

2.3. Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas Implementadas en América:

Canadá y Colombia

2.3.1. Canadá

- **Numero De Salas**

- 2 salas de consumo supervisado de drogas en la ciudad de Vancouver (Fundación Ideas para la Paz, 2017)

- **Perfiles De Usuarios**

- El 26% son mujeres y el 74% son hombres.
- El 17% se identifican como aborígenes.

- **Principales Sustancias Consumidas**

- Morfina, Cocaína y Heroína (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 5)

2.3.2. Colombia

El 05 de octubre del 2016, se presentó en Colombia un proyecto de ley que proponía la creación de salas de consumo supervisado de drogas. (Congreso de la República de Colombia, 2017)

La propuesta fue hecha por Samuel Hoyos Mejía, en ese entonces Representante a la Cámara por Bogotá, quien trabajó con expertos en salud pública y de política de drogas, en el trasfondo de su proyecto de ley. (Bermúdez Liévano, 2019)

Siendo así que el proyecto superó 2 debates, el 23 de mayo y el 22 de agosto del 2017. (Congreso de la República de Colombia, 2017)

Ante esta situación, el proyecto de Hoyos recibió críticas por la creación de estas salas de consumo, ya que había opiniones que afirmaban que las salas podrían incrementar los niveles de consumo, alentar el consumo recreativo y aumentar la delincuencia. A pesar de ello, el congresista defendía su proyecto y se amparaba en la evidencia científica. Sin embargo, un mes después de su reelección en el congreso, anunció que retiraba el proyecto de ley. (Bermúdez Liévano, 2019)

Esto fue lo que explicó el 8 de abril del 2018, en un mensaje de Twitter: “Hemos decidido retirar el proyecto de ley 111 de 2017 sobre drogas y salud pública. Le haremos ajustes importantes encaminados a prohibir la dosis personal de droga en Colombia, como lo ha propuesto nuestro candidato presidencial Iván Duque”. (Hoyos Mejía, 2018)

De esta manera, el 11 de abril del 2018 se aprobó el retiro del proyecto, archivándose el mismo. (Congreso de la República de Colombia, 2017)

En el sector de salud pública y políticas de drogas, muchos valoraban este proyecto de ley y sienten que el congresista desistió por puro

cálculo político. Ante esto, Hoyos explica que no ha renunciado a su idea y que volverá proponerla, incorporando las modificaciones correspondientes. (Bermúdez Liévano, 2019)

2.4. Efectos Positivos Alcanzados

En Alemania no hay muertes relacionadas al consumo de drogas desde 1994 y los toxicómanos aprendieron técnicas más seguras para el consumo de drogas. En España, Disminuyeron las muertes por sobredosis, las infecciones de VIH y los desechos relacionados a inyecciones. En Luxemburgo, se manejaron exitosamente 1025 sobredosis, sin casos letales y existe una línea telefónica de atención permanente, para estimular la aceptación pública de las salas de consumo. En Noruega, existe una menor percepción de exclusión social entre los toxicómanos y hay un mayor acceso a asistencia profesional en situaciones de sobredosis y a los servicios de salud y servicios sociales. En los Países Bajos, se disminuyeron las agujas compartidas entre los toxicómanos, así como la alteración del orden público y existe una alta aceptación de las salas de consumo supervisado de drogas (80%), por parte de proveedores de servicios sociales, de salud, de los pobladores y de la policía. En Suiza, se disminuyó el contagio de virus a través de transmisión sanguínea, así como los fallecidos con relación al consumo de drogas y aumentaron los toxicómanos consientes en realizar técnicas de consumo seguro de drogas. En Australia, las salas fueron efectivas en términos de costos, teniendo 9.500 referencias a servicios de salud y bienestar social y 4.400 intervenciones en sobredosis (sin casos letales), de igual manera se redujo el riesgo de transmisión sanguínea de virus y la cifra de toxicómanos inyectándose en lugares públicos, así como los desechos relacionados a este consumo, siendo que no se presentan impactos adversos en la comunidad local (por ejemplo, incremento de delitos relacionados a drogas en la zona). En Canadá, se dieron 221 intervenciones en sobredosis (sin casos letales, 3.383 intervenciones en tratamiento clínico y 5.268 referencias a otros servicios sociales y de salud. Asimismo, al igual que en Australia, se redujo el riesgo de transmisión sanguínea de virus y

la cifra de toxicómanos inyectándose en lugares públicos, así como los desechos relacionados a este consumo, siendo que no se presentan impactos adversos en la comunidad local. (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, págs. 5,6)

En Dinamarca, después de la apertura de la sala, se terminó el uso de drogas al aire libre, en un aproximado del 90%. (Derbyshire, 2017)

Todavía hay sobredosis de consumo -el último conteo dio más de 800-, pero sin ningún fallecido. Se redujo el uso de jeringuillas en las calles, de 10.000 a menos de 1.000, en sólo un año y se ha ofrecido servicios de trabajo social, ayudándose a completar solicitudes para acceder a viviendas sociales y organizándose citas para el hospital. (Busby, 2018)

En Francia, fue un éxito según la asociación civil 'Gaia'. ubicándose a un costado del hospital Lariboisière, en el corazón de la zona de consumo de crack, donde reciben cerca de 200 visitas diarias y con los servicios brindados en la sala, los consumidores se han podido realizar pruebas de hepatitis y VIH (Morán, 2018)

SUBCAPITULO III

Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas y la necesidad de su implementación en el Perú

3.1. El Delito de Tráfico Ilícito De Drogas en el País

La lucha contra la droga no es convencional. Se crea un problema de seguridad nacional, donde se tiene una guerra interna y cualquier medio es legal para acabar con el narcotráfico. Esto implica, que los países consumidores vulneren la seguridad interna de los países productores, al tener una sociedad militarizada que viola los derechos fundamentales. (Frisancho Aparicio, 2006, págs. 24-25)

Esto lleva sentido con el interés económico, que puede sobreponerse a la ideología de grupos terroristas, logrando la protección de narcotraficantes. De esta manera, se da una alianza entre el terrorismo y el narcotráfico.

