

# Consumo de drogas ilegales y VIH en Asia-Pacífico: examen de las respuestas tradicionales y las alternativas emergentes

Gary Reid

Investigador Principal del Centre for Harm Reduction,  
The Burnet Institute for Medical Research and Public Health, Australia

## Resumen

El cultivo y la producción de drogas siguen aumentando en varios países asiáticos. Se mantiene estable la popularidad del consumo de heroína, mientras que el consumo de sustancias del tipo anfetaminas se ha extendido por Asia. En el Pacífico, la droga ilegal más consumida es el cannabis. En general, el número de personas que consumen drogas ilegales en la región de Asia-Pacífico ha aumentado, y actualmente el fenómeno de inyectarse drogas está presente en todos los países asiáticos. Las penas por tráfico, producción, importación y exportación de drogas ilegales en Asia son en general duras si las comparamos con los patrones occidentales; a la mayoría de consumidores de drogas sometidos al sistema legal se les impone un tratamiento, a pesar de que a menudo los resultados son ineficaces. Las opciones de tratamientos antidroga son variables y los centros de tratamiento existentes resultan insuficientes para el número de consumidores. Los intentos por reducir el suministro de drogas no han conseguido solucionar los problemas del consumo de drogas y del aumento de los casos de VIH/sida, y recientemente una serie de naciones asiáticas han adoptado un enfoque de reducción de riesgos para hacer frente a esta preocupación creciente. Para entender esta respuesta sanitaria alternativa, se expondrán algunos ejemplos asiáticos de enfoques de reducción de riesgos, con un énfasis especial en China.

## Introducción

Asia tiene una larga tradición en el cultivo y consumo de drogas. Las referencias al cultivo y consumo de opio en Afganistán y China se remontan a varios siglos atrás. En el marco del siglo XXI, es interesante observar que algunos aspectos tradicionales del cultivo de drogas del pasado toda-

vía se mantienen muy arraigados hoy en día, a pesar de que las circunstancias políticas, económicas y sociales han cambiado. El cultivo de opio en Afganistán alcanzó unas cifras récord en los años 2006 y 2007. Actualmente alrededor del 92% de la heroína del mundo procede de amapolas de opio cultivadas en Afganistán. En otras partes de Asia, el cultivo de opio estuvo muy extendido en otros tiempos en lo que se conoce tradicionalmente como el Triángulo de Oro –Myanmar, Laos y Tailandia–, pero ya no es el caso. Los datos recientes apuntan a que la producción de opio se ha reducido en más de un 85% en la última década, debido, en parte, a los eficaces esfuerzos por erradicarla. Se ha producido la emergencia de nuevas drogas y desde mediados-finales de los noventa, el Sudeste Asiático ha sido testimo-

**“ Es difícil realizar estimaciones fiables del número de consumidores de drogas ilegales en la región de Asia-Pacífico, pero existe un consenso en el sentido de que en las últimas décadas las cifras han aumentado en ciertos momentos y en algunos lugares de manera exponencial”**

nio de un aumento significativo en la producción y el consumo de sustancias tipo anfetamínico (anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis).

La información sobre la producción y el consumo de drogas en el Pacífico no es muy abundante

pero, excluyendo el cannabis, la producción y el consumo de otras drogas ilegales conocidas no está tan extendida en comparación con Asia. Debido a la falta de datos, este documento se limitará sólo a seis países del Pacífico: Fiji, Papúa Nueva Guinea, Samoa, Islas Salomón, Tonga y Vanuatu.

Es difícil realizar estimaciones fiables del número de consumidores de drogas ilegales en la región de Asia-Pacífico, pero existe un consenso en el sentido de que en las últimas décadas las cifras han aumentado en ciertos momentos y en algunos lugares de manera exponencial; en otros momentos y en otras partes, no tan deprisa. Para solucionar este problema, se aplican la legislación y las actuaciones judiciales vigentes en materia de tráfico, producción, importación y exportación de drogas ilegales, generalmente consideradas duras según los patrones occidentales. Existen diversas alternativas de tratamientos antidroga, pero no hay sufi-

cientes centros de tratamiento y rehabilitación para atender a los muchos consumidores de drogas. También es importante destacar que participar en un tratamiento de desintoxicación no siempre es voluntario, ya que muchos consumidores de drogas que se someten al sistema legal se ven obligados a seguir el tratamiento. El problema se ve agravado por los resultados a menudo ineficaces –con índices bastante elevados de reincidencia– que siguen frustrando a los responsables políticos.

Un serio problema sanitario ha sido el aumento y la popularidad por toda Asia de inyectarse la droga como método de administración. Es habitual compartir material de inyección no esterilizado, y este hecho ha incrementado los casos de VIH y sida entre este grupo de población. La mayoría de gobiernos asiáticos se han preocupado más por las implicaciones legales del consumo de drogas que por las implicaciones sanitarias del VIH y el sida. Pero poco a poco las cosas están cambiando, ya que cada vez más y, basándose en la evidencia, se reconoce la efectividad del enfoque de reducción de riesgos –en pocas palabras, reducir las consecuencias perjudiciales de las drogas sin disminuir *necesariamente* su consumo.

Este artículo examinará diversos aspectos de la producción y consumo de drogas, las respuestas políticas, los castigos, los tratamientos antidroga y el aumento de las respuestas sanitarias alternativas, especialmente el concepto de reducción de riesgos dentro del contexto asiático. También se analizará y discutirá el caso práctico de China, destacando las dificultades pero también los extraordinarios logros conseguidos para hacer frente al consumo de drogas y al VIH mediante intervenciones de reducción de riesgos.

## Producción de drogas

### Asia

A pesar de invertir cientos de millones de dólares en actividades de lucha contra la droga, los informes recientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito indican que es poco probable que el cultivo de opio en Afganistán haya sido inferior en 2007 a la cosecha récord de 165.000 hectáreas de 2006. Se han planteado diversos factores para explicar el cultivo continuado de opio, principalmente los elevados precios de venta y aspectos relacionados con la reducción de la pobreza como la necesidad de comprar alimentos básicos. Por una hectárea de amapolas de opio, los campesinos pueden ganar casi 10 veces más que

con el cultivo de cereales. Algunos informes recientes han identificado laboratorios de procesamiento utilizados para refinar el opio y obtener heroína, que hasta hace pocos años se ubicaban en los países vecinos (como Pakistán), pero ahora florecen dentro de Afganistán. Como resultado de ello, ha aumentado drásticamente el acceso de la población local a la droga.

