



ESTRATEGIA PARA LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY N.º 19.172

:: PROPUESTA

Equipo FESUR:

Coordinador Técnico: *Marcos Baudean.*

Especialista en políticas públicas con énfasis en evaluación y monitoreo: *Gustavo Robaina.*

Investigadora invitada, especialista en criminología y políticas de drogas: *Clara Musto.*

Investigador con énfasis en políticas de drogas: *Martin Collazo.*



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG

:: Introducción

El uso de drogas así como las políticas adecuadas para gestionarlo, se han consolidado como uno de los temas más debatidos a nivel internacional en los últimos años. Existe poca duda de que distintas sustancias psicoactivas han sido utilizadas para propósitos espirituales, médicos y recreativos desde el inicio de la humanidad; sin embargo, su rol en la vida pública y privada se mantiene todavía lejos de ser completamente comprendido. Gran parte de las autoridades y de la opinión pública creen que la erradicación de las drogas –al menos de cierta parte de ellas- no sólo es posible sino necesaria, para lo cual es preciso conducir una guerra en su contra. Por otro lado, muchos de los crecientes millones de usuarios en el mundo no sólo desobedecen las leyes de drogas sino que sienten una profunda falta de respeto por ellas, llegando a dudar si las autoridades que definen algunas conductas como ilegales entienden adecuadamente sus propiedades tanto perjudiciales como beneficiosas (Grinspoon, 2013).

A partir de la década de 1970 y en conjunción con una escalada en la punitividad de las políticas de drogas impulsadas a nivel internacional, la contraposición de dos modelos rectores –prohibicionismo y reducción de riesgos y daños- comenzó a cristalizarse tanto a nivel teórico como empírico.

A grandes rasgos, el modelo prohibicionista se forja en el contexto de una importante alarma pública por el potencial vínculo entre uso de drogas y delito, conceptualizado como una crisis de la autoridad del Estado. Así, el involucramiento en conductas desviadas -que abarcan tanto el uso de drogas como el delito- es resultado de pobres condiciones de socialización, fundamentalmente en la niñez cuando las reglas son internalizadas, y de una crisis de valores asociada al ethos altamente hedonista y permisivo de la sociedad moderna. La ley es vista como una herramienta para la remoralización de la sociedad y, por derivación, como un medio de lucha contra el crimen: para establecer los límites y confrontar a quienes los transgreden (Bennett, 1989). Según esta visión, la división entre distintos tipos de usos y de drogas es falaz, por conceptualizarse como una enfermedad eventualmente incontrolable, por lo que la prevención del daño físico, psicológico y económico para los propios usuarios y la comunidad debe lograrse a través del fomento de la abstinencia (MacCoun and Reuter, 2001). Esta idea es metafórica en los “espirales de descenso” según la cual *“legalizar la marihuana sería simplemente alentar a más y más de nuestros jóvenes a comenzar a recorrer el largo y sombrío camino hacia el uso de drogas duras y eventualmente la auto-destrucción”* (Nixon, 1971:s/n).

Así, el objetivo último del modelo es la concreción de un mundo libre de drogas¹, para lo cual se ha privilegiado el sistema penal como medio de disuasión de su comercio. Su implementación incluyó la homogeneización internacional de marcos jurídicos amplios, sin distinción de los distintos mercados de drogas, y la clasificación de los países entre productores, de tránsito, puente, productores de precursores químicos, de lavado de dinero y consumidores (Rossi 2010). Complementariamente, los esfuerzos políticos y presupuestales se enfocaron en la reducción de la oferta más que en la prevención de la demanda. Con el claro liderazgo de Estados Unidos en este proyecto, la “Guerra contra las Drogas” implicó una fuerte militarización de las políticas de drogas en aquellos países o continentes identificados como productores o de tránsito, donde destacan los ejemplos de México, Colombia y América Central² (Labrousse, 2006).

Como se mencionaba al inicio, este fuerte consenso a nivel de los tratados internacionales convivió con implementaciones alternativas de las prohibiciones a nivel local. Políticamente, la opción al abstencionismo más clara se acuñó originalmente en Europa, en un contexto signado por el problema de la epidemia del VIH entre usuarios intravenosos de drogas y la creciente sospecha de que las políticas aplicadas hasta el momento empeoraban, más que contenían, la situación (Riley y O’Hare, 2000).

1. A modo de ejemplo, “Un mundo libre de drogas, podemos hacerlo!” fue el eslogan de la Sesión Especial Sobre Drogas de la Asamblea de las Naciones Unidas de 1998 para el acuerdo de una estrategia política coordinada a diez años.

2. Un ejemplo de ello es que los propios Estados Unidos asignan más del 95% de su presupuesto de cooperación internacional en políticas de drogas en programas de reducción de la oferta (Labrousse 2006).

Así, el modelo de reducción de riesgos y daños tiene como meta final convivir con el uso de drogas al menor costo posible³, asumiendo la existencia de diferentes tipos de uso, donde sólo una proporción de ellos son problemáticos para el Estado. En líneas generales, el énfasis ya no se coloca en el sistema penal sino en el de salud, promoviendo medidas que aseguren el acceso de los usuarios a opciones de tratamiento⁴, la especialización y eficiencia de las políticas y recursos públicos, así como nuevas relaciones entre Estado y sociedad civil que lleven a un reequilibrio entre el control formal e informal para la gestión del uso de drogas (Stimson, 2000).

Estas innovaciones políticas se cimientan sobre la omisión del término “uso” en la lista de actividades prohibidas que requieren las convenciones internacionales. Aún más, la creciente flexibilidad y puesta en práctica de distintos modelos de regulación del lado de la demanda coexistió con el aumento de la punitividad hacia traficantes y productores en la mayoría de países de occidente (Chatwin, 2010). Así, la descriminalización del uso de drogas -especial pero no únicamente el cannabis- “*aunque no siempre legislada es informalmente practicada en muchos países, aunque solo sea parcialmente y por razones prácticas*” (Dorn, 1992:111). Cuatro casos que, junto con la ley uruguaya, se destacan en este sentido son: la política de descriminalización practicada en Portugal, los coffee-shop holandeses, los clubes sociales de cannabis acunados en España y las enmiendas de regulación del mercado de cannabis aprobadas en Washington y Colorado, Estados Unidos. A continuación repasaremos brevemente estas experiencias.

Desde el año 2001 el uso de drogas en Portugal es todavía prohibido pero no constituye un delito. Esta innovación legal se acompaña de políticas que apuntaban a la desestigmatización e integración de los usuarios en la sociedad, en una apuesta por considerar la posesión de drogas un asunto de salud público y no criminal. Por su parte, Holanda ha sido referencia mundial por su innovadora política de legalización de facto del cannabis bajo ciertas condiciones, a través del sistema de *coffee-shops*⁵. Este modelo se constituye como una apuesta de separación del mercado de cannabis del resto de las drogas, para facilitar la normalización de sus usuarios y evitar procesos de marginalización y conformación de subculturas desviadas que, se entiende, provocan mayores riesgos y daños que el uso de la sustancia misma (Cohen, 1994). Sin embargo, la precariedad legal del sistema ha llevado a la creación de un complicado y opaco escenario conocido como “*el problema de la puerta trasera*”, dado que el cultivo, proceso y comercio mayorista de cannabis continúa estando prohibido por ley. Por último, los clubes sociales de cannabis inicialmente desarrollados en el País Vasco y Cataluña en el año 2000, han ganado legitimidad en varios países y son hoy un punto de referencia frecuente en los debates de reforma de la política de drogas. Al contrario de la experiencia holandesa de los *coffee-shops*, impulsada “de arriba hacia abajo” por el sistema político y judicial, los clubes sociales se conforman a instancias de la movilización de los propios usuarios de cannabis. A través de su asociación en cooperativas de consumo, estas personas buscan asegurar el acceso a una sustancia de calidad y origen controlado y desincentivar el mercado negro de cannabis generando plazas formales de trabajo y recursos públicos a través del pago de impuestos. No obstante, la vulnerable situación legal del modelo y su consiguiente falta de regulación formal ha llevado por un lado, a la falta de garantías legales de muchos de estos usuarios de cannabis que usualmente deben enfrentarse a procesos penales y, por otro lado, al desvío hacia formas de comercialización con fines de lucro y micro tráfico (Barriuso, 2010).

Por su parte, Estados Unidos está afrontando un llamativo cambio de rol en el debate. El trayecto de las reformas en este país fue primeramente limitado a la reducción de las sanciones por uso de esta sustancia durante 1970. Una segunda ola de defecciones es iniciada en 1996 cuando los votantes de California retiraron el mercado de cannabis para uso medicinal de las penas criminales; para 2014, 21 Estados de este país cuentan con legislaciones similares (Bewley-Taylor et al, 2014). Actualmente, se observa una tercera y más radical ola de defección de los tratados, cuando en 2013 los votantes de Washington y Colorado decidieron regular el mercado de cannabis recreativo en estos Estados⁶.

3. Algunos autores apuntan a que el objetivo más que reducir los costos debiera ser el de optimizar las consecuencias del uso de drogas, lo que involucra tanto la reducción del daño como el incremento de sus beneficios. Sin embargo, “la sola noción de efectos beneficiosos del uso de drogas ilícitas psicoactivas parece ser universalmente rechazado por los decisores políticos” (Newcombe 1992:3).

4. Entre otros, pueden enumerarse a modo de ejemplo programas de intercambio de jeringas -que apuntan directamente al riesgo de transmisión de VIH-, tratamientos de metadona, definición de zonas de tolerancia para el comercio de drogas, salas de consumo asistido, campañas de educación sobre uso seguro y acciones de prevención basada en pares.

5. El gobierno holandés emplea un principio de conveniencia en base a la división entre drogas que involucran riesgos aceptables e inaceptables para la salud. Respecto a las primeras, ha emitido una serie de principios guía en el uso de las facultades discrecionales, asignándole la prioridad judicial mínima a la persecución del uso personal de cannabis. Los lineamientos especifican asimismo los términos y condiciones para la venta de cannabis en *coffee-shops* autorizados expresamente a estos fines, donde se tolera la venta de hasta 5 gramos por transacción y la posesión de hasta 500 gramos por local comercial (Bewley-Taylor et al 2014).