En ese sentido, si se analiza la cadena productiva del narcotráfico, se tiene que la parte primordial son los traficantes y los cárteles, los cuales llegan a conseguir cantidades

exorbitantes de dinero, para luego trasladarlo a paraísos fiscales o incurrir en el delito de lavado de activos, produciendo un daño a la nación.

Por otra parte, se puede advertir que los campesinos se encuentran muy afectados, ya que obtienen muy pocas ganancias de su labor de cultivo y perjudican el medio ambiente con actividades de procesamiento.

El ser humano está consumiendo peces contaminados con insumos químicos, a causa del narcotráfico y su actividad productora, que desemboca sus desechos en los ríos y lagos del país. Además, se genera la pérdida de áreas forestales y agrícolas.

El desacierto definitivo de las políticas de represión sobre la oferta de drogas en el país, se ve reflejado en el primer lugar de producción y exportación de clorhidrato de cocaína, otorgado al Perú. Además, se tiene el segundo lugar, en la población penal encarcelada por tráfico ilícito de drogas en el país. Esto ocasiona circunstancias de contaminación, corrupción, crimen organizado, insalubridad y delincuencia. (Reategui Rossello, 2017, págs. 27, 29, 30, 31)

3.2. La Impunidad del Consumo de Drogas

3.2.1. Antecedentes de la Posesión no Punible de Drogas en el Perú

La ley 4428° de centralización del Callao como puerto de importación y exportación de cocaína, morfina, heroína, opio y sus sales derivados en 1921, el Decreto Ley 11005° de represión del tráfico ilícito de drogas en 1949 y el Código Sanitario de 1969, optaron por criminalizar la tenencia de drogas para el consumo personal.

En contraste, el Decreto Ley 19505° de 1972, califica al consumidor de droga como una persona enferma, que es víctima del narcotráfico. Por lo tanto, ser consumidor no suponía un crimen, debiéndose aplicar una medida adecuada para el afectado.

El Decreto Ley 22095° de 1978, que tuvo su reforma en el año 1981 a través del Decreto Legislativo 122°, determinaba que la posesión de droga para el propio consumo, no era punible si el poseedor era un toxicómano y si la cantidad de droga no sobrepasaba una dosis personal.

Posteriormente, al promulgarse el Código Penal de 1991, se prescribió lo siguiente:

“Artículo 299°. - El que posee droga en dosis personal para su propio e inmediato consumo está exento de pena. Para determinar la dosis personal, el juez tendrá en cuenta la correlación peso-dosis, la pureza y la aprehensión de la droga”.

La ley 28002° de 2003, ratificó la vigencia y modificó el contenido del artículo 299° del Código Penal. El nuevo texto legal, prescribía lo siguiente:

“Artículo 299°.- No es punible la posesión de drogas para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus derivados. Se excluye de los alcances de lo establecido en el párrafo precedente, la posesión de dos o más tipos de drogas”. (Prado Saldarriaga, 2009, págs. 360, 361, 362)

El Decreto legislativo 982° de 2007, modificó el contenido del artículo 299° del Código Penal. El nuevo texto legal, prescribía lo siguiente:

“Artículo 299°. - “No es punible la posesión de droga para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxianfetamina – MDA, Metilendioximetanfetamina – MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas. Se excluye de los alcances de lo establecido en el párrafo precedente, la posesión de dos o más tipos de drogas”.

La ley 30681° de 2017, que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis, modificó el artículo 299° del código penal. El nuevo texto legal, prescribe lo siguiente:

“Artículo 299°. - “No es punible la posesión de droga para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un

gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxfanfetamina – MDA, Metilendioximetanfetamina – MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas. Se excluye de los alcances de lo establecido en el párrafo precedente, la posesión de dos o más tipos de drogas. Tampoco será punible la posesión del cannabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos, siempre que la cantidad sea la necesaria para el tratamiento del paciente registrado en el Ministerio de Salud, supervisado por el Instituto Nacional de Salud y la DIGEMID, o de un tercero que se encuentre bajo su cuidado o tutela, o para investigación según las leyes sobre la materia y las disposiciones que establezca el ente rector”.

3.2.2. Análisis de la regulación de la Posesión no Punible de Drogas en la Ley Peruana

El artículo está dirigido a los consumidores esporádicos, e inclusive a los que posean la droga para un primer uso.

Prescribe que la dosis personal, es para el propio e inmediato consumo. Por lo tanto, la inmediatez del uso imposibilita el consumo diario y el poseer o guardar la droga por más de un día, ya sea para uno mismo o para otra persona.

La intención del consumidor, es lo que manifiesta la ilicitud penal de la posesión de drogas. De tal manera que la posesión no punible de drogas, debe concordar con lo prescrito en el artículo 296° del Código Penal, que solo sanciona la posesión dirigida al tráfico.

En consecuencia, no les corresponde la carga de la prueba a los consumidores, ya que se estaría presumiendo su culpabilidad.