La industria del opio de Myanmar sigue siendo la segunda productora global. Con todo, el cultivo de opio en Myanmar ha disminuido considerablemente en la última década, pasando de 160.000 hectáreas a mediados de los noventa a 21.000 hectáreas en 2006, como consecuencia de los programas acelerados de erradicación de los cultivos y una larga sequía. Sin embargo, los informes recientes indican que el

cultivo de amapolas de opio en Myanmar ha aumentado en un 29% del 2006 al 2007. La mayoría de la producción de opio de Myanmar tiene lugar en el estado de Shan, donde su cultivo se ha convertido en una necesidad económica para la supervivencia de muchos pueblos.

La producción de heroína parece hacer disminuido en Myanmar, como sugiere el claro descenso en el número de laboratorios de heroína destruidos e incautaciones de droga llevadas a cabo por las autoridades competentes en la última década. La heroína se obtiene de la morfina, una sustancia natural que se extrae de las semillas de la amapola del opio.

Si bien hay un claro descenso en la producción de opio y heroína en el Triángulo de Oro, la producción de sustancias del tipo anfetaminas (ATS), especialmente metanfetaminas, parece estar aumentando en toda Asia. Actualmente, dos terceras partes de los consumidores de ATS del mundo se encuentran en Asia. Myanmar es considerada uno de los principales productores de ATS del mundo, con capacidad para producir 700 millones de pastillas al año. China ha pasado a ser uno de los principales productores de metanfetaminas; se han encontrado laboratorios en varias provincias de las zonas costeras del este y el sudeste. La producción de metanfetaminas se basa en los químicos precursores pseudoefedrina y efedrina; China e India son los principales productores mundiales de estos productos químicos. Se cree que China es una de las fuentes más importantes de metanfetaminas para muchas naciones del Sudeste Asiático. Las ATS se pueden encontrar en Camboya, Indonesia, Filipinas, Vietnam, Tailandia, Malasia y Laos.

El cannabis se cultiva en gran parte de Asia. Los principales productores son Camboya, considerada una de las principales fuentes del mercado mundial, Filipinas y algunas regiones de Indonesia.

**“ Si bien hay un claro descenso en la producción de opio y heroína en el Triángulo de Oro, la producción de sustancias del tipo anfetaminas (ATS) (...) parece estar aumentando en toda Asia. Actualmente, dos terceras partes de los consumidores de ATS del mundo se encuentran en Asia. ”**

## Pacífico

El Pacífico ofrece las condiciones ideales para el cultivo de cannabis, ya que se puede sembrar durante todo el año sin interrupción. El cultivo de cannabis es eminentemente para consumo interno. Según se ha apuntado, los principales cultivos se encuentran en Papúa Nueva Guinea y Fiji. Históricamente, la mayor parte del cultivo de cannabis corría a cargo de particulares o grupos pequeños dentro de los pueblos, pero recientemente se cree que, en una serie de jurisdicciones del Pacífico, está pasando a manos de grupos criminales organizados a nivel nacional. Los países del Pacífico no destacan por ser los principales productores o consumidores de ATS, pero a mediados de 2004 se realizó una importante incautación de metanfetamina cristal en un "superlaboratorio" de Fiji, lo que suscitó el temor de que la región siguiera la tendencia global de fabricación de ATS.

## Prevalencia del consumo de drogas

### Asia

En general, la cifra de consumidores de drogas ilegales en Asia ha aumentado. Una práctica habitual en Asia es registrar a los consumidores de drogas ilegales detenidos o denunciados. China lleva al pie de la letra estos registros de consumidores de drogas, y el aumento de las cifras ha alarmado a las autoridades gubernamentales. El país ha multiplicado por 15 el número de consumidores de drogas registrados, que ha pasado de 70.000 en 1990 a 1.050.000 en 2003. Antes de 2000, se consideraba que estos datos reflejaban la cifra real de consumidores de drogas ilegales. Las autoridades estiman que ahora la cifra oscila entre los 6 y los 8 millones de consumidores de drogas, de los cuales alrededor de 1,9 millones se inyectan drogas.

Hay otras tres naciones asiáticas con poblaciones de toxicómanos superiores a un millón: Indonesia, Filipinas y Tailandia. Brunei no tiene estimaciones oficiales u oficiosas del número de personas que consumen drogas ilegales. Los países con unos índices de prevalencia (número total de personas que se consideran consumidores de drogas en un momento dado, dividido por la población total en ese momento) superiores al 2% son Camboya, Hong Kong, Filipinas y Tailandia. Laos, China, Macao y Myanmar tienen unos índices de prevalencia estimados que van de menos del 0,01% al 2% (véase Tabla 1). Las naciones asiáticas con un número

de consumidores que se inyectan superior a 100.000 personas son Indonesia, Vietnam, Malasia y Myanmar.

En India, un estudio publicado en 2004 cifraba en unos 8,7 millones los consumidores de cannabis y unos 2 millones los consumidores de opiáceos en el país: se estima que alrededor de 1 millón se inyectan drogas. Pakistán tiene aproximadamente medio millón de consumidores de drogas, de los cuales 60.000 se inyectan drogas, mientras que en Bangladesh la cifra de consumidores probablemente supera los 500.000, y de ellos entre 20.000 y 40.000 se inyectan drogas. En 2005, un estudio de las Naciones Unidas calculaba que el 3,8% de la población de Afganistán eran consumidores habituales de drogas (aproximadamente 1 millón de personas); de ellos, más de 200.000 consumían opiáceos y unos 16.000 se inyectaban drogas.

**" China lleva al pie de la letra los registros de consumidores de drogas, y el aumento de las cifras ha alarmado a las autoridades gubernamentales. El país ha multiplicado por 15 el número de consumidores registrados, que había pasado de 70.000 en 1990 a 1.050.000 en 2003. (...) se estima que la cifra real oscila entre los 6 y los 8 millones de consumidores de drogas"**

nistán eran consumidores habituales de drogas (aproximadamente 1 millón de personas); de ellos, más de 200.000 consumían opiáceos y unos 16.000 se inyectaban drogas.

## Pacífico

Las naciones de las islas del Pacífico estudiadas no tenían cifras oficiales u oficiosas del número de consumidores de drogas ilegales. Esto podría deberse a que el Pacífico no tiene sistemas de datos formales para proporcionar dicha información.