6. Para un análisis comparativo de estas leyes y la uruguaya véase Pardo 2014.

La Ley N.º 19.172 sancionada en Uruguay en 2013, se configura en este contexto como un innovador paso adelante no sólo por ser el primer país del mundo en legislar este mercado a nivel nacional, sino porque desde su propia justificación amplía teóricamente el paradigma de riesgos y daños que la fundamenta, combinándolo con el de Derechos Humanos, para colocar en el centro del problema la violencia asociada al narcotráfico y la crisis de los sistemas penales sobrecargados por las leyes de drogas. Así, el concepto de reducción de riesgos y daños es trasladado desde los contextos de educación y salud al de justicia y seguridad, superando la brecha existente entre oferta y demanda. Esta ley es resultado de un importante esfuerzo de síntesis entre gobierno, sociedad civil organizada y academia de diversos intereses y tensiones existentes tanto al interior de la sociedad uruguaya como a nivel de las relaciones internacionales. El complejo proceso que llevó a su aprobación por el Poder Legislativo con el apoyo del partido de gobierno, incluyó el debate entre la preocupación por el problema de la seguridad y su potencial vínculo con el consumo de pasta base instalado en la opinión pública, la intención desde el gobierno de *“vencer el miedo en la sociedad a partir de garantizar los derechos humanos y la seguridad de sus habitantes”* (Presidencia 2012, s/n), la reivindicación del derecho ya consagrado al consumo en su carácter de acto privado que no afecta a terceros -donde se anida con cuestionamientos más amplios a los sesgos morales de las leyes donde diversas demandas de la sociedad civil se encuentran y refuerzan⁷-, y la intención de mejorar la salud pública de los habitantes asumiendo una realidad ya existente.

En momentos donde el consenso internacional sobre políticas de drogas es crecientemente cuestionado y la discusión pública comienza a centrarse en cómo regular los mercados de cannabis más que en si debemos hacerlo, la generación de información sobre los nuevos modelos de regulación adquiere un interés clave. Asimismo, en términos de evaluación y monitoreo de las políticas de drogas, la existencia de estos diferentes modelos evidencia que la selección de los tipos de riesgos y daños que se busca reducir así como los umbrales de tolerancia de los mismos es un complejo proceso de negociación y combinación de metas organizacionales, creencias morales y análisis racional, que depende de cómo los problemas son definidos en diferentes lugares e instituciones (Newcombe, 1992). Adicionalmente, refleja el punto de que siempre hay juicios de valor involucrados en la formulación de políticas, concernientes a: (i) la identificación de los tipos de daños (y beneficios) que deben importar; (ii) el peso relativo dado a cada categoría de daños así como a su distribución sociodemográfica; (iii) el standard de prueba utilizado para juzgar si la evidencia en relación a un régimen alternativo es suficiente para justificar un cambio en las políticas; y (iv) en la carga de la prueba aplicada cuando la evidencia disponible es ambigua o incompleta (MacCoun y Reuter 2001:319). Asimismo, en el marco del compromiso de los Estados con los principios de Derechos Humanos, como es el caso del Uruguay, el campo de acción del monitoreo y evaluación de las políticas se ve delimitado por su carácter de indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables.

El objetivo central de este documento es presentar una estrategia para el monitoreo y evaluación de los instrumentos y objetivos definidos en la Ley N.º 19.172 de regulación del cannabis recientemente aprobada en Uruguay. Es un producto de trabajo colaborativo en el cual se han considerado múltiples instancias, discusiones y materiales de insumo, entre los que destacan:

- * Estudio de percepciones institucionales;
- * 6ª Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas;
- * Estudio de dimensionamiento del mercado;
- * Estudio de mapeo de actores;
- * Informe preliminar para la Estrategia de Evaluación y Monitoreo (EE&M).
- * El seminario “Desafíos de la innovación en materia de política de drogas”, Montevideo, marzo 2014;
- * Documentos Dimensiones (JND y Ministerios: Seguridad Humana y Convivencia; Salud; Aplicación; Gobernanza Internacional);
- * Discusión de Documentos Dimensiones en Redes de consulta;
- * Seminario “Hacia una estrategia de Evaluación y Monitoreo Regulación del Cannabis en Uruguay”, Montevideo, septiembre 2014;
- * Entrevistas a actores del Estado, Movimiento social y expertos (listado en anexo).

7. Sobre este último punto véase, por ejemplo: <http://www.theguardian.com/global-development/2014/aug/01/uruguay-lgbt-feminist-student-protest-liberal-reforms>

:: La Ley N.º 19.172 y el marco regulatorio del cannabis: Institucionalidad, instrumentos y objetivos.

La Ley N.º 19.172 promueve la regulación por parte del Estado de la producción, distribución y consumo de cannabis en Uruguay. Es la primera legislación a nivel internacional que regula el cannabis para uso lúdico y medicinal a nivel nacional. El Estado tiene un control sobre la importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución del cannabis y sus derivados. La iniciativa se enmarca en la búsqueda de una alternativa al prohibicionismo en la política de drogas y a nivel local es producto de la convergencia entre un activo y variado movimiento social y la preocupación del gobierno de contener el avance de la violencia asociada al narcotráfico.

La norma tiene un enfoque de salud muy influido por la idea de reducción de daños y riesgos tal como queda expresado en su artículo primero⁸. También el enfoque de derechos fue importante en la génesis de la ley⁹.

La Ley N.º 19.172 y el marco regulatorio que establece como instrumento de acción para el logro de determinados resultados a nivel público, requieren tener una evaluación. Para componer un esquema de evaluación y monitoreo se hace importante:

- * Distinguir claramente entre objetivos, instrumentos, institucionalidad y marco teórico de referencia.
- * Distinguir entre las nociones de impacto, resultado y monitoreo.

Los objetivos de la ley refieren a estados que se quieren lograr con la aplicación de los instrumentos que fueron diseñados. Los instrumentos constituyen las herramientas de política pública que se emplearán para alcanzar los objetivos. La elección de los instrumentos está justificada en un marco teórico de referencia, el cual justifica que los mismos son idóneos para el cumplimiento de los objetivos. La institucionalidad diseñada es la que promueve, dirige y controla la implementación de los instrumentos.

Se han identificado 3 grandes **objetivos** en la ley:

- * Reducir la violencia asociada al narcotráfico quitando del circuito ilegal el principal producto (cannabis).
- * Promover, en general, la salud de los usuarios de drogas mediante políticas de educación, tratamientos especializados y reinserción de adictos en la sociedad. En particular, generar beneficios sanitarios asociados al control de la calidad y la potencia del cannabis consumido en el país y generando controles y regulaciones del consumo de la sustancia.
- * Promover una aplicación justa de la ley, eliminando las inseguridades jurídicas establecidas por la Ley N.º 17.016¹⁰.

Asimismo la ley establece en términos generales cuatro grandes instrumentos para cumplir con los objetivos:

- * Regulación estatal del mercado de cannabis (ley, art. 2)
- * Educar, concientizar y prevenir en el consumo de drogas (ley, art. 1)
- * Tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas (ley, art. 1).
- * Acción policial para represión del tráfico ilícito de drogas.

8. Artículo 1: Decláranse de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas.

9. La exposición de motivos comienza precisamente haciendo alusión a los derechos individuales y se propone “encontrar un equilibrio entre aspectos tales como la libertad del individuo y la protección de su integridad física, así como entre los usos y costumbres aceptados socialmente y la no estigmatización de quienes consumen algún tipo de drogas”.

10. Por la cual quedaba establecido que el consumo de sustancias no es penado mientras que sí lo son los procedimientos para acceder a las sustancias; además el criterio de razonabilidad del juez generaba la posibilidad de resoluciones disímiles para casos similares.

A nivel de la **institucionalidad**, la política tiene un claro **enfoque intersectorial**, con **participación de organismos públicos y de la sociedad civil** (por ejemplo en el Consejo Honorario del IRCCA, aunque también en todo lo relacionado a la política de prevención y de tratamiento como se verá oportunamente). El elemento novedoso es un nuevo organismo encargado de regular la producción de cannabis, proponer acciones tendientes a reducir riesgos y daños asociados al uso de cannabis y fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones de la ley. Ese nuevo organismo es el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA). El IRCCA se articula con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y debe adecuar sus políticas a los lineamientos nacionales que establezca la Junta Nacional de Drogas (JND).

La ley otorga a la JND la competencia para fijar la política nacional en materia de cannabis, siendo el IRCCA, la institución que coordine y controle el cumplimiento de la ley. Además el IRCCA asesora al Poder Ejecutivo en la formulación y aplicación de las políticas sobre cannabis, la cooperación técnica y el aporte de evidencia científica mediante la investigación y evaluación de las políticas públicas de cannabis.

El contralor administrativo del IRCCA lo hará el Poder Ejecutivo a través del MSP. El Instituto tiene una Junta Directiva, un Director Ejecutivo y un Consejo Nacional Honorario. La Junta Directiva está integrada por una persona representante de la Secretaría Nacional de Drogas (ejerciendo las funciones de la presidencia), del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, del Ministerio de Desarrollo Social y del de Salud Pública.

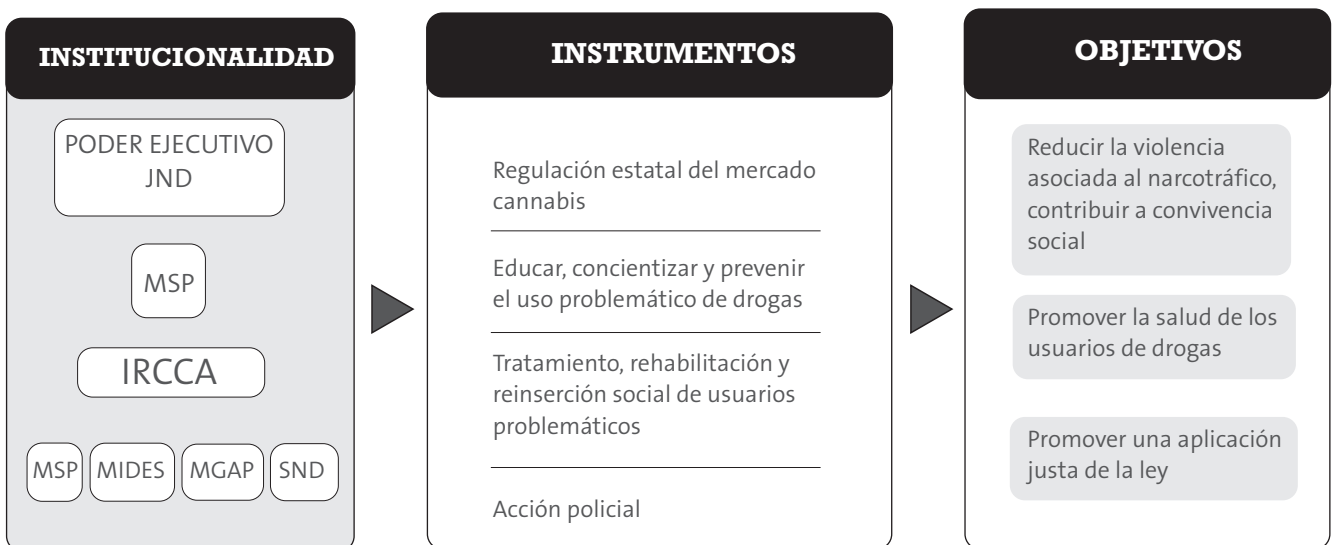
El Director Ejecutivo será nombrado por la Junta Directiva, asistirá a las sesiones de la misma con voz y sin voto. La Junta es el órgano ejecutivo y de administración del Instituto y el Director es el encargado de implementar las resoluciones de la Junta y gestionar diariamente el organismo.