Es por eso que la intención de traficar del consumidor (prueba de tipo subjetivo), deberá ser probada dentro del proceso penal. Mientras tanto, el poseedor es inocente y la droga se presume para su uso personal. (Frisancho Aparicio, 2006, págs. 186, 187, 189)

3.3. La Necesidad de Implementar Medidas de Prevención para Evitar el Consumo de Drogas

El precio de la droga se destaca con la prohibición y aumenta la persecución del estado, ante el rentable negocio del tráfico. (Frisancho Aparicio, 2006, pág. 23)

Lo único que se consigue con la represión de la oferta de drogas, es que aumenten los precios de las mismas. Y paralelamente, se aumenta el crimen en el país, debido a la mayor necesidad de recursos por parte de los consumidores.

De esa manera, la represión eleva el costo de la droga y ante la creciente demanda de los consumidores, aumentan las ganancias de los narcotraficantes. Ante esto, servirán de poco las políticas represivas, sino se fomenta la educación al no consumo en el País.

La represión sobre la oferta de drogas en el país, fracasó en el combate frontal contra al tráfico ilícito de drogas. Ya que, en realidad, se debió atacar al verdadero origen del problema: La Demanda. (Reategui Rossello, 2017, págs. 36, 37, 54, 55)

Atacar la demanda, es de fundamental importancia para lograr reducir la oferta ilícita de drogas. Debido a que, con la demanda de drogas, se crean nuevas fuentes de oferta. (Frisancho Aparicio, 2006, pág. 173)

Es así, que teniendo en cuenta que no ha funcionado la represión sobre la oferta de drogas en el país y que el tráfico ilícito de drogas es el delito que mayor inversión le supone al estado, se debe guiar la inversión del estado a mejorar la salud, educación e infraestructura vial de los habitantes. (Reategui Rossello, 2017, pág. 42)

Y se debe pasar del plano represivo, a un plano asistencial. Realzando el valor de la salud, brindando asistencia a los consumidores y orientando a la prevención de la demanda. (Frisancho Aparicio, 2006, pág. 26)

3.4. Efectos Que Genera El Consumo De Drogas

El consumo de drogas genera la drogadicción, que vendría a ser un estado psíquico y emocional de dependencia hacia ciertos estupefacientes, y quienes lo padecen, han perdido la dirección y el control de su vida, pues viven sufriendo los efectos de estas sustancias dañinas. Siendo que, al tener un consumo desenfrenado de la droga, la ausencia de la misma en su organismo, les genera lo que se denomina como el síndrome de abstinencia. (Peña Cabrera Freyre, Derecho Penal Parte Especial - Tomo IV, 2014, pág. 125)

Se denomina síndrome de abstinencia, al conjunto de síntomas intensos de trastornos físicos y psíquicos en el organismo, provocados por interrumpir el habitual consumo de una droga, lo cual conlleva al adicto a buscar el narcótico de cualquier forma y a cualquier costo, incluyendo el cometer delitos, porque la única manera de sentir bienestar emocional y físico, es retomando el consumo. (Espinoza V, 1998, pág. 131)

Las consecuencias del consumo se presentan modificando el carácter y temperamento del consumidor, convirtiéndolo en una persona violenta, que se irrita fácilmente y que se aleja de su ambiente familiar. Es así, que al refugiarse en las drogas, dejan los estudios o el trabajo y se vuelven víctimas de sus propias adicciones. Todo se inicia con una relación esporádica, para luego convertirse en una conducta permanente de la persona, quien es gobernado por el consumo de drogas y que lo lleva a degenerarse totalmente, hasta el punto de cometer un homicidio, pues lamentablemente se ha visto que algunos adictos llegan a asesinar a sus parientes más cercanos y así conseguir el dinero para poder satisfacer así satisfacer su necesidad por la droga. (Peña Cabrera Freyre, Derecho Penal Parte Especial - Tomo IV, 2014, pág. 126)

Es así como la experiencia nos muestra que los toxicómanos carecen de actitud para trabajar, para ocupar su tiempo libre en algo útil, para conseguir una vivienda, para educarse o instruirse, es decir, no tienen posibilidades creativas de ningún tipo. (Neuman, 2005, pág. 272)

En resumen, la adicción a las drogas promueve la corrupción y el incumplimiento de la ley, genera actos de violencia en la sociedad e impulsa a cometer delitos como robos y homicidios. Siendo que no solo se perjudica la sociedad en general, sino que las verdaderas víctimas son los adictos, pues la exaltación de sus emociones y la ansiedad que les causa la droga, muchas veces, termina en muertes por sobredosis o en suicidios. (Nató & Rodríguez Querejazu, 2001, pág. 23)

3.5. Estadísticas del Consumo de Drogas a Nivel Nacional

A continuación, se muestran 3 cuadros estadísticos del INEI, que detallan las drogas ilícitas decomisadas según el tipo y según los departamentos del país, así como las intervenciones por consumo de drogas en los mismos. Estas estadísticas van desde el año 2008 al 2019, y que ayudaran a comprender en cifras, la situación de los toxicómanos en los últimos años.