## Drogas consumidas

### Asia

El consumo de heroína está extendido por toda Asia, y su popularidad se mantiene firme. La heroína sigue siendo la droga más consumida entre los que entran en centros de drogodependencia en China, Hong Kong, Macao, Indonesia, Malasia y Vietnam; esto se debe, en gran medida, a la naturaleza de los tratamientos ofrecidos, que están orientados básicamente a los consumidores de opiáceos. La heroína pertenece a un grupo de drogas conocido como "opiáceos" (a veces llamados "analgésicos narcóticos"); otros opiáceos son la morfina, la codeína y la petidina. El opio todavía se consume en la mayoría de Asia, pero su popularidad y consumo ha disminuido mucho como resultado de la menor disponibilidad o accesibilidad; por varios motivos, la heroína es una droga más "comercializable" que el opio. El opio sigue siendo el principal opiáceo consumido en Myanmar y Laos, pero está dejando paso rápidamente a la heroína (y a no opiáceos, como las ATS). En Afganistán, el opio todavía se consume mucho, pero la heroína está aumentando a marchas forzadas. En Pakistán, el

**TABLA 1. Asia-Pacífico: Prevalencia del uso y estimación del número de consumidores de drogas ilegales, principales drogas a considerar, y principales drogas inyectadas**

País	Población 2004	Principales drogas consumidas	Principales drogas inyectadas	Cifras de consumidores de drogas 2004		
				Alta	Baja	Prevalencia
Brunei	365.251	ATS, cannabis	Desconocido	No hay estimaciones oficiales u oficiosas		
Camboya	13.363.421	ATS, cannabis, heroína, opio	Heroína y opio	520.000 (Índice prev. UNODC 4%)	5.044 (control de 9 provincias)	0,04–4%
China	1.298.847.624	Heroína, ATS,	Heroína	6-8 millones cannabis	1.050.000	0,08–0,62% (registrados 1990–2003)
Hong Kong (Región Administrativa Especial, China)	6.855.125	Heroína, ATS	Heroína	36.384	14.714 (consumidores de drogas registrados en 2004)	0,21%-0,53%
Indonesia	238.452.952	Cannabis, ATS, heroína	Heroína	1,3-6 millones (estimaciones expertos)	3,217 (informes oficiales 2004–Ministerio de Bienestar Social)	0,001%-2,5%
Laos	6.068.117	Opio, ATS	ATS	No hay estimaciones de la cifra consumidores de droga (sólo opio). Las estadísticas oficiales del Gobierno (2004) informan de 28.030 consumidores diarios de opio		2,6%
Macao Administrativa Especial, China)	425.286	Heroína, cannabis, ATS	Heroína	3.700 heroínómanos	634 consumidores de droga registrados	0,15% (Región todas las drogas) 0,87% (sólo heroína)
Malasia	23.522.482	Heroína, cannabis, ATS	Heroína	400-500.000 (fuentes gubernamentales)	350.000 (Agencia Nacional sobre Drogas en 2002)	1,48%-2,13%
Myanmar	42.720.196	Opio, heroína, ATS	Heroína	400.000 (estimaciones CCDAC)	63.149 (consumidores de droga registrados 2002)	0,15%-0,94%
Filipinas	84.241.341	ATS, cannabis	Nubain	1,8 millones de consumidores habituales de droga (Encuesta de Hogares Nacional, 2004)		2,1%
Tailandia	64.865.523	ATS, cannabis	Heroína, ATS	2-3 millones	257.800 consumió alguna droga en los últimos 30 días (Encuesta de Hogares Nacional)	0,4–4,6%
Vietnam	83.689.518	Heroína, opio, cannabis, ATS	Heroína, opio, diazepam	200.000 (oficial)	170.400 (consumidores de droga registrados 2004)	0,20-0,24%
Pacífico-PNG, Fiji, Islas Salomón, Vanuatu, Samoa, Tonga		Cannabis	Desconocido	No hay estimaciones oficiales u oficiosas		

Nota: El término Estimulantes Tipo Anfetamina (ATS) ha sido adoptado para referirse a las drogas sintéticas que estimulan el sistema nervioso central como las anfetaminas, las metanfetaminas y el grupo químicamente relacionado del éxtasis (MDMA).

\* Tabla creada por Madonna Devaney, 2005.

hachís, el opio y la heroína son las drogas predominantes, mientras que en Bangladesh las principales drogas son la heroína, el cannabis, el fosfato de codeína (phensidyl), la buprenorfina, la petidina y varios tranquilizantes.

En 1996-1997 empezó una oleada de consumo de ATS que se extendió desde el Triángulo de Oro y que actualmente está muy arraigado por toda Asia. La metanfetamina se encuentra en toda Asia, pero su consumo es especialmente destacable en Tailandia, Filipinas, Myanmar, Indonesia, Laos y Brunei. El consumo de ATS era poco frecuente en China hasta 1995, pero ahora se está expandiendo rápidamente y la impresión actual es que las pastillas de éxtasis y de metanfetamina son las más consumidas. En Indonesia, la droga más consumida es el cannabis, pero el 10% de los estudiantes de instituto dicen que consumen metanfetaminas y el 9% éxtasis.

El consumo de éxtasis (MDMA) sigue aumentando en toda Asia, pero, por lo general, su precio más elevado parece limitarlo a los jóvenes de los centros urbanos que lo consumen en fiestas, bailes y otras reuniones, fenómenos cada vez más populares. El consumo de ketamina (un anestésico consumido por sus propiedades alucinógenas) ha sido detectado en algunos países asiáticos, en particular China, Hong Kong, Macao y Malasia. El consumo de cannabis es generalizado en Asia, y a menudo es la droga ilegal más consumida o la segunda más consumida. El consumo de cocaína es menor en Asia, en gran parte debido a la distancia de los países de procedencia y a su elevado coste, pero se puede encontrar en los principales centros urbanos. El consumo de disolventes y cola es habitual entre los niños de la calle y los jóvenes sin techo en muchas partes de Asia, probablemente como resultado de su bajo precio y fácil acceso. Una técnica común para consumir inhalantes puede ser vaciar el contenido del tubo de cola en una bolsa de plástico y después inhalar su contenido.

### Pacífico

Al igual que en Asia, las sociedades del Pacífico tienen una larga tradición en el consumo de drogas, arraigado en su cultura. Una serie de sustancias psicoactivas, incluida la nuez de betel y la kava, se han consumido tradicionalmente en situaciones sociales y ceremonias en toda la región del Pacífico. Los rápidos cambios socioeconómicos han conducido a una transformación en los patrones de consumo de estas y otras sustancias legales e ilegales y a un abuso potencial. El cannabis es, de lejos, la droga ilegal más común y generalizada, y según parece la más consumida de-

bido principalmente a su disponibilidad y bajo coste. Los informes indican que la heroína, las metanfetaminas y la cocaína no se consumen habitualmente por su elevado coste en comparación con los ingresos medios.