El Consejo Nacional Honorario es integrado por un miembro de los siguientes organismos: por parte del Estado, Ministerio de Educación y Cultura (MEC); Ministerio del Interior (MI); Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM); un representante de la Universidad de la República (UDELAR); un representante del Congreso de Intendentes; un representante de los clubes de membresía; un representante de asociaciones de autocultivadores y un representante de los licenciarios. El rol del Consejo es de asesoría.

El MSP es, según la ley, la institución encargada de llevar a cabo la evaluación de la ley, para lo cual se tiene previsto crear una Unidad Especializada en Evaluación y Monitoreo de la ley que elaborará, en principio, informes anuales.

La conformación del IRCCA hace de él un organismo plural con representación interinstitucional (a nivel estatal) y con participación del actor académico y de la sociedad civil.

En definitiva, la configuración de institucionalidad, instrumentos de política y objetivos de la política puede representarse de la siguiente manera:



Una manera de ver la evaluación es plantearse que los objetivos se alcanzarán si los instrumentos son implementados de manera adecuada –presuponiendo además que la teoría sobre el problema (Mohr, 1995) es idónea para intervenir en las realidades que la ley quiere abordar.

Dada la importancia de los instrumentos en el esquema propuesto en lo que resta del capítulo se profundizará en la conformación de cada uno de ellos y en el vínculo de cada uno con los objetivos. Este trabajo se ha hecho estudiando documentación relativa a las instituciones involucradas y mediante entrevistas. Un punto clave es que aún no ha terminado de diseñarse por parte de las autoridades. Esto impone limitaciones obvias a la propuesta de evaluación. De todas maneras, es relevante tener una mirada inicial sobre los instrumentos a través de los cuales se piensa cumplir con los objetivos de la nueva política de drogas.

Regulación Estatal del mercado de cannabis

La regulación del mercado de cannabis es el principal instrumento de política pública creado para contribuir con los objetivos planteados por la Ley N.º 19.172. Hasta ahora, dicho mercado se ha generado por fuera de la institucionalidad pública, desarrollándose por medio de los mecanismos “crudos” de oferta y demanda. Las estrategias de política pública implementadas hasta el momento, concentradas en la represión del tráfico ilícito, no han logrado revertir las consecuencias negativas generadas en materia de seguridad y salud pública.

En materia de seguridad pública, mediante la regulación del mercado se busca afectar la economía de grupos de crimen organizado apoyada en el tráfico ilegal de drogas. La evidencia muestra que el uso de cannabis ha crecido cerca de un 300% entre 2006 y 2011. A su vez, el 73% de las personas que utilizaban cannabis en 2008 nunca habían probado otra sustancia ilegal, según datos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ 2008). Retirando progresivamente al cannabis del mercado negro se espera reducir la capacidad de acción de estos grupos y la violencia asociada a sus prácticas. En tal sentido, la regulación representa una estrategia alternativa para enfrentar al narcotráfico y las consecuencias que este fenómeno genera en términos de convivencia y seguridad pública.

Por otro lado, se busca promover la salud de los usuarios de cannabis a partir del pasaje desde formas de acceso en contexto de ilegalidad hacia modalidades de acceso reguladas por el Estado. En primer lugar, se busca interrumpir el “efecto góndola” a través del cual los usuarios de cannabis poseen mayor disponibilidad de otras sustancias. En segundo lugar, la regulación busca mejorar los niveles de información de los usuarios, en relación a las características de la sustancia y también sobre los riesgos y daños de su consumo.

En tercer lugar, la regulación permitirá conocer y regular las potencias disponibles en el mercado, habilitando en farmacias únicamente variedades con niveles de Tetrahidrocannabinol (THC) inferiores a 15%. Mediante controles a nivel del mercado también se busca garantizar la calidad del cannabis, que en condiciones de ilegalidad es adulterado para el tráfico.

El IRCCA es una persona jurídica de derecho público no estatal creado por el artículo 17 de la Ley N.º 19.172 con el cometido de controlar, fiscalizar y asesorar al Poder Ejecutivo en lo referido a las distintas etapas de producción y distribución con fines recreativos, medicinales e industriales. En tal sentido el IRCCA es un Instituto especializado en política pública de cannabis creado por ley para garantizar la implementación de la regulación del mercado.

Estructura organizacional del IRCCA

La Ley N.º 19.172 fija para el IRCCA una estructura organizativa de carácter inter institucional. Conscientes de la multidimensionalidad de los cometidos del Instituto, se crean dos órganos diferenciados a nivel jerárquico que incorporan (como decisores o asesores) a los distintos Ministerios que integran la Junta Nacional de Drogas, organizaciones de la sociedad civil, la academia y el sector empresarial. Además se crea una figura especializada en la gestión de la política.

La estructura prevista para IRCCA se compone de:

1. Junta Directiva. Es definido como el jerarca del Instituto y órgano máximo de administración, y tiene atribuciones relacionadas a: creación de los reglamentos de funcionamiento; administración de recursos materiales y recursos humanos; definición presupuestal; planificación estratégica; de rendición de cuentas; fijación del costo de las licencias; así como realizar todos los actos civiles y comerciales, dictar los actos de administración interna y realizar las operaciones materiales tendientes al cumplimiento de los cometidos del IRCCA, relacionados a sus poderes generales de administración.

La Junta Directiva del IRCCA está integrada por:

- * Un representante de la Secretaría Nacional de Drogas, que la preside y en caso de empate posee doble voto,
- * un representante del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca,
- * un representante del Ministerio de Desarrollo Social,
- * un representante del Ministerio de Salud Pública.

2. Director Ejecutivo. Es designado por la Junta Directiva.

3. Consejo Nacional Honorario. Es convocado a solicitud de la Junta Directiva o de tres de sus miembros y actúa en plenario con los miembros de la Junta y el Director Ejecutivo.

El Consejo Nacional Honorario está integrado por:

- * un representante del Ministerio de Educación y Cultura,
- * un representante del Ministerio del Interior,
- * un representante del Ministerio de Economía y Finanzas,
- * un representante del Ministerio de Industria, Energía y Minería,
- * un representante de la Universidad de la República,
- * un representante del Congreso de Intendentes,
- * un representante de los clubes de membresía,
- * un representante de asociaciones de autocultivadores,
- * un representante de los licenciarios.

La ley habilita la modificación de su integración a partir del decreto reglamentario que no innovó en la materia.

Instalación del IRCCA

Durante el año 2014 el Poder Ejecutivo ha generado las condiciones para la instalación y puesta en marcha del IRCCA.

Algunos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de considerar el proceso desarrollado hasta ahora:

1. La aprobación de la Ley N.º 19.172 genera una estructura institucional (IRCCA) pero la aprobación de estructuras organizacionales públicas así como la creación de cargos y presupuesto debe hacerse mediante el mecanismo de rendición de cuentas. El año 2014 es particularmente complejo al respecto ya que por disposición Constitucional, en los años electorales no se pueden generar nuevos cargos ni realizar reformas presupuestales que involucren nuevas estructuras. Esto ha imposibilitado la designación del cargo de Director Ejecutivo.

2. La imposibilidad de realizar llamados, crear cargos o disponer de rubros presupuestales genera que el funcionamiento de dicho Instituto se realice en base a recursos humanos como pases en comisión, pasantes o bien contratos mediante cooperación internacional. Además, se han utilizado partidas presupuestales de los organismos que integran la Junta Directiva así como los locales y servicios básicos prestados hasta el momento.

3. El Consejo Nacional Honorario no ha sido convocado hasta el momento. La Junta Directiva ha sido responsable de coordinar las diferentes consultas y colaboraciones de Ministerios, centros de investigación u organizaciones de la sociedad civil.

El instrumento de regulación del mercado de cannabis

Como ya ha sido expuesto, la regulación por parte del Estado de tres modalidades de acceso legal al cannabis es el principal instrumento de política pública diseñado para cumplir con los objetivos de la Ley N.º 19.172. La regulación de un mercado como puede ser el del cannabis no es la primera en nuestro país. Existen otras experiencias de regulación como ser la industria del cigarrillo y las bebidas alcohólicas. En términos generales la regulación busca la generación de instituciones que establezcan incentivos tanto para los productores como para los consumidores de forma tal que dicha actividad se desarrolle en el marco institucional diseñado para ello. El éxito de la medida en cuestión recae en la elección de dichos incentivos y la eficacia de los mismos para lograr generar las condiciones óptimas para su desarrollo.

La demanda nacional de cannabis se encuentra en proceso de expansión desde que se recogen datos. Según estimaciones realizadas a partir de los datos de la V ENCDH 2011, la demanda nacional está dada por:

- * 18.700 personas que utilizan cannabis diariamente
- * 27.000 personas que utilizan cannabis algunas veces en la semana
- * 32.300 personas que utilizan cannabis algunas veces al mes
- * 38.300 personas que utilizan cannabis algunas veces en los últimos 12 meses
- * 11.400 personas que utilizan cannabis una sola vez en los últimos 12 meses

Los datos oficiales existentes hablan pues de un mercado de marihuana formado por 128.000 usuarios de los cuales 35.700 son usuarios habituales (por consumir al menos algunas veces en la semana) y 82.000 usuarios ocasionales (pues consumen algunas veces en el mes o con menor frecuencia).

La expansión del consumo de cannabis en nuestro país, ha posibilitado el desarrollo de un mercado al margen de la institucionalidad pública que sustenta a grupos del crimen organizado, en el que la oferta está dada por marihuana producida principalmente fuera del país y distribuida mediante puntos de venta ilegales. Dicha producción y venta carece de todo tipo de control y regulación sanitaria que garantice el resguardo de la salud de la población. A su vez, los puntos de distribución sirven de soporte para el tráfico de otras sustancias psicoactivas también producidas y vendidas de forma ilegal.

El mercado ilegal de cannabis, así como otros mercados ilegales o mercados negros se generan por distorsiones específicas que modifican la estructura básica de oferta y demanda. Los principales problemas que se identifican en los mercados ilegales refieren a los altos costos de transacción tanto para los usuarios como para los oferentes, así como los hábitos de inventario (Lee, 1993 en Casacuberta et al 2011). Además, otro de los principales problemas refiere al riesgo moral en las transacciones realizadas ya que las asimetrías de información sumadas a la ilegalidad de la actividad dejan a los usuarios desprovistos de poder de mercado.

Es por ello que si se busca crear un mercado regulado que posea la capacidad de quitarle consumidores al mercado ilegal, se deberá analizar minuciosamente el conjunto de incentivos que se ofrece a las y los usuarios, buscando diseñar modalidades de acceso al cannabis competitivas con las ofrecidas por el mercado ilegal.

El monitoreo de la implementación de la regulación del acceso al cannabis busca identificar los principales componentes de la política pública y reconocer en qué medida la implementación de éstos es alcanzada, contribuyendo así con la aplicación de la política y la consecución de los objetivos previstos.