3.5.1. DROGA ILICITA DECOMISADA SEGÚN TIPO 2011-2019 - KILOGRAMO (KG) Fuente: Ministerio del Interior (MININTER) - Oficina de Planeamiento y Estadística

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	27 785	35 414	28 003	33 844	112 213	35 733	52 088	57 057	61 424
TIPO									
Pasta Básica de Cocaína	13 975	19 697	10 841	11 117	11 739	14 035	15 358	14 732	16 155
Clorhidrato de Cocaína	10 758	12 677	13 332	18 700	8 465	13 959	21 408	20 550	25 550
Marihuana	3 048	2 967	3 761	4 019	91 995	7 729	15 308	21 773	20 186
Látex de Amapola/Heroína	4	73	69	9	14	9	14	2	34

3.5.2. DROGA ILICITA DECOMISADA SEGÚN DEPARTAMENTO 2011-2019 - KILOGRAMO (KG)**Nota: El sector no tiene incorporada la desagregación en provincia de Lima****Fuente: Ministerio del Interior (MININTER) - Oficina de Planeamiento y Estadística.**

DEPARTAMENTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	27 786	35 414	28 003	33 844	112 213	35 773	52 008	57 057	61 424
Amazonas	139	52	125	42	48	32	35	44	40
Áncash	945	552	220	328	245	427	463	720	517
Apurímac	399	575	226	462	106	814	1 108	988	600
Arequipa	1 352	437	426	503	1	585	1 269	628	2 139
Ayacucho	3 916	2 378	2 215	4 275	3 364	8 654	6 706	6 182	6 008
Cajamarca	28	40	54	64	170	149	46	160	101
Prov. Const. del Callao	2 135	4 287	1 196	1 319	2 442	3 600	5 791	5 552	4 232
Cusco	1 718	2 532	914	2 024	2 301	2 310	2 919	5 438	4 201
Huancavelica	301	60	-	21	273	73	78	192	271
Huánuco	1 815	3 178	2 971	3 303	33 002	3 049	6 367	6 714	9 532
Ica	1 321	1 349	808	615	578	1 648	1 145	3 300	1 199
Junín	1 922	4 156	4 666	3 316	2 952	2 878	3 023	2 448	1 898
La Libertad	789	499	279	7 551	53 072	561	807	3 666	4 055
Lambayeque	71	233	280	101	493	255	181	326	133
Lima	5 539	8 023	4 368	6 024	8 411	3 498	9 142	6 061	4 995
Loreto	599	916	710	458	549	580	1 090	3 056	2 778
Madre de Dios	282	286	75	105	41	79	153	320	461
Moquegua	829	231	226	55	19	268	375	25	236
Pasco	-	1 377	852	421	875	997	809	516	952
Piura	1 197	1 935	4 761	353	1 707	1 556	4 043	1 847	9 156
Puno	1 574	584	450	370	284	1 117	2 435	2 031	2 466
San Martín	220	188	748	1 010	488	421	757	466	1 147
Tacna	197	179	228	235	312	314	309	1 751	1 416
Tumbes	94	788	35	73	56	596	1 434	2 893	1 803
Ucayali	403	578	1 173	814	424	1 271	1 603	1 733	1 088

3.5.3. INTERVENCIONES POR CONSUMO DE DROGA, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2008-2019**(CASOS REGISTRADOS)****Nota: El sector no tiene incorporada la desagregación en provincia de Lima y Región Lima.****1/ Incluye provincia constitucional del Callao, hasta el año 2015****Fuente: Ministerio del Interior (MININTER) – Oficina de Planeamiento y Estadística**

DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	7 466	7 276	5 402	6 505	9 107	7 759	8 507	10659	7 728	9 513	6 730	4 260
Amazonas	35	21	8	13	24	12	47	31	7	16	44	31
Áncash	249	186	141	126	139	113	140	279	301	224	232	197
Apurímac	4	2	2	2	-	7	2	16	13	13	5	31
Arequipa	10	-	1	-	-	10	-	-	1	-	-	-
Ayacucho	3	1	2	3	1	5	-	1	-	1	3	1
Cajamarca	40	72	27	28	29	18	22	8	4	19	13	8
Prov. Const. del	...	...	...	...	...	...	...	...	1 731	1 396	1 400	552
Callao												
Cusco	63	34	10	1	3	5	2	15	10	12	154	21
Huancavelica	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	2	-
Huánuco	73	47	26	30	66	20	45	48	65	45	32	41
Ica	181	130	58	154	149	250	181	200	164	174	199	128
Junín	14	13	5	14	24	18	20	12	16	15	47	7
La Libertad	392	237	190	210	247	335	355	478	398	208	106	75
Lambayeque	89	8	16	4	6	13	33	28	15	8	37	8
Lima	5816	5989	4507	5488	7 820	6446	7079	8860	4 333	6 673	3727	2 747
Loreto	32	16	57	60	60	74	41	32	22	15	18	11
Madre de Dios	27	38	32	18	38	16	15	77	33	13	48	36
Moquegua	3	4	-	-	-	6	13	31	2	1	6	-
Pasco	-	-	3	-	-	5	1	1	1	5	14	4
Piura	272	286	171	139	285	190	264	208	197	280	246	108
Puno	1	2	3	-	4	2	1	6	-	5	11	1
San Martín	44	24	68	83	55	52	32	81	87	110	79	70

Tacna	14	27	4	3	32	105	121	71	37	52	29	-
Tumbes	41	36	6	21	34	28	44	69	93	104	90	60
Ucayali	63	103	65	108	91	28	49	107	198	122	188	123

(INEI, 2019)

3.6. La Constitución Nacional y la Prevención de la Salud

3.6.1. Protección y Defensa de la Salud, el Medio Familiar y la Comunidad

Artículo 7° de la Constitución Política del Perú

“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

Como es sabido, el derecho a la salud integral se encuentra reconocido en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú. Este derecho tiene una estrecha relación con el derecho fundamental a la vida, que se encuentra prescrito en el artículo segundo de la constitución, teniendo una relación de dependencia.