### Acuerdos, tratados y respuestas políticas

Todos los países asiáticos firmaron la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961, la Convención de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilegal de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. En los últimos años, los miembros de la Asociación del Sudeste Asiático (ASEAN) que engloba a Indonesia, Malasia, Filipinas, Tailandia, Brunei, Vietnam, Myanmar, Camboya, Laos y Singapur firmaron el pacto "ASEAN libre de drogas 2015", cuyo objetivo es que la sociedad esté libre de todas las drogas ilegales en esta región; China apoyó esta iniciativa, con las Operaciones de Cooperación de China en Respuesta a las Drogas Peligrosas (ACCORD). En el Pacífico, Fiji y Tonga son signatarios de las tres convenciones internacionales sobre drogas: Papúa Nueva Guinea todavía no se ha adherido a la

Convención de 1988, pero se están llevando a cabo negociaciones a este respecto.

La mayoría de países asiáticos cuentan con una agencia que dirige los esfuerzos para reducir la demanda y el suministro de drogas, por ejemplo el Consejo

Nacional de Estupefacientes en Indonesia, el Consejo sobre Drogas Peligrosas en Filipinas, la Autoridad Nacional de Lucha contra las Drogas en Camboya y el Comité Central para el Control del Abuso de Drogas en Myanmar. La mayoría colaboran con otras agencias y ministerios a la hora de desarrollar respuestas políticas (por ejemplo, los ministerios de Sanidad y Educación, la judicatura y las organizaciones no gubernamentales).

Uno de los principales objetivos políticos es la reducción, a menudo a cero, del consumo y tráfico de drogas, el cultivo de productos ilegales y/o la fabricación de drogas. Esto va en la línea de la "ASEAN libre de drogas 2015". Las estrategias para conseguir este objetivo incluyen la aplicación de una serie de enfoques sobre suministro y demanda, que van desde la aplicación rigurosa de las leyes contra el consumo y tráfico de drogas hasta las iniciativas de prevención comunitarias, como la educación escolar o el acceso al tratamiento y rehabilitación para los consumidores de drogas. En el Pacífico, a diferencia de Asia, no existe una política regional o nacional global. Actualmente, la estrategia consiste en desarrollar una legislación de control de las drogas que pro-

porcione una base común para que las policías nacionales de la zona puedan realizar su trabajo.

En el Pacífico, debido a la falta de recursos y formación y a las limitaciones de unas leyes ineficaces, la policía y las aduanas tienen dificultades para cumplir con sus responsabilidades en la aplicación de la ley antidroga y generalmente cooperan con otros países en esta materia cuando es necesario.

## Respuestas en la aplicación de la ley

### Asia

Las penas por el tráfico, producción, importación y exportación de drogas ilegales en Asia son en general duras si las comparamos con los patrones occidentales. La pena de muerte por la producción o tráfico está vigente en Singapur, China, Vietnam, Malasia, Brunei, Myanmar, Indonesia, Filipinas y Tailandia, pero en ninguna de las naciones de la región pacífica. En India, la pena de muerte puede aplicarse para algunos delitos en el caso de personas con condenas previas, pero todavía no se ha aplicado. En algunos países, la guerra contra las drogas se ha intensificado en los últimos años: en China, por ejemplo, durante el Día Internacional contra las Drogas de 2004, más de 50 personas fueron ejecutadas acusadas de delitos relacionados con las drogas, en ocho de las treinta provincias en un período de una semana. La "Política de Lucha contra las Drogas" introducida en Tailandia en 2003 condujo a la muerte a más de 2.500 supuestos criminales relacionados con las drogas en un período de tres meses. A principios de 2008, el ministro del Interior de Tailandia, Chalerm Yubamrung, restableció una nueva "Lucha contra las drogas" a pesar de que el Human Rights Watch descubrió que de los ejecutados en 2003, más de la mitad no tenían relación alguna con el tráfico de drogas o no había motivo aparente para su pena capital.

En Vietnam, de 1996 a 2001, los tribunales dictaron 288 sentencias de muerte a culpables de delitos relacionados con las drogas. Existe la sentencia de muerte obligatoria, normalmente mediante pelotón de ejecución, para los acusados de poseer 600 gr o más de heroína (aunque también se ha observado una cifra de 100 gr). A pesar de la imposición de penas estrictas, los crímenes relacionados con las drogas están aumentando.

En Indonesia, los condenados por tráfico de heroína reciben de 8 a 17 años, pero se dice que, considerando los bajos

salarios de los oficiales de policía, se supone fácil que los traficantes salgan libres mediante sobornos y corrupción. En 1983, se introdujo la pena de muerte para los acusados de tráfico de drogas. Desde 2000, 21 traficantes han sido condenados a muerte. Sin embargo, las ejecuciones no son frecuentes, con sólo una persona ejecutada en 2004, que según parece es sólo la segunda persona ejecutada oficialmente por delitos relacionados con las drogas desde 1983.

En Malasia, el Gobierno tiene la creencia desde hace tiempo de que el consumo de drogas es un problema social grave y una amenaza para la seguridad de Malasia. Cada vez más, las autoridades gubernamentales han calificado repetidamente las drogas como "enemigo público número uno", "todos los adictos, un camello potencial" y "el abuso de drogas es una de las principales amenazas que siguen atormentando a la nación". En la lucha por eliminar el consumo de drogas, se han llevado a cabo importantes campañas para perseguir a los consumidores de drogas. La legislación antidroga de Malasia es internacionalmente conocida por ser muy severa. La condena de muerte obligatoria por tráfico se aplica en caso de posesión de 15 gr de heroína o morfina (una cantidad muy baja en comparación con Vietnam, donde la posesión para el mismo castigo es de 600 gr de heroína), 1.000 gr de opio o 200 gr de cannabis. La posesión de cualquier cantidad de droga ilegal, incluido el can-

nabis, puede desembocar en la flagelación, con una pena de 3 a 6 azotes.