Componentes de regulación

A partir de entrevistas realizadas a la Junta Directiva del IRCCA, el trabajo realizado en el marco de las redes de consulta, la participación en los dos seminarios realizados y la revisión de bibliografía específica, se identifican cinco componentes básicos para la implementación de la política pública. Cada componente de la regulación está integrado por subcomponentes que arrojan indicadores de implementación y metas de gestión dependiendo de la población objetivo a la que se oriente la acción.

Componentes de la regulación

- * Producción
- * Distribución
- * Usuarios
- * Fiscalización
- * Comunicación

Componente Producción

Este componente busca monitorear la producción de cannabis a través de las tres modalidades de acceso autorizadas, como forma de garantizar la oferta de cannabis de calidad y potencia regulada y por fuera del mercado negro. Está integrado por un conjunto de subcomponentes que de manera sintética buscan identificar los principales elementos de análisis para corroborar el efectivo desarrollo de la producción, según las prioridades definidas por el IRCCA. A continuación se detallan los subcomponentes.

1 - *Cantidad producida*. Es la cantidad estimada como necesaria para cumplir con los objetivos trazados por el IRCCA. Esta cantidad se compone de una proporción producida por licenciatarios autorizados por el Instituto y otra proporción producida por parte de cultivadores domésticos para uso personal o clubes de membresía.

La estimación de producción para el primer año no es estática. Las tecnologías de producción posibilitarán aumentar la producción habilitada a los licenciatarios, en caso de ser necesario por desabastecimiento del sistema. En tal sentido se trabaja sobre un plan de mediano alcance y se busca abastecer al 30% del mercado de cannabis. El cálculo de esta cantidad se apoya en dos supuestos principales:

* Los usuarios habituales representan el 80% del volumen de mercado total de cannabis (Planteado por Beau Kilmer en Seminario de marzo 2014).

* Los 35.700 usuarios habituales demandan 480 gramos por año.

Bajo estos supuestos, la demanda de cannabis por parte de usuarios habituales en el primer año representa 17.136 Kg. Siendo éstas el 80% del volumen de mercado, el 30% del mercado puede ser estimado en 6.426 Kg. La previsión para el primer año del IRCCA es la de habilitar la producción de 6.000 Kg para adquisición en farmacia, así como el abastecimiento de 1 tonelada de la demanda mediante el cultivo doméstico y clubes de cannabis.

2 - *Unidades productivas*. La política de regulación se apoya en la capacidad, por parte del Estado, de control de los actores del sistema, en un contexto internacional de ilegalidad. En tal sentido, se busca monitorear la evolución de los puntos de producción de cannabis autorizados para abastecer la cantidad establecida por el IRCCA. Se prevé la habilitación de entre tres y cinco unidades con licencia de abastecimiento a farmacias, 12 clubes de membresía que con una producción máxima de 21,6 kg/año podrían complementar la demanda con 250 kg/año, y 1500 cultivadores en domicilio lo cual abastecería 750 kg de la demanda total.

3 – *Precio*. El precio de venta de cannabis representa el principal incentivo con el que cuenta la política en su competencia con el mercado negro. No existen estudios que clarifiquen las características del mercado, pero es posible afirmar que actualmente se compone principalmente de marihuana prensada que se comercializa a un precio estimado por el IRCCA en US\$ 1 el gramo. Precio que creció en los últimos años y actualmente ha vuelto a este precio de equilibrio. La oferta de cannabis también se compone de “flores” a un precio de US\$ 5 el gramo.

El Estado ha ratificado en diferentes ocasiones que el cannabis que se venderá en farmacias tendrá el mismo precio que en el mercado negro, como forma de estímulo a usuarios y usuarias que hoy se abastecen en éste. En tal sentido, es preciso desarrollar un monitoreo constante de la evolución de los precios en el mercado negro, produciendo información para el ajuste de los precios en el mercado regulado.

El IRCCA ha fijado el precio de US\$ 1 el gramo de la flor de cannabis sobre la base de dos supuestos:

- * La oferta actual de cannabis se compone principalmente de “prensado” a US\$ 1 el gramo
- * Pese a la clara mejora que representa en términos de calidad, la venta de la flor de cannabis a US\$ 5 el gramo en farmacia podría impulsar a los usuarios de bajo nivel de ingreso a continuar abasteciéndose en el mercado negro, a pesar de la baja calidad.

En esta etapa inicial, el IRCCA ha definido considerar la variable precio solamente en su relación con la competencia con el mercado negro. Consideraciones sobre la relación entre el precio y la potencia del cannabis podrían ser consideradas en el futuro.

4 – *Calidad*. La calidad de la sustancia representa un segundo incentivo positivo muy importante en la búsqueda de adhesión al sistema por parte de usuarios. Si bien no existen estudios nacionales sobre la calidad del cannabis que se vende en el mercado negro, es notorio que el cannabis que se transporta con la marihuana prensada en bloques es de muy baja calidad. En tal sentido, la calidad del cannabis vendido en farmacias representará un claro estímulo positivo para que los usuarios adhieran al sistema. Sin embargo, será necesario monitorear posibles mejoras y diversificación de calidades en el mercado negro que pudiesen representar una competencia para el mercado regulado.

Actualmente, el IRCCA se encuentra desarrollando los mecanismos de control de calidad por lo que no existe una definición al respecto. Es posible que, dado el escaso desarrollo del mercado en Uruguay, inicialmente los controles de calidad incluyan únicamente el control de ausencia de toxinas y micro organismos.

5 – *Potencia*. La intervención del Estado en la cadena productiva permitirá reglamentar las potencias disponibles en el mercado. La investigación científica en relación al impacto de las diferentes concentraciones de THC y cannabinoides es escasa. Es posible saber que concentraciones menores a 15% de THC los riesgos sobre la salud son sensiblemente menores. Al mismo tiempo, algunas nuevas investigaciones muestran que niveles altos en cannabinoides podrían paliar los efectos dañinos del THC. Según la información proporcionada por el IRCCA, se ha desarrollado un Índice de Psicoactividad (IPa) como parámetro para la autorización de las variedades.

$$\text{Índice de psicoactividad} = (\text{thc} + \text{cbn}) - \text{cbd}$$

Las preferencias de los consumidores son desconocidas, como también lo es la potencia del cannabis disponible actualmente en el mercado negro. Por esa razón, el IRCCA prevé autorizar la plantación para venta en farmacias de:

- * 2.000 Kg de cannabis con Índice de psicoactividad bajo
- * 2.000 Kg de cannabis con Índice de psicoactividad equilibrado
- * 2.000 Kg de cannabis con Índice de psicoactividad medio

Sería conveniente analizar la evolución de las preferencias de los usuarios y su relación con el precio, como insumo para la definición de la cantidad producida para cada variedad.

6 – *Genética*. El gobierno ha diseñado un modelo de trazabilidad genética con el objetivo de corroborar la inexistencia de fugas desde los puntos de producción para farmacias hacia el mercado negro. El modelo se apoya en la habilitación de tres variedades con material genético solamente en propiedad del Estado uruguayo que se lo entrega a los licenciatarios para su producción. De esta manera será posible identificar si futuras incautaciones provienen o no del mercado regulado. Se busca monitorear el material genético producido por los licenciatarios así como el disponible en el mercado negro.

7 – *Excedente*. El manejo de posibles excedentes es central para evitar fugas desde la producción regulada hacia el mercado negro. La definición de abastecer inicialmente al 30% del mercado colabora con la previsión de contar con cero excedente, promoviendo una incorporación paulatina de los usuarios al sistema. Sería conveniente que se desarrollen estrategias de manejo de excedente en el momento en que sea posible establecer con mayor precisión la demanda y la producción busque abastecerle en su totalidad.

8 – *Recaudación*. Según se establece en el decreto reglamentario de la Ley N.º 19.172, la producción de cannabis generará mecanismos de recaudación por dos vías complementarias. Por un lado, mediante el pago del Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE) a través del impuesto a la renta¹¹. Por otro lado, la habilitación para incorporarse a la cadena como productor o farmacéutico supone el pago de un canon que es recaudado por el IRCCA y prevé el financiamiento del Instituto en su etapa inicial. El monitoreo de la regulación del mercado requiere del seguimiento de la evolución de la recaudación como forma de garantizar la viabilidad económica del modelo.

Componente Distribución

La distribución es un componente de central importancia para el desarrollo de la modalidad de venta en farmacias, la cual prevé captar al mayor número de usuarios. Adicionalmente a los estímulos mencionados del precio y la calidad, la disponibilidad de cannabis en el mercado regulado y la regularidad del suministro, son centrales para lograr la adhesión de los usuarios al modelo. El logro no sólo depende de que la cantidad producida cumpla con los objetivos trazados, si no también que los mecanismos de distribución faciliten el acceso por parte de aquellas personas que ya compran la sustancia en el mercado negro.

Este componente está formado por un único subcomponente que refiere a la “dispensación descentralizada”. El IRCCA aún no ha definido los criterios de asignación de licencias para venta en farmacias. Una vez iniciado el proceso de otorgamiento de licencias para venta será conveniente monitorear la instalación y el efectivo funcionamiento de puntos de dispensación en las zonas definidas como necesarias.

Componente Usuarios

El componente Usuarios busca monitorear la evolución de la demanda y cómo se relaciona con las tres modalidades de acceso que componen el mercado regulado. Está integrada por tres subcomponentes que se detallan a continuación:

1 – *Cantidad consumida*. Busca monitorear la proporción de cannabis obtenida a través del mercado regulado y la proporción comercializada en el mercado negro o intercambiada de manera informal en el mercado gris. De esta manera, el monitoreo de este subcomponente requiere la recolección de dos indicadores:

* **Cantidad anual consumida**, medida en kilogramos. La estimación actual, tomada en base a los datos de la V ENCDH 2011 y a los supuestos presentados en el subcomponente cantidad producida, es de 21.600 kilogramos para el primer año de funcionamiento del sistema¹².

* **Cantidad anual consumida en mercado regulado**, medida en kilogramos. Se obtiene a partir de los registros de las tres modalidades de acceso reguladas.

Al compararse la cantidad anual consumida en mercado regulado con la estimación de cantidad anual consumida es posible conocer la proporción del mercado que se abastece por los mecanismos regulados por el Estado.

11. Este impuesto se dirige hacia Rentas Generales y es recaudado por la Dirección General Impositiva.

12. Esta información será corregida a la luz de los datos de la VI ENCDH 2014 cuyos datos estarán disponibles en el mes de diciembre de 2014. Un ajuste en esta estimación repercutiría en ajustes sobre otros subcomponentes de monitoreo.

2 – *Adhesión*. Este subcomponente busca monitorear la adhesión de los usuarios al sistema mediante el monitoreo del número total de usuarios inscriptos en los registros del IRCCA en sus tres modalidades de acceso. Según se desprende de las entrevistas el IRCCA estima que luego del primer año de venta en farmacias, los registros estarán compuestos por:

- * 10.700 usuarios habituales (es decir, el 30% de 35.700)
- * 24.600 usuarios ocasionales (es decir, el 30% de 82.000)
- * 1.500 cultivadores en domicilio
- * 12 clubes de cannabis con entre 15 y 45 miembros cada uno.