3.6.1.1. La Salud Pública y el Derecho a la Vida

Según Fernández Sessarego: “El derecho a la vida es primordial entre los derechos atinentes a la persona y el presupuesto indispensable de todos los demás. De no existir el derecho a la vida, carecería de sentido referirse a la constelación de derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico para la protección y tutela de la persona humana”.

Por su parte, Espinoza Espinoza refiere que "el derecho a la vida es por excelencia un derecho natural primario del que todo ser humano goza por el solo hecho de su existencia. Más que una exigencia jurídica constituye un suceso originario e

irreversible con el cual el hombre se encuentra consigo mismo, solamente después puede hablarse de la necesidad de existir".

El primer derecho fundamental de la persona humana, es el derecho a la vida, y el Estado y la sociedad se deben a su protección y defensa, la cual se materializa en las políticas públicas que están orientadas a reconocer y promover el derecho a la salud integral.

Por esa razón, se debe brindar promoción a la salud y a la prevención de las enfermedades, propiciando mejores condiciones de vida y prevaleciendo el significado de salud integral.

En ese sentido, Capra refiere: "El concepto de salud y los conceptos de enfermedad relacionados con él no se refieren a entidades bien definidas, sino que son partes integrantes de unos modelos limitados y aproximativos que reflejan la red de relaciones entre los numerosos aspectos de ese fenómeno complejo y fluido que es la vida. El organismo humano es un sistema dinámico con aspectos psicológicos y fisiológicos interdependientes, haciendo parte de sistemas mayores de dimensiones físicas, sociales y culturales con los que entabla relaciones recíprocas. Por lo tanto, no se puede hablar de la salud como un derecho absoluto que se concede, que se otorga y del cual son responsables solo los médicos y los servicios de salud".

3.6.1.2. La Salud Pública fundamentada en La Dignidad Humana

A todo esto, es importante mencionar que la dignidad de la persona se encuentra reconocida por el estado, con todos sus privilegios y prioridades inherentes a su naturaleza, además de promoverse y establecerse las condiciones adecuadas para la plenitud y el respeto de sus derechos.

Siendo así, que no hay excepciones al momento de respetar la dignidad de las personas, la cual se encuentra respaldada en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que establece en su preámbulo que: "La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el

reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana"; De igual manera, la dignidad humana encuentra respaldo en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la cual señala que: "Los pueblos americanos han dignificado a la persona humana y que sus Constituciones nacionales reconocen que las instituciones jurídicas y políticas, rectoras de la vida en sociedad, tienen como fin primordial la protección de los derechos esenciales del hombre y la creación de circunstancias que le permitan progresar espiritual y materialmente". (Gaceta Jurídica, 2005, págs. 409-411)

3.6.1.3. Dimensiones de la Salud Pública

En el artículo 7 de la Constitución Política, la salud se divide en tres dimensiones: La salud individual, La salud familiar; y La salud social. Influyéndose cada ámbito entre sí y ejerciéndose los mismos de manera simultánea. Siendo esta la manera adecuada de cumplir el derecho a la protección de la salud. Pero a pesar de esto, existe distinción entre los problemas de salud que puedan presentarse en cualquiera de las 3 dimensiones (individual, familiar y social). Diferenciándose los problemas de salud que se resuelven para una persona en un plano individual, de los problemas de salud en un plano familiar, que su razón de ser radica en la educación, la prevención y la ayuda mutua, y de los problemas de salud en el plano social, que significan aquellas políticas de salud que otorgan los medios adecuados para estar protegidos(desde medicinas hasta hospitales), y que también atienden los problemas comunes: violencia, epidemias, vacunaciones masivas, educación social para la salud, etc.

La salud no sólo merece el derecho a ser protegida, sino que también existe el deber de promocionar y defender la misma, en los 3 distintos planos en los que se divide: individual, familiar y social. Esto significa que el Estado puede sancionar a las

personas que no cumplan con este deber. (Bernaes Ballesteros & Otarola Peñaranda, 1999, págs. 204-205)

3.7. Necesidad de Implementar las Salas de Consumo Supervisado de Drogas En Nuestro

País

Como se evidencia con los resultados obtenidos en todas las salas de consumo supervisado de drogas del mundo y teniendo en cuenta las cifras alarmantes de consumo de droga en el Perú, es de necesidad implementar las salas de consumo supervisado en el País, siendo imprescindible contar con un lugar donde todos los toxicómanos puedan consumir drogas, evitando el problema que significa el consumo en la vía pública, donde por falta de higiene están expuestos a contraer graves enfermedades (Hepatitis, VIH, Trastornos de salud mental, etc.) y además existe el riesgo de que sufran una sobredosis, sin que puedan ser auxiliados por un profesional de la salud. Sumándose a todo esto, los problemas de orden público que suponen las conductas delictivas e insalubres que tienen los mismos.

