



Lentes Violeta

Recomendaciones para incorporar
el enfoque de género
en la política de drogas de Bogotá





Lentes Violeta

Recomendaciones para incorporar

el enfoque de género

en la política de drogas de Bogotá

**SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**

Laura Tami Leal
Secretaria Distrital de la Mujer

Juliana Cortés Guerra
**Subsecretaria de Fortalecimiento de
Capacidades y Oportunidades**

Diana Alejandra Rojas Moreno
**Contratista de la Subsecretaría de Fortalecimiento
de Capacidades y Oportunidades**

SECRETARÍA DISTRITAL DE LA MUJER
Avenida El Dorado, Calle 26 # 69 - 76
Edificio Elemento, Torre 1, Piso 9
Bogotá D.C. Colombia; Código postal: 111071
www.sdmujer.gov.co
@SECREDISTMUJER

**OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA
LA DROGA Y EL DELITO (UNODC) PARA
LA REGIÓN ANDINA Y EL CONO SUR**

Candice Welsch
Representante Regional

Olivier Inizan
Representante Regional Adjunto

María Mercedes Dueñas
**Coordinadora Regional de Prevención y
Tratamiento del Consumo de Drogas**

Daniel Ballesteros Sánchez
**Líder en Gestión del Conocimiento - Área de
Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas**

UNODC para la Región Andina y el Cono Sur
Carrera 7 No. 120-20, Edificio Zula, Piso 4 Bogotá, D.C.
@UNODCROCOL

ISBN: 978-958-5554-69-6
Editorial Scripto S.A.S.

**Bogotá, D.C.
2023**

**ÁREA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
DEL CONSUMO DE DROGAS - UNODC**

COORDINACIÓN TÉCNICA

María Mercedes Dueñas
Coordinadora Regional

Daniel Ballesteros Sánchez
Líder en Gestión del Conocimiento

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Daniel Ballesteros Sánchez
Líder en Gestión del Conocimiento

PREPARACIÓN Y EDICIÓN DEL INFORME FINAL

María Mercedes Dueñas
Coordinadora Regional

Gloria Patricia Sossa Giraldo
Coordinadora Fortalecimiento Institucional

Daniel Ballesteros Sánchez
Líder en Gestión del Conocimiento

Nadia Lorena Godoy Carrillo
**Asesora Técnica en Reducción de
la Demanda de Drogas**

Luisa María Gallón Bedoya
Técnica de Apoyo a la Gestión Territorial

Sara Chavarriaga
Profesional en Comunicaciones

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Laura Jimena Muñoz Echeverri
Profesional en Diseño Gráfico

Para citar este documento: Secretaría Distrital de la
Mujer & UNODC para la Región Andina y el Cono Sur
(2023). Lentes violeta. Bogotá, Colombia: Editorial
Scripto S.A.S.

Presentación

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es de gran interés en la agenda de actores de diferentes sectores, ya que los efectos a nivel individual y colectivo tienen impactos sobre la salud pública, las dinámicas individuales, familiares, sociales y productivas, por mencionar solo algunos de ellos. Para entender su complejidad y las mejores maneras de abordarlo es necesario establecer líneas de trabajo basadas en evidencia que aporten rigurosidad y solidez al desarrollo que se alcance en este campo, de manera que puedan llevarse a cabo intervenciones cada vez más ajustadas a las necesidades y particularidades de las personas.

Parte de esta complejidad tiene que ver con la perspectiva de género aplicada a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, ya que reconocer las diferencias que en razón al género afectan a las personas es un asunto vital a la hora de diseñar, implementar y evaluar estrategias, programas o proyectos susceptibles de llevarse a cabo desde los enfoques preventivos, asistenciales y de tratamiento, así como para la reducción de los efectos negativos asociados al consumo de drogas.





Para avanzar en este proceso y aportar información a las instituciones y a la ciudadanía de Bogotá D.C., la Secretaría Distrital de la Mujer de la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur, a través del convenio de Cooperación No 886 de 2021, se han propuesto aunar esfuerzos en la implementación de acciones en materia de prevención de violencias contra las mujeres basadas en género y promoción del derecho de las mujeres para un acceso integral a la justicia. Los datos recientes sobre violencias basadas en género y consumo de sustancias psicoactivas muestran una correlación que invita a una comprensión y análisis que pueda trasladarse en un abordaje integrador.

Uno de los alcances que orientan el desarrollo de este marco de cooperación está enfocado específicamente en la implementación de acciones en materia de incorporación del enfoque de género en la **Política pública de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá** (Decreto 691 de 2011), a propósito del proceso de reformulación que esta política viene desarrollando en el distrito, para así aportar al fortalecimiento de capacidades institucionales que reconocen el consumo de sustancias psicoactivas como factor que genera una mayor vulnerabilidad en las mujeres víctimas de violencias, contribuyendo a su identificación y acceso a la justicia.

Para alcanzar este fin, se invita a la ciudadanía a ponerse los Lentes Violeta del enfoque de género y, desde allí, acompañar la reformulación de la política pública; de tal forma que esta pueda incorporar las miradas, necesidades, particularidades, intereses y realidades de las personas que, debido a su género, viven el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas de forma diferenciada.