De esta manera, el IRCCA trabaja con la meta de lograr abastecer mediante el mercado regulado a aproximadamente 37.300 de los 128.000 usuarios en el año. Se espera que la incorporación de usuarios al sistema sea progresiva.

3 – *Confianza*. Este subcomponente busca monitorear las creencias de los usuarios sobre el sistema y su disponibilidad a integrarse a un mercado con fuerte presencia estatal. La obligatoriedad de registrarse como cultivador doméstico, miembro de un club o adquirente en farmacias, es señalada como un elemento que debilita la confianza de los usuarios. Otros elementos hasta ahora no señalados podrían atentar contra la confianza y de esta manera obstaculizar la adhesión al sistema. Será conveniente monitorear la evolución de la confianza a partir de estudios que recojan su opinión sin violar la confidencialidad del registro y carácter de dato sensible.

Componente Fiscalización

La regulación supone una ampliación de la intervención estatal en el mercado de cannabis en la medida en que adiciona, a las funciones de represión del tráfico ilícito, las competencias en materia de fiscalización del cumplimiento de las restricciones establecidas sobre este nuevo mercado. En este componente no hay metas previstas. A continuación se describen los subcomponentes de la fiscalización:

1 – *Cuerpo Inspectivo*. En primer lugar, por ser una competencia nueva para el Estado, es necesario designar un cuerpo inspectivo responsable de fiscalizar el cumplimiento de las restricciones establecidas en la Ley N.º 19.172, sus decretos reglamentarios y las disposiciones definidas por el Instituto. Según se recoge en las entrevistas realizadas a la Junta Directiva del IRCCA, las tareas de fiscalización serán asumidas inicialmente por los equipos de inspección del MSP y el MGAP. El subcomponente de monitoreo cuerpo inspectivo busca dar seguimiento a la conformación funcionamiento del equipo de trabajo. Sería recomendable desarrollar una planificación del trabajo del equipo e identificar metas de gestión.

2 – *Control de umbrales*. Entre las tareas del cuerpo inspectivo se encuentra la de fiscalización de la cantidad máxima de abastecimiento autorizada. Los umbrales han sido establecidos por el gobierno debido a su necesidad de evitar fugas de cannabis desde el mercado regulado hacia el mercado negro, a través de los usuarios. Se estableció la cantidad máxima de tenencia de 480 gramos por año lo cual representa 1,3 gramos diarios. Los mecanismos de fiscalización varían dependiendo de la modalidad de acceso:

- * Venta en farmacias: se realizará el control informático de la cantidad de cannabis vendido y se controlará el stock disponible en la farmacia.
- * Clubes de cannabis: se analizarán los reportes mensuales enviados al IRCCA y se realizarán inspecciones aleatorias a la sede del club.
- * Cultivo en el domicilio: se realizarán inspecciones aleatorias a los domicilios en los que existen cultivos domésticos.

3 – *Fiscalización de restricciones*. La Ley N.º 19.172 establece diferentes restricciones de uso de cannabis, tendientes a reducir el impacto negativo de su uso sobre la salud pública. La fiscalización de estas restricciones es una competencia nueva en relación al cannabis. Existen controles similares para el uso de tabaco y alcohol pero no se habían aplicado al cannabis hasta el momento, debido al contexto de ilegalidad. En ese sentido, será necesario monitorear los controles que el cuerpo inspectivo realiza en los siguientes espacios de restricción:

* *Espacios cerrados de uso público*. La Ley N.º 19.172 aplica al cannabis las restricciones establecidas para el tabaco en el artículo 3 de la Ley N.º 18.256, como una medida de salud pública. Este subcomponente busca monitorear su cumplimiento.

* *Tránsito.* La Ley N.º 19.172 y su decreto reglamentario del 6 de mayo de 2014 establecen la prohibición de manejar vehículos a quienes posean la capacidad afectada debido al uso de cannabis. Se entiende por capacidad afectada a la presencia de THC en el organismo. Según informó a la prensa la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV)¹³, los dispositivos de control que ya se han comenzado a implementar detectan el uso de cannabis hasta 10 horas luego del consumo. Sin embargo, las tecnologías utilizadas son nuevas a nivel mundial y la investigación científica relacionada a la duración de la afectación cognitiva por uso de cannabis avanza permanentemente. Por esta razón sería conveniente realizar el monitoreo de los resultados arrojados por los controles, como así también, el monitoreo de los mecanismos de control establecidos.

* *Publicidad.* La Ley de regulación del mercado también prohíbe cualquier forma de publicidad de productos de cannabis psicoactivo por cualquier medio. Esta es una tendencia creciente en la regulación de los mercados de sustancias psicoactivas, en el entendido de que la promoción del uso representa un problema en materia de salud pública.

Restricciones como las referidas a las relaciones laborales o la venta a menores de edad no competen a los equipos de fiscalización del IRCCA. En el primer caso, la modalidad de control deberá ser establecida por trabajadores y empleadores en el marco de la mesa de negociación colectiva, y en el segundo caso, porque no es posible la inscripción de menores al registro de adquirentes. Además, la venta a menores continúa siendo una conducta penada por la ley y reprimida por la policía, tal como lo establece el decreto-ley N.º 14.294 y sus modificaciones.

Componente Comunicación.

La regulación del mercado de cannabis es una política pública que despierta mucho interés en la opinión pública. En tal sentido el éxito de la regulación depende no sólo de una efectiva implementación del mercado regulado, sino también de la buena comunicación que de la misma se realice. El desarrollo de la página web del IRCCA es un elemento central de este componente. Para el monitoreo de la política resulta necesario diferenciar entre los siguientes subcomponentes:

1 - *Comunicación dirigida a usuarios.* Busca promover la adhesión de usuarios al sistema y cumplir con la difusión de información de riesgos y daños en el marco del cumplimiento del objetivo de salud pública. A partir de la entrevista con el IRCCA es posible saber que se prevé la entrega de un tríptico de gestión de riesgos y daños a cada usuario, y una guía de seguridad y buenas prácticas de cultivo a cada cultivador doméstico registrado.

2 - *Comunicación a la opinión pública.* Busca generar certezas a nivel de la prensa y la opinión pública en general respecto del estado de la implementación y los resultados que arroja la política.

13. Ver informativo Subrayado 19/8/14: <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/35957/unasev-presento-equipos-para-controlar-marihuana-en-conductores>

:: Educación y prevención en el consumo de drogas

La educación y prevención en el consumo de drogas es uno de los pilares del enfoque de salud que tiene la nueva reglamentación en Uruguay. La idea es promover una conciencia de los riesgos que implica el consumo de sustancias buscando un incremento en la percepción de riesgo. Este enfoque de salud pública ya estaba presente en los lineamientos de la JND, tal como puede leerse en la Estrategia 2011 – 2015¹⁴.

La política pública relacionada al problema depende del *Área de Prevención*, la cual está dentro del *Área de Reducción de la Demanda* de la JND. Dicha área es la que diseña e implementa las directivas que la JND establece para la política de atención y tratamiento. Los lineamientos estratégicos están expresados en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas Período 2011 – 2015 (Junta Nacional de Drogas, 2011).

A nivel estratégico, el lineamiento es “*promover la reducción de la demanda de drogas*” para ello se propone “*instrumentar y profundizar los programas de prevención – educación en el ámbito de la educación formal y no formal, familiar y laboral, con especial relevancia a nivel territorial y comunitario facilitando la participación de los usuarios*” (Junta Nacional de Drogas, 2011, pág. 8).

Enmarcado en dicho lineamiento el *Área de Prevención* desarrolla acciones y programas tendientes a aumentar la percepción de riesgo en relación al uso de sustancias psicoactivas, implementando acciones de prevención universal, selectiva e indicada. Para ello trabaja considerando seis líneas estratégicas: prevención en educación formal y no formal, prevención en ámbito laboral, apoyo a familias, intervención comunitaria, prevención selectiva (en ámbitos específicos) y comunicación.

Se trabaja sobre distintas sustancias aunque el cannabis (junto con el alcohol) es una sustancia prioritaria debido a los altos índices de prevalencia. En este sentido, según surge de entrevistas con funcionarios del área, el objetivo en 2014 fue incorporar todas las dimensiones de la Ley N.º 19.172 en lo que son todos los espacios de trabajo de prevención.

Las poblaciones objetivo son variadas y en general han sido definidas de manera amplia: estudiantes del sistema educativo formal (inicial, primaria, secundaria y terciaria); familias; trabajadores formales; usuarios en contexto de consumo; empleados en puntos de venta de sustancias; comunidades de vecinos; organizaciones insertas en el territorio; población en general.

Las acciones tienen alcance nacional y dependiendo del programa o acción se focaliza en territorios con características particulares (por ejemplo: lugares con mayor consumo de drogas en determinado momento, centros educativos, etc.).

Hay actores institucionales clave en la implementación de los programas del Área:

- * Juntas Departamentales de Droga
- * Mesas interinstitucionales a nivel central:
- * con los desconcentrados de la enseñanza pública;
- * con empresarios y trabajadores;
- * con organizaciones de la sociedad civil;
- * con la Academia;
- * con la Administración Central;
- * con ASSE;
- * con Empresas Públicas

14. “La estrategia promoverá un abordaje socio sanitario desde una óptica de salud pública en su más amplia acepción. Incluye el derecho a la salud, la educación en salud, la prevención, detección precoz, asistencia y tratamiento en el campo de la enfermedad y de la reducción de daños a través de diversos dispositivos. El enfoque de salud pública constituye un pilar de la Estrategia desde una óptica de solidaridad social y de una concepción bio?psico?social que incluye la promoción, prevención y el trabajo comunitario con participación activa de todos los actores locales públicos, privados, de organizaciones vecinales, no gubernamentales y líderes comunitarios” (Junta Nacional de Drogas, 2011, pág. 5).

A nivel del financiamiento de las acciones del Área, ésta recibe:

- * Fondos de bienes decomisados
- * Presupuesto SND
- * Financiamiento proveniente de Empresas Públicas
- * Financiamiento proveniente de Gobiernos Departamentales
- * Financiamiento proveniente de Cooperación Internacional.

Según se ha confirmado en entrevistas con personal del Área la meta del trabajo de prevención para este año y el próximo ha sido aumentar la percepción de riesgo de sustancias, con énfasis en alcohol y marihuana.

Es muy importante destacar que, en términos generales, no hay programas específicos creados a partir de la regulación del cannabis. Lo que se ha hecho es realizar ajustes de programas ya previstos en la Estrategia con énfasis en o adecuación al nuevo marco legal.