Las penas asociadas a los crímenes por estupefacientes a veces no se diferencian por tipo de droga, y a veces tampoco distinguen entre consumidores y traficante, por lo que los que

están en posesión de drogas pueden recibir una pena similar a la de los traficantes de menor nivel. En algunos casos, ello significa una sentencia de cárcel relativamente larga y una multa cuantiosa. En general, existe la creencia generalizada de que los consumidores de droga deberían ser alentados y ayudados a seguir un tratamiento, pero en la mayoría de los casos son obligados a realizar programas de desintoxicación y rehabilitación. Por ejemplo, en Myanmar, los consumidores de drogas están obligados por ley a apuntarse a un tratamiento o se enfrentan a cinco años de cárcel. En Vietnam, las normativas de seguridad exigen que la policía detenga a las personas con posesión o consumiendo drogas; éstas están obligadas a realizar un tratamiento de desintoxicación o a entrar en un centro de rehabilitación. Antes, la sentencia era de seis meses, pero actualmente es de dos años y se dice que puede llegar hasta los cinco años. Según la legislación china, los consumidores de drogas *deben* ser rehabilitados y, en este sentido, el país ha adoptado el trata-

**"Las penas por el tráfico, producción, importación y exportación de drogas ilegales en Asia son en general duras si las comparamos con los patrones occidentales. La pena de muerte por la producción o tráfico está vigente en Singapur, China, Vietnam, Malasia, Brunei, Myanmar, Indonesia, Filipinas y Tailandia"**

miento obligatorio como principio básico; si una persona recae tras abandonar un centro de rehabilitación obligatorio (después de 3-6 meses de internamiento), es enviada a otro centro de rehabilitación, donde es obligada a trabajar por un período de entre dos y tres años como máximo.

## Pacífico

En el Pacífico, en general, las principales autoridades competentes son la policía y el departamento de aduanas y recaudación de impuestos, así como inmigración. Recientemente, debido a los problemas de delitos transnacionales, también están participando los departamentos de marina y defensa. La legislación y los juicios por consumo y posesión de drogas pueden ser duros en algunas naciones. Según la legislación de las Islas Salomón, la pena por consumo y posesión de cannabis es de 10 años de cárcel; la pena para los que son declarados culpables por primera vez es de 6 meses de cárcel. En Fiji, la importación o exportación ilegal de una droga prohibida puede dar lugar a una pena máxima de cadena perpetua.

## Respuestas en los tratamientos antidroga

### Asia

Existen iniciativas de tratamiento para drogodependientes en todos los países de Asia, incluida la desintoxicación médica, las comunidades terapéuticas, los programas de terapias de sustitución, los programas de drogodependencia residenciales y, en algunos países, la introducción de programas de desintoxicación en los centros de detención y correccionales. Generalmente, la recopilación de datos sobre estas iniciativas es escasa o no existe, así que es difícil sacar conclusiones sobre su eficacia, pero todo parece indicar que los índices de recaída para los adictos a los opiáceos tras realizar un tratamiento residencial se acercan al 90% o más. En algunos casos, es difícil determinar si los internados en centros de desintoxicación residenciales son necesariamente drogodependientes; muchas de estas instituciones imitan a las cárceles.

En China, algunos Centros de Rehabilitación Obligatoria (CRC) son pequeños, mientras que en otros hay hasta 2.000 internados, como el de Kunming, en la provincia de Yunnan. La educación ética y psicológica que se imparte en los centros de desintoxicación se parece más a la de un centro de entrenamiento de reclutas que de rehabilitación; se repiten eslóganes, se hacen marchas, ejercicios, y se gritan

números. Los datos del Gobierno confirman que el número de personas enviadas a centros CRC ascendió a 1.493.000 de 1998 a 2003. En los últimos años, el país se ha visto obligado a cuadruplicar su capacidad debido al número creciente de consumidores de drogas registrados.

Existen diversas alternativas de tratamientos antidroga, pero no hay suficientes centros de tratamiento y rehabilitación para atender a todos los consumidores de drogas. En general, se estima que el 10% (como mucho) acceden de forma voluntaria u obligatoria a un tratamiento. La mayoría de gobiernos de Asia son conscientes de la falta de camas de tratamiento, y están aumentando el número de programas

**“Las penas asociadas a los crímenes por estupefacientes a veces no se diferencian por tipo de droga, y a veces tampoco distinguen entre consumidores y traficantes, por lo que los que están en posesión de drogas pueden recibir una pena similar a la de los traficantes de menor nivel”**

de tratamiento de la drogodependencia. En Indonesia, sólo hay un hospital gubernamental en el país especializado en el tratamiento de personas con trastornos relacionados con sustancias estupefacientes, el Hospital para Drogodependientes, en Yakarta, (*Rumah Sakit Keter-*

*gantungan Obat*), conocido como RSKO. Se inauguró en 1972 y, en 2000, 38.000 pacientes habían recibido tratamiento externo o interno. El número de casos se ha ido incrementando sustancialmente: en 2002, 4.694 consumidores de drogas recibieron tratamiento. RSKO tenía una capacidad de sólo 40 camas en 2002. En los últimos años ha aumentado, pero sigue siendo insuficiente para atender a los consumidores de droga que lo necesitan.

En Vietnam, en 2003, la red de centros de tratamiento se había ampliado, con 74 centros en el ámbito provincial y 71 centros de tratamiento en el ámbito comunal. La capacidad de estos centros de tratamiento oscila entre 100 y 3.000 residentes. Dichos centros continúan creciendo. Los consumidores de drogas de toda la nación son perseguidos e internados en estas instalaciones o en cárceles. En Hanoi, durante 2003, había 1.500 consumidores de drogas en la cárcel, 3.500 en centros de tratamiento y hasta 7.500 que recibían tratamiento comunitario. En Ho Chi Minh, los centros de tratamiento contaban con 33.577 residentes en 2003. Muchas instalaciones de tratamiento intentaron ofrecer competencias y/o formación profesional, pero el elevado número de consumidores de drogas complicó el acceso a dichos programas. En Vietnam, por ejemplo, parte del proceso de rehabilitación consiste en encontrar un trabajo tras desarrollar las aptitudes necesarias. Pero no ha funcionado como se había previsto: en un período de nueve meses, en 2003, de los 9.068 consumidores rehabilitados, sólo 68 consiguieron empleo.

Incluso con el desarrollo de estas instalaciones, el hacinamiento es un problema grave, que contribuye a reducir

la efectividad de los resultados. Hay pocos, si es que hay alguno, servicios específicos para jóvenes en Asia; como resultado de ello, los consumidores de drogas jóvenes están mezclados con los adultos, lo que puede agravar la vulnerabilidad de los jóvenes.