Esta necesidad se fundamenta en lo explicado por Ilundain y Markez, quienes detallan que las salas de consumo supervisado de drogas logran el acercamiento de un gran número de toxicómanos, donde se consigue mejorar su salud física y psíquica, así como disminuir las muertes por sobredosis y los accidentes relacionados al consumo. Así mismo, se reducen las prácticas de riesgo y se aumentan las derivaciones a centros de salud mental y de la red sanitaria especializada. Y todo esto se ha conseguido, con el ofrecimiento de material estéril para el consumo de drogas dentro de la sala. Además, el espacio de consumo otorgado garantiza las condiciones mínimas de higiene, que no se pueden encontrar en un cualquier lugar abierto de la vía pública, que suele ser utilizado por los toxicómanos para el consumo de drogas. Y por supuesto, se dispone de asistencia sanitaria inmediata, si se diera el caso de alguna intoxicación, accidente o sobredosis,. (Ilundain & Markez, 2005, págs. 287,288)

Asimismo, se evidencia que en los países donde funcionan las salas de consumo supervisado, no hubo ningún aumento de los delitos que se asocian al consumo de drogas. (Fundación Ideas para la Paz, 2017, pág. 7)

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1. Droga

3.1.1. Según el Decreto Ley N°22095, Artículo 89, Inc.13:

Sustancia que puede ser natural o sintética, y que, al ser consumida por una persona, ocasiona alteraciones en su estado de ánimo, en su percepción y en su comportamiento, provocándole modificaciones físicas o mentales, que lo dejan propenso a una adicción o dependencia.

3.1.2. Según la Organización Mundial de la Salud:

Aquella sustancia natural o sintética, que al aplicarse por cualquier medio en el organismo humano, causa trastornos y perturbaciones en el consumidor, alterando la percepción de sus sentidos y convirtiéndolo en un posible adicto o toxicómano.

3.2. Dependencia, Drogadicción o farmacodependencia

3.2.1. Según el Decreto Ley N°22095, Artículo 89, Inc.9:

Aquel estado de intoxicación, que puede ser periódica o crónica, donde la persona se siente impulsada a tomar la droga en forma continua o periódica y de obtenerla por cualquier medio, con una tendencia a ir aumentando progresivamente la dosis.

3.2.2. Según la Organización Mundial de la Salud:

Aquel consumo reiterado de una droga, que de manera progresiva, destruye psicosomáticamente a una persona y la encierra en un estado de intoxicación.

3.2.3. Según el Punto de Vista Clínico:

Problema asociado a las drogas, que corresponde a la conducta compulsiva de consumir narcóticos, estupefacientes y psicotrópicos. (Espinoza V, 1998, págs. 115, 116, 118, 119)

3.3. Salud Pública

3.3.1. Según Alonso Raúl Peña Cabrera Freyre:

Es aquel nivel que corresponde al bienestar físico y psíquico que afecta a la colectividad o ciudadanos en general; O aquel conjunto de condiciones, que ya sea de forma negativa o positiva, dan garantía y fomentan a la salud de los ciudadanos. (Peña Cabrera Freyre, Curso Elemental de Derecho Penal - Parte Especial II - Cuarta Edición, 2013, págs. 470-471)

3.4. Posesión no Punible de Drogas

3.4.1. Según Bramont Arias Torres y García Cantizano:

Es aquella posesión de droga en una dosis personal, que está destinada para el propio e inmediato consumo. Y que, de acuerdo a ley, está exenta de pena. (Bramont Arias Torres & García Cantizano, 2017, pág. 549)

3.5. Salas de Consumo Supervisado de Drogas

3.5.1. Según el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas:

Son espacios libres de prejuicios morales, dedicados al consumo higiénico de drogas y que cuentan con atención de personal calificado. De igual manera, incluyen servicios que satisfacen necesidades personales y comunitarias, que surgen del consumo de drogas. (Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2012, pág. 2)

3.5.2. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías:

Son servicios sanitarios, que otorgan condiciones más seguras para el consumo de drogas, al contar con la supervisión de profesionales. De esta forma, se busca ayudar a los adictos de las calles, que se encuentren marginados, en condiciones de riesgo y de poca higiene. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017, pág. 2)

3.5.3. Según la Fundación Ideas para la Paz:

Son espacios dirigidos a toxicómanos en situación vulnerable y que no tengan acceso a servicios de atención básica (médica y social). En este lugar se pueden consumir sustancias psicoactivas, de manera segura e higiénica y bajo supervisión profesional.

Constituyendo una estrategia de salud pública y de reducción del daño. (Fundación Ideas para la Paz, 2017, pág. 2)

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Tipo de Investigación

4.1.1. Por su finalidad:

- Investigación básica.

4.1.2. Por su profundidad:

- Investigación Correlacional y Explicativa.

4.2. Población y muestra de estudio

4.2.1. Población:

La doctrina referida al Bien Jurídico Protegido de la Salud, las salas de consumo supervisado de drogas, la posesión no punible de drogas y los toxicómanos.

4.2.2. Muestra:

La doctrina referida a la Salud Pública, Las Salas de Consumo Supervisado de Drogas en el Mundo, La Legislación de la Posesión no Punible de Drogas en el Perú y el Toxicómano o Adicto a las Drogas en el Perú.

4.3. Diseño de Investigación

4.3.1. Diseño Correlacional y Explicativo

A ➡ D

A = Será variable independiente y **D** = Será la variable dependiente.

A = Implementación de las Salas de Consumo Supervisado de Drogas

D = Garantía del Derecho a La Salud de los Toxicómanos

4.4. Técnicas e instrumentos de investigación

4.4.1. Técnicas

4.4.1.1. Análisis Bibliográfico

Se recolectó información doctrinaria referida a las variables que conforman el problema investigado.

4.4.1.2. Análisis Documental

Se utilizó para analizar la información extraída de la web.