:: Tratamiento, rehabilitación y reinserción de usuarios problemáticos de drogas

El tratamiento, rehabilitación y reinserción de usuarios problemáticos de drogas es un instrumento directamente relacionado al objetivo de salud que se plantea la regulación del cannabis en Uruguay. El riesgo de desarrollar dependencia con el cannabis es inferior al riesgo de desarrollar dependencia con alcohol o cocaína, asimismo la dependencia que puede desarrollarse con el cannabis es débil comparada con el tabaco, el alcohol, la cocaína y los estimulantes (Caulkins, Hawken, Kilmer, & Kleiman, 2012, pág. 54 y ss.). Si bien el cannabis no es la sustancia más problemática, la regulación forma parte de un cambio mayor en la política de drogas, desde el prohibicionismo hacia una política de salud pública. En consecuencia, la disponibilidad de tratamiento y rehabilitación es uno de los pilares del nuevo enfoque que permite –según lo establece la Ley N.º 19.172- “*proteger, promover y mejorar la salud pública*” (art. 1).

El tratamiento a usuarios de drogas en Uruguay no está incorporado aún dentro de las prestaciones obligatorias para los prestadores de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El SNIS sí incluye como meta prestacional la existencia en todos los prestadores de: línea telefónica de atención por uso de drogas; un servicio de internación por casos de intoxicaciones agudas, separado de la internación por trastornos de salud mental; un equipo multidisciplinario especializado en la atención por uso de sustancias. Según entrevista con representantes de MSP está la intención de incorporar la atención a usuarios de drogas como parte de las obligaciones asistenciales.

La política pública relacionada al problema depende del *Área de Atención y Tratamiento*, la cual está dentro del *Área de Reducción de la Demanda* de la JND. Dicha área es la que diseña e implementa las directivas que la JND establece para la política de atención y tratamiento. Los lineamientos estratégicos están expresados en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas Período 2011 – 2015 (Junta Nacional de Drogas, 2011).

El primer lineamiento estratégico establece el objetivo de “*fortalecer la Red de Asistencia en Drogas desde un enfoque interinstitucional que abarque las redes sanitarias y sociales a nivel nacional y local tomando en consideración los tres niveles de salud, especialmente el primer nivel de asistencia, y respondiendo al enfoque de intervenciones planteados en el Programa Nacional de Asistencia a usuarios problemáticos de drogas y a las Guías y Protocolos de Intervención vigentes*”.

Para dar forma a la referida Red se creó en 2012 la Red Nacional de Atención en Drogas (RENADRO). Con RENADRO se ha intentado dar una conformación de sistema a la atención de salud que se presta a los usuarios de drogas. Como expresa Luis González (Coordinador de Atención y Tratamiento en JND) “*desde hace 7 años se ha trabajado para convertir dispositivos aislados en una red que se transforme en un sistema de tratamiento*” (González, 2014).

Esto implica reunir y coordinar en una red a todas las instituciones públicas y privadas que previamente trabajaban en forma inconexa. La misma tiene el objetivo de brindar atención integral a los usuarios problemáticos de drogas, con un enfoque sanitario y social que permita un diagnóstico y derivación oportunos. En la red participan un conjunto de instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil. La misma se nutre de recursos (humanos, materiales y financieros) de todas las instituciones públicas que participan en ella. Por ello se constituyó un fideicomiso para ejecutar el componente financiero y de contrataciones de los distintos proyectos.

Según puede leerse en resolución de Presidencia del 2 de diciembre de 2013 se aprueba el contrato de fideicomiso por el cual la Junta Nacional de Drogas (JND), MIDES, MSP, INAU y ASSE aprueban la conformación de un fideicomiso para la gestión financiera que requiere la implementación de la atención y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas. JND y MIDES aparecen como fideicomitentes y la entidad administradora o fiduciaria es la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND). En el contrato se establece que el mismo tendrá por finalidad administrar los bienes fideicomitados para:

- * la contratación de recursos humanos requeridos por la Junta Nacional de Drogas para la atención médica de usuarios problemáticos de drogas;
- * la elaboración de proyectos ejecutivos arquitectónicos, la construcción, el mantenimiento y la reparación de la infraestructura edilicia pública destinada a la atención médica de usuarios problemáticos de drogas y;
- * la adquisición de bienes y servicios que permitan contribuir al cumplimiento de la implementación de la Red Nacional de Atención en Drogas

Respecto al patrimonio la JND se obliga a conformar el patrimonio fideicomitado mediante la transferencia de la suma de hasta \$24.000.000, correspondiente al Ejercicio 2013; al tiempo que el MIDES se obliga a transferir la suma de \$ 5.358.455 para el Ejercicio 2013 y \$ 5.762.000 para el Ejercicio 2014. Por su parte, el MSP, INAU y ASSE, sin considerarse fideicomitentes, ni adquirir la calidad de tales, podrán realizar aportes adicionales al patrimonio fiduciario, provenientes de recursos presupuestales o de otras fuentes como donaciones, aportes públicos locales o extranjeros. Se establece que el plazo del fideicomiso comenzará con la intervención del Tribunal de Cuentas y finalizará el 31 de diciembre de 2015, pudiendo prorrogarse hasta un plazo máximo de 30 años¹⁵.

La red de atención se ha construido teniendo como referente los 3 niveles clásicos de atención en salud¹⁶ y por las mismas razones: poder cubrir diferentes situaciones de forma adecuada, privilegiando la atención primaria que es donde se resuelven la mayor parte de las situaciones que llegan al sistema. Por tanto, el **abordaje del tratamiento se hace por nivel de atención y no por sustancia**. Esto es un elemento a tener en cuenta en la evaluación ya que **no hay políticas de tratamiento específicas para marihuana, sino las que ya existen** (y que son genéricas para usuarios de drogas) en cada uno de los **3 niveles de atención de la red**.

Es importante destacar que septiembre de 2013 se promulga el Decreto N°247/13 de carácter interministerial (MSP, MEC, MTSS, MIDES) llamado "Reforma del marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas (UPD)". Éste deroga el Decreto N.º 35/007 del 29 de enero de 2007. La nueva reglamentación se considera superior a la anterior porque establece múltiples categorías de centros de atención a usuarios de drogas y varias calidades.

15. Los detalles han sido extraídos del contrato de fideicomiso, el mismo puede leerse en:

http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/resoluciones/2013/12/msp_516_anexo.pdf.

16. En los sistemas de salud, el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud, en el que se produce el primer contacto. Está constituido por la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes (y que pueden resolverse mediante actividades de promoción, prevención y por procedimientos de recuperación y rehabilitación). Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad (consultorios, policlínicas, centros de salud). Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas de salud.

En el segundo nivel de atención se ubican hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Suele estimarse que entre primer y segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes: patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud (Vignolo et al, 2011).

El reglamento previo preveía solo una categoría, era muy exigente en términos de calidad y no estimulaba la habilitación por parte de los centros. En este marco, se avanzó en la creación de indicadores de atención y tratamiento con vistas a la creación de un sistema de evaluación y acreditación de calidad. Lo que se quiere con la nueva reglamentación es promover la habilitación de todos los centros, que los mismos puedan ser visitados, supervisados y evaluados. A partir de la reglamentación todos los centros deben inscribirse en “*tratamiento.registra*” para enviar información sobre los usuarios¹⁷.

Pasaremos a describir brevemente las características de los 3 niveles de atención. Para una descripción más extensa puede leerse el Anexo Capítulo 2.

El **Primer Nivel** de atención tiene tres grandes dispositivos: **actuación en policlínica para detección de consumos de riesgos e intervenciones breves** (paquete ASSIST de OPS), **Centros Ciudadela** (puerta de entrada a la red) y **tratamiento de base comunitaria** (Aleros, Centro de escucha e inclusión social). Pasaremos a describir cada uno brevemente.

Actualmente la red cuenta con un potencial de 700 policlínicas que pertenecen a ASSE, Intendencias y efectores privados. Cada policlínica tiene sus recursos materiales y profesionales propios. La red llega a todo el territorio nacional. Previo a la conformación de la red, las policlínicas no trataban la problemática de drogas. En 2014 se trabajó en tamizaje e intervención breve. El tamizaje se hace a partir de una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y permite filtrar población usuaria del centro de salud por niveles de riesgo. Para ello se utiliza el paquete ASSIST – DIT de la OMS. ASSIST es una sigla que resume la expresión *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Se trata de un test diseñado por la OMS para la detección temprana de consumos de riesgos de sustancias psicoactivas [tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas], la intervención breve en el espacio de la consulta y la derivación oportuna a tratamiento.

ASSIST indica una puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario reporta haber consumido alguna vez. Se clasifica a los individuos en “bajo”, “moderado” o “alto” según el riesgo para cada sustancia. Luego de haber determinado la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre consumo de sustancias. En cada caso se determina la intervención más adecuada (“no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento” respectivamente)¹⁸ (OPS - OMS, 2011).

En 2014 se capacitó a 500 personas en este tema y otros temas de atención primaria de la salud (al cual asistieron funcionarios de ASSE, Intendencias y sector privado).

Actualmente no es obligatorio que los prestadores de salud incorporen estas intervenciones porque la atención en problemas de drogas no forma parte de las obligaciones asistenciales.

Según funcionarios de la JND en noviembre o diciembre de 2014 se estarían realizando las primeras experiencias de aplicación del paquete ASSIST en el primer nivel de atención.

Los centros Ciudadela son la puerta de entrada a la Red. Se realiza recepción, diagnóstico y derivación. Cualquier persona puede realizar consultas (usuarios, técnicos, familiares). Además de recepción y derivación, en el Interior de la República hay un ambulatorio diurno y por lo menos un servicio comunitario. La idea es tener un centro por Departamento. Actualmente hay dos funcionando, 10 centros que están por empezar y se piensa tener 17 o 18 antes de fin de año¹⁹.

17. “Tratamiento.registra” es un software realizado en 2012 y que a partir de 2013 ha comenzado a difundirse por la red de atención. El Sistema brinda información actualizada de la población que pasa por los centros de atención. Tiene un rol de ventana epidemiológica, permitiendo contar con alertas tempranas de situaciones cambiantes como ser cambios en la incidencia de las sustancias, cambios en los patrones de consumo y su dimensión espacial, aparición de nuevas sustancias o modalidades de uso.

18. “Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse” (OPS - OMS, 2011, pág. 2).

19. Información recogida en entrevistas con la JND.

A través del *1020 se puede acceder a la red gratis, por celular. Sirve para consultas, contención, diagnóstico situacional presuntivo. Recomendación para derivación a red.

Los dispositivos de Tratamiento de Base Comunitaria (TBC) tienen el objetivo de mejorar accesibilidad de atención, fortalecer y articular redes territoriales y sistema de atención de salud. Se dividen en dispositivos de proximidad (Aleros) y Centros de Escucha e Inclusión Social. En Aleros se trabaja con duplas técnicas que tejen redes entre usuarios y actores barriales. Se realiza con convenio con la Intendencia de Montevideo (IM). Existe desde 2012 y está actualmente en 8 barrios de Montevideo. Por otra parte, están los Centros de Escucha e Inserción Social y otros dispositivos de proximidad. Hay varios dispositivos funcionando actualmente en Montevideo, se prevé llevar estos dispositivos al Interior junto con la instalación de los Centros Ciudadela. Según la JND estos dispositivos atienden en Montevideo unas 500 personas al año²⁰.