A pesar de que todo apunta a que la mayoría de métodos son infructuosos, el enfoque de los tratamientos en casi todos los países asiáticos se basa ante todo en la medicina tradicional e iniciativas similares al entrenamiento militar, poco innovadoras; el asesoramiento psicológico y de comportamiento es poco habitual, al igual que las ayudas a los consumidores de drogas a reintegrarse en la comunidad después del tratamiento. Cada vez más, los resultados de los actuales enfoques de tratamiento han provocado la frustración de algunos responsables políticos, desembocando en aumentos de la duración del internamiento en centros de tratamiento y rehabilitación, y aumentos de los castigos relacionados con la recaída. Por ejemplo, en Vietnam, la duración media del tratamiento en 2001 fue de 12 meses, pero actualmente es de dos años, y hasta cinco para las recaídas crónicas.

En algunos lugares, los servicios de tratamiento son gratuitos o subvencionados, pero generalmente los gastos los pagan los internados, ya sea el mismo detenido o los familiares o amigos; para los que no pueden pagar, es difícil descubrir qué acuerdos están en marcha. Desde luego, en algunos lugares el encarcelamiento es la única opción. En algunos países asiáticos están prosperando los centros de tratamiento y rehabilitación voluntarios privados, pero las tarifas no están al alcance de los consumidores de drogas comunes y sus familias.

En China, hay 247 Centros de Rehabilitación Voluntaria (VRC) que ofrecen más de 8.000 camas. La mayoría de estas instalaciones están situadas dentro de hospitales psiquiátricos, y aunque se le llama tratamiento "voluntario", los pacientes no salen hasta que finaliza el tratamiento. Algunos de estos VRC se parecen a los hoteles baratos/modestos de China, y aunque los pacientes pueden tener acceso a más instalaciones, la tarifa de unos 10 dólares al día de media está lejos del alcance de los chinos de a pie.

El sistema de tratamiento en Myanmar consiste en 26 centros de Tratamiento de Drogodependencias Principales (DTC), 40 DTC menores y 49 hospitales fronterizos. Los 26 DTC tienen una capacidad diaria de 450 camas y una anual de unas 3.500, que no es suficiente para el número de consumidores de drogas del país: en 2002, el Gobierno tenía registrados a 63.000 consumidores de drogas, pero las esti-

maciones de fuentes no oficiales cifran en 300.000-400.000 el número de drogodependientes. Actualmente, el tratamiento de desintoxicación de 42 días en Myanmar cuesta unos 60 dólares para alimentos y medicinas. Los clientes no tienen acceso al tratamiento si no pueden pagarse la estancia, o se consideran demasiado viejos o enfermos. Sólo los pacientes consumidores de opiáceos son admitidos. Aquellos a los que se les niega la admisión, y por lo tanto el

**“ El enfoque de los tratamientos (...) se basa ante todo en la medicina tradicional e iniciativas similares al entrenamiento militar, poco innovadoras: el asesoramiento psicológico y de comportamiento es poco habitual, al igual que las ayudas a los consumidores de drogas a reintegrarse en la comunidad después del tratamiento. ”**

registro, son vulnerables a ser procesados por la justicia. Es ilegal que los profesionales no autorizados (clínicas privadas, curanderos, monjes) ofrezcan tratamiento a los drogodependientes. Sin embargo, muchos consumidores de drogas buscan tratamiento a través de estos entornos ilegales, ya que son más baratos y evitan la estigmatización del registro.

### Pacífico

Actualmente, la región del Pacífico no tiene programas conocidos orientados especialmente a las necesidades de los consumidores de drogas. Los temas del consumo de drogas normalmente forman parte de la planificación u otros programas desarrollados por colectivos no gubernamentales y/o iglesias. En Papúa Nueva Guinea, Fiji y las Islas Salomón, el tratamiento de los consumidores de droga se lleva a cabo en hospitales generales o psiquiátricos.

### Una respuesta sanitaria alternativa. La necesidad de reducir los riesgos

Las investigaciones han demostrado que intentar reducir el suministro de drogas por sí solo no basta para resolver los problemas de consumo de drogas y el VIH/sida. Los beneficios que se consiguen con el tráfico de drogas han llevado a una corrupción generalizada y el cierre de una ruta de suministro de drogas lleva a la apertura de nuevas rutas. Las investigaciones también han puesto de manifiesto que los esfuerzos realizados para reducir la demanda de drogas son lentos, a largo plazo y con efectos graduales. Muchos de los intentos de reducir la demanda de drogas a través de la educación y los tratamientos convencionales a menudo resultan costosos, poco realistas en sus objetivos y mal orientados.

### VIH y sida entre los consumidores de drogas inyectadas

Como ya se ha subrayado, el número de consumidores de droga en la región de Asia-Pacífico es considerable. El con-

sumo de drogas inyectadas, especialmente en Asia, ha aumentado hasta unos niveles alarmantes desde finales de los ochenta. De los 13,2 millones de Consumidores de Drogas Inyectadas (IDU) que se estima que hay en el mundo, entre cinco y seis millones se encuentran en Asia: de ellos, se considera que un 30%-50% están infectados por el VIH. Los países con unos mayores niveles de infección por VIH entre los consumidores de drogas inyectadas son China, Vietnam, Myanmar, Indonesia, partes de India, Pakistán y Malasia. En China, en 2006, la proporción de seropositivos entre los IDU era del 44%, mientras que en Indonesia, en 2005, el 80% de las nuevas infecciones por VIH estaban relacionadas con los consumidores de drogas inyectadas. Muchos consumidores de drogas en Asia a menudo compartían el material, practicaban comportamientos sexuales de riesgo y raramente utilizaban condones, y muchos tenían una salud delicada, que empeoraba a medida que duraba el consumo de drogas. A pesar de la vulnerabilidad a las infecciones, la mayoría de consumidores de drogas tenían el acceso a los servicios sanitarios convencionales debido al estigma generalizado y la discriminación ligada al consumo de drogas.

Como resultado de la doble epidemia del consumo de drogas inyectadas y el VIH/sida, la necesidad de incluir y explorar una respuesta sanitaria alternativa dio lugar al concepto de reducción de riesgos, que adquirió protagonismo en la política antidroga oficial de muchos países occidentales y más recientemente de Asia.

### Entender el concepto de reducción de riesgos

El elemento principal de la reducción de riesgos es minimizar las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas sin reducir necesariamente este consumo. Otros aspectos de la reducción de riesgos son las políticas, programas, servicios y acciones que se establecen para reducir los perjuicios sanitarios, sociales y económicos para los individuos, la comunidad y la sociedad vinculados al consumo de drogas.