4.4.2. Instrumentos

4.4.2.1. Fichas bibliográficas

Se utilizaron para recabar datos, manteniendo la organización y orden adecuado de las fuentes informativas.

4.4.2.2. Internet

Se empleó para realizar la búsqueda actualizada de información referente a las variables de investigación.

4.5. Procedimiento

A continuación, se describe la forma cómo se realizó el procedimiento para recolectar información y de qué se empleó las diferentes técnicas que han sido mencionadas previamente:

Paso 1. Se hizo una búsqueda web de libros, revistas, artículos, tesis y videos, que puedan aportar información al tema investigado.

Paso 2. Se consultó doctrina referente a las variables del tema, que fue recopilada en su momento de las distintas universidades de la Ciudad de Trujillo.

Paso 3. Se recopiló la información relevante al tema investigado, para luego almacenarla en la computadora.

Paso 4. Se analizó la doctrina recopilada, acerca de los temas principales y conexos a desarrollar en la investigación.

Paso 5. Se definió los temas y el contenido a desarrollar en la tesis.

Paso 6. Se elaboró un archivo, desarrollando con profundidad y detalle, la estructura sistemática de los temas contenidos en la presente tesis.

4.6. Procesamiento y análisis de datos

4.6.1. Métodos Lógicos

4.6.1.1. Método Deductivo

Se utilizó este método, para recolectar información jurídica en relevancia a la presente investigación. Así también, aportó para distribuir el marco teórico en un orden conceptual, desarrollando los temas desde lo general a lo particular, teniendo como apoyo a la legislación nacional y a la doctrina nacional e internacional.

4.6.1.2. Método Analítico

El tema investigado, requería separar el tema principal, de los temas que lo componen, abarcando la legislación del país y la doctrina nacional e internacional, de relevante importancia para la investigación realizada.

4.6.1.3. Método Sintético

Se utilizó este método para desarrollar una síntesis de los puntos más importantes de la presente investigación, aportando a la elaboración del resumen, conclusiones, recomendaciones y propuesta de la misma.

4.6.2. Métodos Jurídicos

4.6.2.1. Método Exegético

Con este método, se obtuvo una idea definida y concluyente de la legislación del país y de la doctrina nacional e internacional, consultada en la presente investigación.

CONCLUSIONES

PRIMERA.

Las salas de consumo supervisado de drogas, representan la atención, protección y prevención sobre la adicción a las drogas, que ofrece el estado hacia los toxicómanos de un país. De esta manera se evita el contagio de graves enfermedades, muertes por sobredosis y problemas de orden público relacionados con el consumo de drogas en las calles. Fundamentándose esta solución que brindan las salas de consumo supervisado de drogas, en el espacio salubre e higiénico que ofrecen a los toxicómanos para el consumo de drogas, donde son supervisados por profesionales de salud y encuentran tratamientos de adicción, al igual que servicios sanitarios y sociales. Lográndose alejar a los toxicómanos de las calles, salvaguardándose su salud y evitándose la comisión de delitos relacionados al consumo y reduciendo los espacios insalubres y peligrosos debido al consumo de drogas en la vía pública.

SEGUNDA.

Con el funcionamiento existente de las salas de consumo supervisado de drogas en Europa, Oceanía y América, se evidencian resultados favorables en cuanto a la salud y seguridad de los toxicómanos. Esto se fundamenta en el acercamiento y la aceptación que tienen los toxicómanos con las salas, lográndose que los mismos aprendan técnicas más seguras para el consumo de drogas y existiendo una menor percepción de exclusión social para con ellos. Asimismo, se logró disminuir las muertes causadas por sobredosis, las enfermedades graves como VIH y hepatitis, se redujo el consumo de drogas en las calles, así como los problemas de orden público y se logró dirigir a los toxicómanos hacia tratamientos de drogadicción.

TERCERA.

El tráfico ilícito de drogas, se vuelve más rentable con la prohibición, debido al síndrome de abstinencia que sufren los adictos a las drogas, que los lleva a cometer delitos donde obtengan dinero para el consumo. El estado es consciente de la enfermedad de los toxicómanos, es por eso que no es punible la posesión de drogas para el consumo propio y solo se sanciona la posesión de drogas dirigida al tráfico. Esto motiva al estado a pasar de un plano represivo a un plano asistencial, pues la droga genera en los toxicómanos enfermedades de gravedad, muertes por sobredosis y al no tener un lugar específico para el consumo de drogas, se generan problemas de orden público. Es por eso, que en razón a la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú, donde se menciona el derecho a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad para las personas que son incapacitadas de velar por sí mismas a causa de una deficiencia física o mental, es que se debe implementar las salas de consumo supervisado de droga, donde los toxicómanos estén alejados de las calles y puedan sobrellevar su adicción de una manera digna, encontrando ayuda médica profesional, que supervise su consumo y salvaguarde su salud.

RECOMENDACIONES

Con la realización de la presente tesis y habiendo señalado las conclusiones, se sugiere a las autoridades correspondientes del país, que tengan presente la excelente función que vienen cumpliendo las salas de consumo supervisado de drogas en el mundo y que así se pueda aplicar esa figura en el Perú, para que en razón a la parte in fine del artículo 7 de la Constitución Política del Perú, se pueda salvaguardar la salud de los toxicómanos, y consecuentemente, prevenir los problemas de orden público y los delitos relacionados al consumo de drogas, recomendándose que se implementen las salas de consumo supervisado de drogas, las mismas que se realizarán a través de la ejecución de políticas nacionales de salud por parte del Estado Peruano.