En el **Segundo Nivel** de atención la red posee residenciales con diferentes abordajes: ambulatorios especializados, centros diurnos (de horario extenso), residenciales regionales de corta estadía. La idea de estos dispositivos es constituirse en un camino previo a la internación para que la mayoría de los casos se resuelva sin llegar a una internación larga. Se privilegia la interacción con la familia y el barrio para facilitar la reinserción de la persona. Por último, se privilegia que el usuario tenga un centro en el cual pueda recibir apoyo. Hay 5 residenciales planificados, uno en cada una de las zonas geográficas en que la JND divide el país: metropolitana, este, oeste, centro y norte. Tres de estos dispositivos residenciales están establecidos (Casa abierta, Jagüel, El portal Amarillo). Los dos dispositivos nuevos se harán en Durazno y en Soriano. Estos ya están diseñados y la previsión es que la construcción se inicie a fines de 2014, abriendo al público en junio de 2015.

El rol de los Centros Ciudadela es clave para el funcionamiento del segundo nivel ya que debería asegurar una derivación adecuada en términos clínicos.

Un aspecto central de la estrategia en el segundo nivel de atención es que los dispositivos son interinstitucionales (organismos del Estado diferentes) y también mixtos (público – privado, con participación de ONG's).

El **tercer nivel** de atención está compuesto por dos residenciales de alta especialización: el dispositivo Las Brujas de mediana y larga estadía al que pueden asistir aquellos pacientes que requieran más de un mes de internación; el dispositivo Chanaes ubicado en San José y especializados en el tratamiento de patologías duales. Esto se complementa con la Unidad Móvil de Atención (UMA) en la zona metropolitana y los Equipos de Respuesta Integral en Crisis de Adicciones (ERICA) de alcance nacional. El dispositivo UMA está especializado en población en situación de vulnerabilidad extrema sin acceso a otros dispositivos. Cuenta con una camioneta–consultorio que luego de realizar diagnósticos de zona fijará puntos de atención en los que se estacionará el dispositivo una vez a la semana. El dispositivo ERICA que interviene en casos de necesidad de desintoxicación, asociado a la emergencia de hospitales, está compuesto por un equipo multidisciplinario que integra psicólogos y trabajadores sociales que además trabajan con la familia.

20. Según la JND en su página web “Centros de escucha, equipos de proximidad y puntos de encuentro, son algunas de las modalidades que los dispositivos de base comunitaria han tomado, favoreciendo la ampliación de la oferta local a la medida de las necesidades y recursos de cada territorio. Todos apuntan a lo mismo: la construcción de un sostén social que combata la vulnerabilidad de los usuarios con consumo problemático de drogas” (Junta Nacional de Drogas, 2014).

:: Acción policial

La política de control y represión de drogas ilegales²¹ es llevada adelante por el Ministerio del Interior como principal organismo del Estado. Además participan otras instituciones como ser la Junta Nacional de Drogas²², el Ministerio de Defensa Nacional (Dirección de Investigaciones y Narcotráfico de la Prefectura Naval o bien las fuerzas militares en donde tengan competencia como las zonas fronterizas), así como la Dirección General de Aduanas, entre otros.

La Ley de Regulación del mercado de cannabis es parte de una serie de medidas implementadas por el Estado uruguayo en relación a la Seguridad Ciudadana del país denominada “Estrategia por la vida y la convivencia”. Si bien algunas de ellas ya venían siendo implementadas desde hace mucho tiempo, representan un punto de inflexión a nivel político en la búsqueda de soluciones integrales y estructurales a los problemas de violencia, seguridad y convivencia. Los tres principios que orientan dicha estrategia son los de autoridad, reciprocidad y la convivencia. La integralidad de dicha respuesta se organiza en 4 pilares:

1. Adecuación normativa para fortalecer la convivencia
2. Mejoramiento de la eficacia y transparencia policial
3. Sistema de centros de mediación de conflictos en el área metropolitana
4. Equipamientos e infraestructura para la convivencia y el uso intensivo de los espacios públicos

En lo que refiere al primer objetivo de la Ley N.º 19.172 sobre reducir la violencia asociada al narcotráfico mediante la legalización de la producción, distribución y venta de cannabis, es importante detallar que dicho objetivo no puede ser cumplido solamente por los instrumentos y estrategia que la Ley propone mediante su creación. La tarea de combate al narcotráfico, así como el control y represión de las drogas ilegales, seguirán siendo parte de las funciones que el Estado uruguayo realizará a excepción de aquella descrita en la Ley N.º 17.172 que exime a la marihuana legal-regulada de las disposiciones del Decreto-Ley N.º 14.290 y la Ley N.º 17.106.

De acuerdo con las entrevistas realizadas y notas de prensa consultadas²³, a los efectos de la estrategia llevada adelante por el Ministerio del Interior, la regulación del mercado de cannabis no representa grandes cambios en el accionar policial. Según fuentes de este Ministerio, el combate al tráfico de drogas ilegales, al crimen organizado y al narcotráfico en cualquiera de sus escalas, seguirá siendo objeto de represión y control por parte del Estado a excepción ahora del cannabis que se encuentre dentro de lo establecido por el nuevo marco legal.

Por tanto es necesario identificar la estrategia policial y su magnitud en relación al objetivo vinculado a la seguridad humana y la convivencia ya que por un lado la ley de regulación del cannabis pretende influir sobre dicha situación mediante la separación de mercados y el desplazamiento de las y los usuarios del mercado negro al mercado legal. Sin embargo, los problemas de seguridad y convivencia, así como el desarrollo y/o cambio de las redes de crimen organizado y sus manifestaciones violentas requieren del funcionamiento del aparato represivo del Estado a los efectos de su combate.

21. Las sustancias consideradas ilegales y por tanto objeto del control y represión por parte del Poder Ejecutivo en particular el Ministerio del Interior, son las contenidas en las Listas I y II de la Convención única de New York del año 1964 y las incluidas en la lista I del Convenio sobre sustancias psicotrópicas suscrito en Austria en el año 1971 que no sean con fines terapéuticos expresamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública.

22. Los organismos integrantes de la JND son los Ministerios de Educación y Cultura, Desarrollo Social, Turismo y Deporte, Economía y Finanzas, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de trabajo y Seguridad Social la Secretaría Anti-lavado de Activos. Es presidida por el Prosecretario de la Presidencia y cuenta con un Secretario General que realiza la dirección ejecutiva de la misma. Fuente: <http://www.infodrogas.gub.uy>

23. <http://www.montevideo.com.uy/auc.aspx?229000,1,1149>

Dentro de las medidas incluidas en la Estrategia por la Vida y la Convivencia, existen algunas disposiciones tendientes a *incrementar la intervención policial* como ser el endurecimiento de penas contra delitos vinculados a la pasta base, modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia en particular en lo referido a adolescentes en conflicto con la Ley así como seguir insistiendo en la aprobación del código de Procedimiento Policial y la creación de los Juzgados de Micro-tráfico. Además, se buscan otras medidas tendientes a mejorar la eficacia policial y la transparencia como ser el cambio en el modelo de gestión de las Comisaría incorporando la gestión por resultados y asistida por mejoras tecnológicas que van desde equipamiento y soporte de inteligencia. Esto, sumado a un incremento presupuestal sin precedentes²⁴ en Uruguay tendiente a fortalecer el aparato represivo y de control en materia de seguridad.

Hasta ahora, la intervención planificada de estrategias contra el mercado ilícito de drogas y sus manifestaciones así como los dispositivos de intervención y respuesta policial son coordinados por la Dirección General de Represión de Tráfico Ilícito de Drogas (DGRTID) con jurisdicción nacional. Además intervienen las seccionales policiales a través de Departamentos específicos como en el caso de la Jefatura de Montevideo o bien de funcionarios específicos asignados a ello.

El combate al crimen organizado a gran escala así como operativos de inteligencia, seguimiento y combate a organizaciones internacionales (macro-tráfico) es llevado adelante a nivel central por la DGRTID. La misma tiene jurisdicción nacional y posee 3 sedes más en el interior del país:

- 1) Aeropuerto Nacional de Carrasco
- 2) Ciudad de Rivera
- 3) Ciudad de Salto

El combate al narco-menudeo o distribución a la interna del país lo puede realizar cualquier Seccional Departamental de Policía. De hecho, la Seccional Policial de Montevideo realiza los trabajos relativos a micro-tráfico, en particular las bocas de distribución, expendios, etc. También existe la Brigada Nacional Antidrogas dentro de la DGRTID. Poseen la misma competencia para actuar, pero se concentran en la distribución al por menor, bocas de expendio de sustancias ilegales así como las denuncias y conflictos surgidos por ello.

En el año 2014, la Jefatura de Policía de Montevideo creó una unidad especial denominada “Unidad de Información y Análisis de Hechos Complejos” en respuesta al incremento de los homicidios vinculados a ajustes de cuentas, violencia asociada al narcotráfico y escalada de delitos sin resolver o presuntamente vinculados a actividades narcotraficantes. El surgimiento del sicariato en algunas zonas consideradas “rojas” y el incremento de “bocas de pasta base” son algunas de las características que ha tomado la actividad delictiva en Uruguay, principalmente en Montevideo²⁵.

24. En nota de prensa el Director General de Secretaría del MI asegura que el año 1990 el presupuesto del Ministerio del Interior era de 7 millones de dólares y para el año 2012 ese monto llegó a 766 millones de dólares. <http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/presupuesto-policial>

25. <http://www.elpais.com.uy/informacion/bocas-drogas-capital.html>

:: Una propuesta para organizar la evaluación y monitoreo de la Ley N.º 19.172.

En el diseño de la propuesta de estrategia se ha tenido en cuenta lo que podría llamarse la estructura de la regulación del cannabis que se establece a partir de la Ley N.º 19.172. Para ello se han realizado dos procesos:

- Se ha identificado una **estructura de “intervención”** con su institucionalidad, instrumentos y objetivos.
- Se ha propuesto una estrategia que contemple la **evaluación de resultados (asociados a objetivos), teniendo en cuenta la contribución de los instrumentos.**

La estrategia para la evaluación de la regulación del cannabis en Uruguay tiene cuatro grandes componentes. Lo que se busca con esta propuesta es promover una evaluación que abarque los diferentes eslabones que tiene una política pública: desde su diseño e implementación hasta su impacto. Asimismo que contemple la gobernanza de la política teniendo en cuenta su diseño intersectorial y la participación del Estado y la sociedad civil en la implementación.