La mayoría de países de la región de Asia y Pacífico han tardado mucho en aplicar las medidas de control y prevención del VIH y el sida entre los consumidores de drogas inyectadas o en introducir las respuestas alternativas adecuadas. El consumo de drogas inyectadas en el contexto del VIH/sida es universalmente reconocido como un problema de salud pública de primer orden, pero pocas veces se le concede la prioridad que se merece. En el pasado, la mayoría de gobiernos asiáticos estaban más preocupados por las implicaciones legales del consumo de drogas que por las implica-

ciones sanitarias del VIH y el sida. Sin embargo, varias naciones asiáticas han reconocido la efectividad del enfoque de reducción del riesgo para hacer frente al VIH entre los consumidores de drogas inyectadas y se han replanteado su rechazo al concepto, aplicando las respuestas apropiadas. En el Pacífico, en comparación con Asia, actualmente no se conoce la existencia de programas de reducción del riesgo o respuestas a las necesidades de los consumidores de drogas ilegales.

### Asia y la reducción de riesgos

Las intervenciones de reducción de riesgos comprenden múltiples estrategias y un amplio paquete de respuestas para responder a las necesidades de los consumidores de drogas que incluyen Programas de distribución de Jeringas y Aguja (NSP), educación comunitaria y entre iguales, atención primaria y programas de terapias sustitutivas, por citar

sólo algunas. La iniciativa de la introducción de programas NSP en Asia, como en muchas otras regiones del mundo, a menudo está rodeada de controversia. Tailandia, Brunei y Laos no permiten los NSP. Sin embargo, sí se pueden encontrar en Mala-

sia, China, Vietnam, Camboya, Indonesia, Myanmar, India, Pakistán, Nepal, Bangladesh y un programa de distribución a pequeña escala en Cebú, Filipinas.

En Indonesia, en 2007, 41 ONG trabajaban en el campo de la reducción de riesgos y de estas organizaciones 16 llevaban a cabo programas de NSP orientados a 4.500 personas que se inyectaban droga mensualmente. Según las estimaciones, las otras 25 ONG iniciaron modestos programas de distribución de jeringas a finales de 2006. En Myanmar, había un NSP y en 2006 ya se contaban dieciséis; en 2003, se distribuyeron 10.000 agujas y, en 2005, la cifra había aumentado hasta los 1,2 millones de agujas, con el acceso de 11.600 consumidores a los servicios. En Vietnam, se estima que hay 30 NSP repartidos en varias provincias, por todo el país, mayoritariamente a través de un modelo de trabajadores comunitarios y entre iguales. Actualmente, los NSP sólo funcionan en áreas con fuerte prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas: el número de consumidores de drogas que se ponen en contacto con los servicios y el número de agujas distribuidas no están claros. Sin embargo, se cree que algunos han conseguido unos resultados sorprendentes. En 2004, en el norte de Vietnam, uno de estos programas distribuyó más de 81.000 agujas en nueve meses y, gracias al apoyo multisectorial, desde la policía a los líderes comunitarios locales, se llegó al 75% de los consumidores de drogas inyectadas.

**“ De los 13,2 millones de Consumidores de Drogas Inyectadas (IDU) que se estima que hay en el mundo, entre cinco y seis millones se encuentran en Asia: de ellos, se considera que un 30%-50% están infectados por el VIH.”**

El recurso a la educación comunitaria y entre iguales es visto como algo beneficioso en la mayor parte de la región de Asia-Pacífico. Sin embargo, como sucede con los NSP, estos programas todavía son incipientes, están limitados en cuanto al tiempo o tienen una situación financiera precaria. Se han establecido programas de educación comunitaria y entre iguales destinados a los consumidores de drogas, aunque limitados, en India, Pakistán, Nepal, Bangladesh, China, Malasia, Vietnam, Indonesia, Myanmar, Camboya, Filipinas, Tailandia y Laos. China es uno de los países que parece haber adoptado los programas comunitarios con más entusiasmo y, en 2006, el Gobierno anunció que esperaba ampliar su alcance al 60% de los drogodependientes en un período de cinco años con la creación de 210 centros adicionales.

Los programas de terapias sustitutivas se están extendiendo en algunos países asiáticos, mientras que en otros se están analizando estas iniciativas. Las terapias de sustitución, como la metadona y/o la buprenorfina, están disponibles en India, Indonesia, China, Malasia, Myanmar, Tailandia y Nepal. En Indonesia, la metadona se introdujo por primera vez en 2003, pero la expansión de este programa no empezó realmente hasta 2006. En ese momento, siete clínicas atendían a unos 1.000 clientes, pero el Gobierno espera aumentar la cifra de consumidores de drogas que reciben metadona a más de 50.000 de aquí a 2010. En la vecina Malasia, un país que hasta hace bastante poco se oponía radicalmente a los programas de terapias sustitutivas, se han establecido una serie de exitosos programas piloto de metadona. Esto permitió acceder a la metadona en 2006 y, en 2007, cerca de 5.000 personas habían recibido un tratamiento de metadona en 58 localidades, incluidos hospitales, centros sanitarios y clínicas privadas: el objetivo del programa del Gobierno es llegar a 25.000 consumidores de drogas para 2010. Actualmente, Vietnam no tiene programas de metadona, pero en 2006 el Gobierno accedió a su uso, y con la ayuda de fondos internacionales, se espera que los programas de terapias sustitutivas se pongan en marcha en 2008.

### Reducción del riesgo en China

China es uno de los países de la región asiática que ha adoptado recientemente el modelo de la reducción del riesgo para hacer frente al consumo de drogas y el VIH. Al igual que en la mayoría de naciones asiáticas, la resistencia a la reducción de riesgos era generalizada, a pesar de que las iniciativas existentes para resolver la doble epidemia del consumo de drogas y el VIH eran demasiado conservadoras e ineficaces. A finales de 2005, el 44% de las supuestamente 650.000 infecciones por VIH en China afectaban a los Consumidores de Drogas Inyectadas (IDU). La investiga-

ción actual apunta a que la epidemia del VIH, inicialmente encabezada por los IDU y que se mantienen como factor principal, se está extendiendo a la población general y la expansión del VIH de los IDU a otros grupos de la sociedad seguirá aumentando. A finales de los noventa, no había casos documentados de NSP en China y no se habían introducido los programas de metadona. A partir de 2000, se implantaron programas piloto de NSP sólo en las provincias de Yunnan y Guangxi, pero no a nivel nacional. Las terapias de sustitución, especialmente la metadona, eran poco frecuentes y se centraban en la desintoxicación y el tratamiento médico de la adicción, en lugar del mantenimiento con metadona a largo plazo; pocos doctores tenían autorización para recetar esta droga.