BIBLIOGRAFIA

- Andrés Bermúdez Liévano. (2019). *La 'patraseada' de Samuel Hoyos con el consumo supervisado de drogas*. Obtenido de <https://pacifista.tv/notas/patraseada-samuel-hoyos-consumo-drogas/>
- Bramont Arias Torres, L. A., & García Cantizano, M. d. (2017). *Manual del Derecho Penal - Parte Especial - 6ta Edición*. Lima: Editorial San Marcos E.I.R.L.
- Busby, M. (2018). *Las salas de consumo de drogas controladas están salvando la vida de los adictos en Europa*. Obtenido de https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/consumo-controladas-salvando-adictos-europa_1_1826725.html
- Congreso de la República de Colombia. (2017). *Proyecto de Ley 111/17 - Por medio del cual se aborda la problemática del consumo de drogas en Colombia, se crean las salas de consumo controlado y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/periodo-legislativo-2014-2018/2017-2018/article/111-por-medio-del-cual-se-aborda-la-problematica-del-consumo-de-drogas-en-colombia-se-crean-las-salas-de-consumo-controlado-y-se-dictan-otras-disp>
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (Junio de 2012). *Salas de Consumo de Drogas: Evidencias y Practicas*. Obtenido de http://fileserver.idpc.net/library/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms_SPA.pdf
- Derbyshire, V. (2017). *Salas donde los adictos son libres de tomar las drogas que quieran*. Obtenido de <https://www.bbc.com/portuguese/geral-38562639>
- Enrique Bernal Ballesteros, A. O. (1999). *La Constitución de 1993 - Análisis Comparado*. Lima: Editora RAO S.R.L.
- Espinoza V, M. (1998). *Delito de narcotráfico*. Lima, Perú: Editorial Rodhas S.A.C.
- Frisancho Aparicio, M. (2006). *Tráfico Ilícito de Drogas y Lavado de Activos*. Lima, Perú: Jurista Editores E.I.R.L.

- Fundación Ideas para la Paz, E. -C. (2017). *Las Salas de Uso Supervisado de Drogas ¿Una alternativa para Colombia?* Bogotá, Colombia.
- Gaceta Jurídica. (2005). *La Constitución comentada - Tomo I*. Lima: Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú.
- Ilundain, E., & Markez, I. (2005). Salas de Consumo: Entre Innovación y Mal Menor en Políticas de Drogas. *Revista Adicciones*, 287-297.
- INEI. (2019). *Estadísticas de Trafico Ilicito de Drogas*. Obtenido de http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/3_cuadro_8.60.xlsx;
http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/4_cuadro_8.61.xlsx;
http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/6_cuadro_8.66.xlsx
- La Nación. (2016). *Francia abre su primera sala de consumo de droga en París*. Obtenido de <https://www.nacion.com/el-mundo/terrorismo/francia-abre-su-primera-sala-de-consumo-de-droga-en-paris/YBFVBGQG6RHLJETEQDFGUJUGJ4/story/>
- LUSA. (2019). *La primera sala de consumo controlado de drogas en Lisboa comienza a funcionar en 2020*. Obtenido de <https://www.publico.pt/2019/10/17/local/noticia/primeira-sala-consumo-vigiado-drogas-lisboa-comeca-funcionar-2020-1890424>
- Morán, R. (2018). *Consumo de crack: París pide la apertura de otras 'narcosalas'*. Obtenido de <https://www.rfi.fr/es/francia/20180904-aumento-del-consumo-de-crack-paris-contempla-nuevas-salas-de-consumo-libre>
- Nató, A., & Querejazu, G. R. (2001). *Las Víctimas de las Drogas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad S.R.L.
- Neuman, E. (2005). *La Legalización de las Drogas* (Tercera ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Universidad S.R.L.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017). *Salas de Consumo Supervisado de Droga: Una Visión General de los Servicios Prestados y los Datos Disponibles*. Obtenido de

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_ES.pdf

Peña Cabrera Freyre, A. R. (2013). *Curso Elemental de Derecho Penal - Parte Especial II - Cuarta Edición*. Lima: Ediciones Legales E.I.R.L.

Peña Cabrera Freyre, A. R. (2014). *Derecho Penal Parte Especial - Tomo IV* (Segunda ed.). Lima, Perú: Editorial Moreno S.A.

Prado Saldarriaga, V. R. (2009). *Nuevo Proceso Penal - Reforma y Política Criminal*. Lima: Editorial Moreno S.A.

Reategui Rossello, J. E. (2017). *Antidrogas - Nueva visión para enfrentar con éxito el tráfico ilegal*. Lima: Fondo Editorial - Universidad San Ignacio de Loyola.

Samuel Hoyos Mejía. (2018). Obtenido de

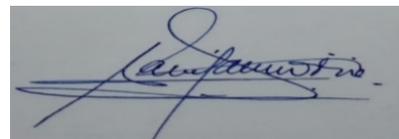
<https://twitter.com/samuelhoyosm/status/983049203655041025>

Tavares, A. (2020). *Las salas de consumo asistido de drogas en Oporto "Por si solas no resuelven nada", dice Rui Moreira*. Obtenido de <https://observador.pt/2020/07/09/salas-de-consumo-assistido-de-drogas-no-porto-so-por-si-nao-resolvem-nada-afirma-rui-moreira/>



Christian David Valera Castañeda

Autor



Francisco Javier Mauricio Juarez

Asesor