Los componentes de la estrategia de evaluación son:

- * **Monitoreo de Resultados:** Indicadores para medir resultados obtenidos en objetivos luego de la implementación de la ley.
- * **Monitoreo de implementación:** centrado en los instrumentos.
- * **Impacto de la regulación en los objetivos:** determinar el impacto neto de los instrumentos creados descontando la influencia de otros fenómenos.
- * **Calidad de la Gobernanza local e internacional.**

El monitoreo de **resultados** es una herramienta clave en la estrategia de evaluación. Refiere al monitoreo periódico de los niveles de logro en el cumplimiento de objetivos esperados, así como los resultados en aspectos no deseados. Este monitoreo de resultados es lo que permitirá *grosso modo* los efectos de la regulación sobre las principales variables de interés y actuar para implementar correctivos. El monitoreo de resultados se focaliza habitualmente en las metas que se establecen para cada uno de los objetivos que tiene la política. Sin embargo, el nuevo marco regulatorio no tiene metas asociadas a sus objetivos. Esto es una debilidad de la evaluación que deberá resolverse de manera ad hoc en el momento de analizar resultados.

El monitoreo de resultados se realizará periódicamente, por tanto, deberá hacerse un trabajo en forma planificada. Este componente de la evaluación es un componente central debido a que los indicadores que se seleccionen para la evaluación de resultados serán los mismos que se empleen al momento de determinar impacto (e imputar causalidad, desde los instrumentos hacia los resultados).

La limitación que tiene el monitoreo de resultados es que **no puede** confirmar en qué medida los logros obtenidos se deben exclusivamente a la política implementada y en qué medida se deben a otros factores. Por ello, se hace necesario tener una estrategia para evaluar el **impacto** de la regulación y sus instrumentos sobre los objetivos planteados. La evaluación de impacto refiere al nivel más alto en que un instrumento de política pública puede ser evaluado: la contribución neta que el instrumento de política tuvo sobre el objetivo. Por tanto, impacto implica medir el efecto del instrumento sobre el resultado obtenido descontando los efectos que otros factores de la realidad tuvieron sobre el mismo. En definitiva, la diferencia entre monitoreo de resultado y medición de impacto está en que, en esta última, se crearán dispositivos específicos para tener seguridad en el momento de hacer inferencias que vinculen causalmente los instrumentos de política con los resultados obtenidos en los objetivos medidos.

La medición de impacto es considerado un componente necesario en la evaluación de política pública (Cartwright y Hardie, 2012) y jugará un rol clave en la legitimación de una política que tanto a nivel local como internacional tiene resistencias y en general ha generado muchas expectativas. Por otra parte, ya hay ejemplos de evaluación de impacto y permiten mostrar con claridad en qué medida la política de drogas influye sobre resultados vinculados a seguridad, salud y otros (Tavares & Portugal, 2012).

Los instrumentos diseñados para llevar a cabo la política podrán funcionar adecuadamente si la implementación de los mismos es adecuada. Por tanto, el monitoreo de la implementación de los instrumentos es en sí mismo una pieza clave de la evaluación de la política (Rossi & Freeman, 1993).

El monitoreo de la implementación de los instrumentos previstos para alcanzar los objetivos será clave en lo que respecta a evaluar:

- * La adecuada puesta en funcionamiento de un mercado regulado que brinde seguridad a todos los participantes y que elabore y distribuya un producto competitivo con la marihuana ilegal.
- * La adecuada puesta en funcionamiento de los dispositivos de tratamiento y rehabilitación previstos que permitan alcanzar los objetivos de reducción de riesgos y moderación del consumo problemático de marihuana y drogas en general.
- * La adecuada implementación de dispositivos de educación y prevención en el sistema educativo y para la población general que permitan minimizar los comportamientos de riesgo en el consumo de marihuana y otras drogas. El seguimiento permitirá corregir sobre la marcha y en el largo plazo será un insumo relevante para determinar por qué se lograron los resultados que se lograron. En este sentido, el monitoreo de la implementación es un insumo clave para los estudios de impacto. El mismo permite determinar el grado en que los instrumentos lograron el alcance y calidad previstos y de esta manera es útil para determinar éxitos o fracasos en materia de impacto.

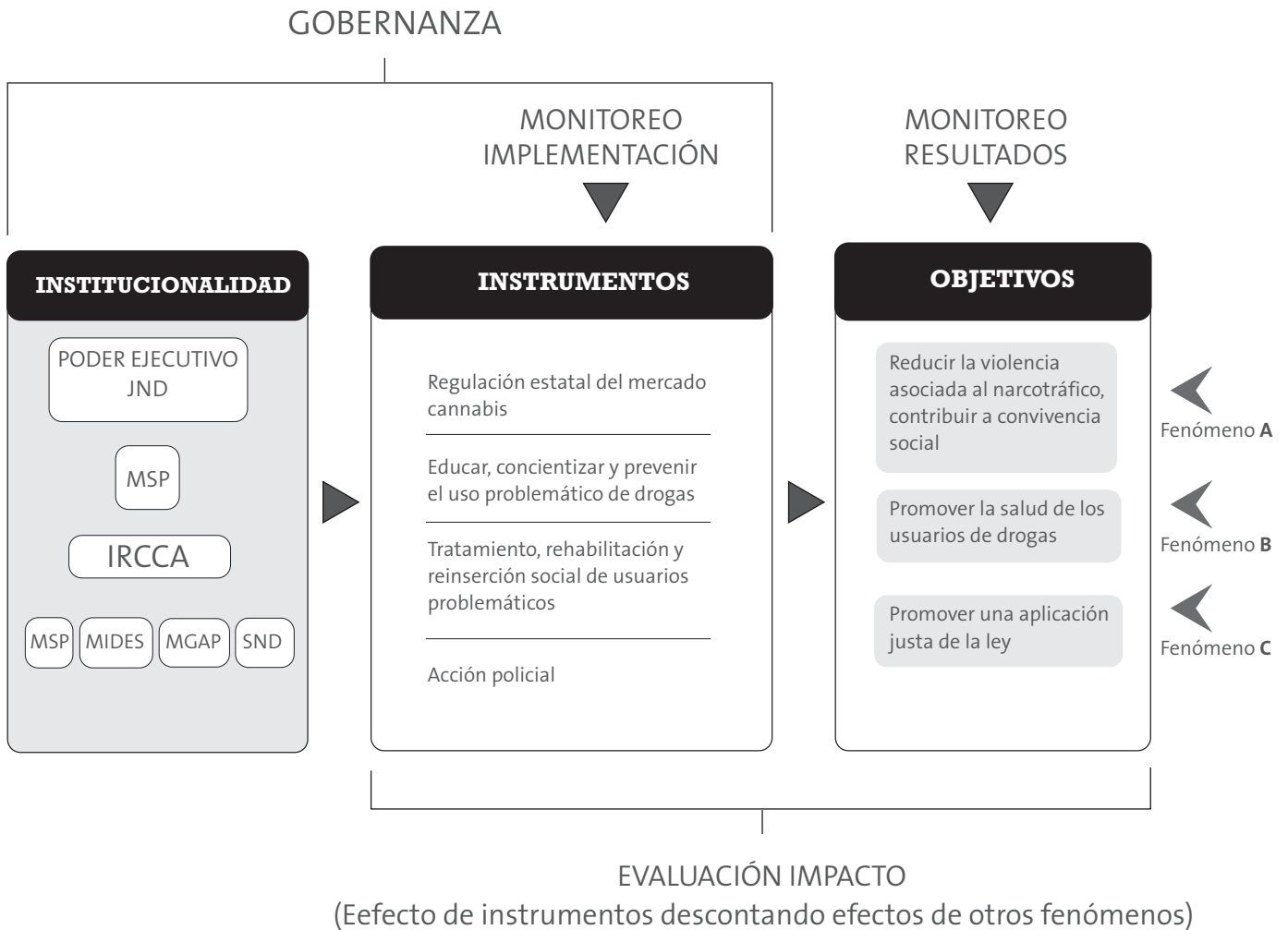
La evaluación de la calidad Gobernanza de la regulación del cannabis en Uruguay pretende evaluar la calidad de la gobernabilidad de la regulación a nivel local e internacional (profundizar en capítulo 7).

Teniendo en cuenta las distinciones realizadas, se obtiene la siguiente configuración:

- * *Monitoreo de resultados* obtenidos en los objetivos de la regulación, luego de la implementación de la ley.
- * Monitoreo de la implementación de los instrumentos que se han diseñado para alcanzar los objetivos que establece la ley.
- * *Evaluación de impacto* de la ley y sus instrumentos, lo cual implica determinar el impacto neto de los instrumentos creados descontando la influencia de otros fenómenos que operan en la realidad.
- * *Calidad de la Gobernanza local*²⁶ con respecto a la institucionalidad y los instrumentos efectivamente producidos.

26. No se hace referencia aquí a Gobernanza Internacional porque aún hay un Seminario pendiente a realizarse a finales de 2014 en el cual se abordará exclusivamente este tema.

A estos 4 componentes hay que agregar una serie de estudios ad hoc que han sido propuestos para investigar fenómenos relevantes vinculados a objetivos de la política y sobre los cuales no hay acumulación de conocimiento. La siguiente figura ilustra cómo sería idóneo organizar la evaluación y monitoreo de la ley:



Los 3 componentes de la estrategia centrados en instrumentos y resultados (monitoreo de resultados, evaluación impacto y monitoreo implementación) son complementarios, aunque independientes. El monitoreo de resultados cumple la función de vigilancia sobre los efectos inmediatos de la puesta en marcha de la regulación sobre un conjunto de factores asociados a los objetivos esperados y a fenómenos que no son deseados pero que podrían ocurrir. La evaluación de impacto cumple la función de determinar el valor de la política evaluada para transformar la realidad y cumplir con sus objetivos. El monitoreo de la implementación tiene la función de estudiar los instrumentos (principal variable independiente en el modelo que plantea la regulación), con qué calidad, alcance y fuerza llegan a la población. Este último permitirá interpretar adecuadamente los hallazgos a nivel de resultado e impacto.

Los tiempos en que sean lanzados cada uno de los componentes merecen algunos comentarios. Como se verá muchos de los indicadores que se usarán para monitoreo de resultados y para impacto ya se producen o se comenzarán a producir en el correr del año 2015. La periodicidad de los indicadores es variable, con lo cual sería razonable tener un primer informe evaluativo al año (aproximadamente) de haberse lanzado la venta de cannabis en Farmacias (canal que va a concentrar la mayor parte del cannabis comprado legalmente). Sería recomendable que se produjesen informes de resultados con una frecuencia de un año, pero eso dependerá de la disponibilidad de los datos y la periodicidad con la que se producen por parte de las oficinas del Estado.

Respecto a los tiempos para emitir juicios evaluativos sobre la regulación los expertos internacionales que participaron del Workshop realizado en septiembre de 2014 (particularmente Peter Reuter y Mark A. R. Kleiman) enfatizaron en diferenciar los resultados de corto, mediano y largo plazo. La regulación va a tener efectos inmediatos sobre algunos aspectos del consumo, distribución y venta de cannabis y otras drogas legales e ilegales. Pero muchas de las expectativas relacionadas a seguridad y salud van a tardar en producirse. En términos generales, los especialistas hablaron de diferenciar la valoración de la política a los dos años, a los 5 años y en 10 años (como un posible juicio definitivo sobre su pertinencia para cumplir con los grandes objetivos de salud y seguridad).