En 2006, se observaron cambios sustanciales con el apoyo de los programas NSP y los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona (MMT): en 2006, se informó de 392 NSP y 320 clínicas de MMT en China. El cambio de actitud y opinión respecto a la reducción de riesgos, especialmente entre la seguridad pública, es el resultado en parte de la Conferencia Nacional sobre Drogas patrocinada por el Ministerio de Seguridad Pública en 2004, que destacó la reducción de riesgos como el tercer componente para luchar contra las drogas, equiparándola a las iniciativas de reducción del suministro y la demanda. El compromiso y el apoyo del Ministerio de Seguridad Pública para el aumento de los MMT proviene de su participación en un grupo de trabajo que incluía al Ministerio de Sanidad y a la Administración Estatal de Drogas y Alimentos, que desarrolló las pautas para el uso de MMT y programas piloto en 2004. Los resultados del programa piloto con MMT fueron una reducción del consumo de heroína y el descenso de los crímenes relacionados con las drogas, un aspecto considerado muy importante para las autoridades competentes.

La proliferación del número de NSP está en marcha en China con la financiación de donantes internacionales y, lo que es más importante aún, el 48% de fondos del Gobierno. En 2005, se estima que 40.000 IDU accedieron a los programas NSP. Sin embargo, es importante destacar que la actual legislación sobre NSP en China es ambigua. El documento del Consejo de Estado de China nº 457 "Regulaciones sobre prevención y atención del VIH/sida" (publicado en marzo de 2006) también conocido como "Regulaciones sobre el sida en China" aprueba la metadona, pero no especialmente los NSP. Las autoridades sanitarias y de seguridad pública han comentado que esta situación ha creado conflictos y confusión entre las actuales regulaciones sobre el sida y las legislaciones y normativas sobre estupefacientes: sobre todo a nivel del Gobierno central, pero también a veces en las provincias, donde en algunos casos (como en Yunnan y Guangxi), las regulaciones provinciales apoyan claramente los NSP por escrito. A pesar de estos conflictos obvios, el número de

NSP sigue aumentando y se ha intensificado la concienciación sobre el papel vital que desempeñan en la reducción de las infecciones de VIH entre los IDU. En conclusión, China ha experimentado un gran cambio hacia la aceptación y aplicación de programas de reducción del riesgo desde 2004, incluso, hasta cierto punto, por las autoridades competentes.

## Conclusión

La producción de drogas sigue creciendo en varios países asiáticos, con Afganistán a la cabeza en el cultivo de opio, mientras que Myanmar y China también destacan en la fabricación de sustancias de tipo anfetaminas, especialmente metanfetaminas. En la región del Pacífico, la principal droga ilegal cultivada es el cannabis, particularmente para el consumo interno. En general, el número de personas que consumen drogas ilegales parece estar aumentando en toda la región de Asia-Pacífico, a pesar de la aplicación de legislaciones, políticas antidroga y a menudo castigos draconianos para disuadir a los consumidores de sustancias ilegales. Se han introducido varias respuestas de tratamientos antidroga, pero a menudo para la gran mayoría de drogodependientes, no es habitual conseguir buenos resultados de forma rápida. El nexo entre el consumo de drogas inyectadas y el VIH, y la incapacidad de las autoridades gubernamentales, especialmente en Asia, para controlar esta doble epidemia con respuestas convencionales a menudo ha dado lugar a la consideración de nuevos enfoques. Algunos programas de reducción de riesgos en distintas partes de Asia parecen estar ganando terreno a un ritmo lento pero seguro, para ir más allá de la fase piloto. Es importante que se fomente entre los gobiernos de la región de Asia-Pacífico la adopción de un amplio abanico de programas de reducción del riesgo innovadores y probados. Si no lo hacen, inevitablemente las consecuencias serán desastrosas para la salud pública de los consumidores de drogas y, por consiguiente, de la comunidad en general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEZZICCHERI, S. y BAZANT, W. 2004. *Drugs and HIV in South East Asia*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Bangkok, Tailandia. Un estudio sobre la infección del VIH/sida entre los consumidores de drogas inyectadas y de los Programas Nacionales en Camboya, China, Laos, Myanmar, Tailandia y Vietnam. Este estudio también evalúa las situaciones regionales y nacionales en relación con "quién está haciendo qué y dónde".  
[[http://www.unodc.un.or.th/drugsandhiv/publications/2004/5\\_hiv aids.pdf](http://www.unodc.un.or.th/drugsandhiv/publications/2004/5_hiv aids.pdf)]
- DEVANEY, M., REID, G., BAIDWIN, S., 2006. *Situational Analysis of Drug Issues and Responses in the Asia Pacific Region*. Preparado para el Consejo Nacional Australiano sobre Drogas, Comité sobre Drogas de Asia-Pacífico. Centre for Harm Reduction, Burnet Institute and Turning Point Alcohol and Drug Centre, Melbourne, Australia. La visión más exhaustiva hasta la fecha sobre el consumo de drogas ilegales y las respuestas en la región de Asia-Pacífico. Algunos de los temas analizados incluyen las interacciones históricas y culturales con las drogas; el predominio del consumo de drogas; las drogas ilegales consumidas; la producción, coste y tráfico de drogas; y las respuestas políticas, sanitarias y legales.  
[[http://www.ancd.org.au/publications/pdf/rp12\\_asia\\_pacific.pdf](http://www.ancd.org.au/publications/pdf/rp12_asia_pacific.pdf)]
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). 2007. *Informe Mundial sobre Drogas, 2007*. UNODC, Centro Internacional de Viena, Viena, Austria. La visión estadística más completa sobre la situación de las drogas ilegales en 2006. Las situaciones regionales se analizan con detalle. Este informe también trata de los posibles métodos para evaluar y controlar mejor el papel desempeñado por el crimen organizado en el tráfico de drogas transnacional.  
[<http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR-2007.pdf>]
- INCIARDI, J. y HARRISON, L. (Ed). 2000. *Harm reduction: National and International Perspectives*. Sage Publications Inc. Thousand Oaks, Londres y Nueva Delhi. El término de reducción de riesgos se ha convertido en un paradigma político cada vez más analizado en muchas partes del mundo. Varios colaboradores internacionales debaten en diez capítulos sobre la base filosófica y la historia de las políticas de reducción de riesgos y examinan sus resultados.