En este sentido, este documento se desarrolla con el fin de brindar recomendaciones, orientaciones y buenas prácticas a la Secretaría Distrital de la Mujer para la incorporación del enfoque de género en la **Política pública de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas de Bogotá.**

Introducción

La reproducción de las desigualdades presentes, derivadas de la existencia histórica de una sociedad patriarcal, se mantiene en la medida que -entre muchas otras variables- las políticas de drogas no contemplan el reconocimiento de diferencias e impactos diferenciales entre mujeres, hombres y población diversa en el género.

La evidencia científica en términos bio-psico-sociales, así como las consecuencias culturales y económicas muestran que la experiencia de las mujeres que usan sustancias psicoactivas es diferente a la de los hombres.

Las principales diferencias se reflejan en:

- ***En términos biológicos las capacidades de absorción y procesamiento químico.***
- ***En términos psicológicos, aparecen diferencias en los motivantes y disparadores de uso de sustancias psicoactivas y diferencias en la percepción del riesgo ante estas.***
- ***Los costos sociales, el estigma y la oferta de atención a mujeres que usan o abusan de sustancias psicoactivas es también diferente, ya que son mayores las restricciones de acceso y permanencia en tratamientos.***

(Maffia, Colace & Lerena, 2011)

Pese a todo, y aunque la literatura científica y crítica lleva algunas décadas señalando estas diferencias, son pocos los gobiernos que han adaptado criterios para reconocer y considerar las diferencias de género en el abordaje del tema de drogas.





Existen grandes obstáculos para el tratamiento de mujeres que usan sustancias psicoactivas, tanto en términos de acceso a programas de salud mental, como en el ámbito privado, doméstico y social. La mayor parte de las respuestas a este desafío están basadas en literatura androcentrista y se enfocan en la aplicación de alternativas sobre el control de los cuerpos de las mujeres.

Las mujeres que consumen drogas tienen la carga del estigma por su consumo y del estigma social y cultural de los roles de género tradicionales, lo cual se traduce en limitaciones al acceso a tratamientos, que van desde tratamientos planificados para atender las necesidades masculinas, hasta programas que limitan el ejercicio de la maternidad de las mujeres que usan sustancias psicoactivas, en los cuales los niños y niñas no pueden ingresar a los centros de tratamiento (GPDPD, 2020).

Adicional a esto, las mujeres que usan drogas y son madres pueden perder la custodia de sus hijos y, en múltiples países, pueden ser encarceladas por usar drogas durante el embarazo o en el ejercicio del cuidado de sus hijos.

Algunos estudios evidencian que las mujeres que se inyectan drogas tienen una mayor predisposición que los hombres a contraer VIH y Hepatitis C. Esto, porque suelen ser las “segundas en la aguja”, es decir, porque reciben la dosis de la sustancia psicoactiva inyectable después de sus parejas o de las personas con quienes consumen drogas. Pero también afectan otros factores como haber recibido menor educación o instrucción sobre el uso seguro de prácticas inyectivas; o porque al ejercer en actividades sexuales pagas son triplemente discriminadas: por ser mujeres,

por ejercer esta actividad económica, y por ser usuarias de drogas inyectables (o de cualquier otro tipo de sustancia psicoactiva, aunque el estigma para mujeres que usan drogas inyectables puede ser superior). Todo esto se traduce en difícil acceso a programas de desintoxicación o de asistencia al consumidor de sustancias por vía inyectada (GPDPD, 2020).

La violencia ejercida contra las mujeres también está presente de manera diferencial. Dentro de los principales motivantes y disparadores en el uso y abuso de drogas se encuentra haber sido víctima de violencia sexual y la violencia intrafamiliar; en el caso del alcoholismo, hay tres (3) veces más riesgo de ser padecido por mujeres víctimas de abuso sexual en la niñez que en el resto de la población, y la cifra asciende a cuatro veces y media (4.5) con otras sustancias (Morin-Abahams, s/f, en Maffia, Colace & Lerena, 2011). De igual modo, las personas consumidoras de drogas -diferentes al cannabis- sufrieron agresiones físicas por parte de sus parejas en una proporción cinco (5) veces superior a las no consumidoras (Pardo, González, González, Lamparte, Iglesias & Ferreiro, s/f, en Maffia, Colace & Lerena, 2011). Respecto a la violencia intrafamiliar, el uso o abuso de sustancias psicoactivas representa un doble rol, siendo tanto un factor de riesgo como un disparador del consumo. Por demás, miles de mujeres son forzadas diariamente a tener encuentros sexuales para obtener drogas, para evitar penalidades relacionadas con los códigos del mundo de las drogas, o como parte de iniciación o el ingreso a grupos o pandillas (GPDPD., 2020).





Este panorama, que no es más que un breve resumen de la situación de las mujeres que están dentro del universo del uso y abuso de drogas, es una muestra representativa del porqué las políticas de drogas deben ser pensadas en el marco de un enfoque de género. Estas políticas deben responder a las experiencias de las mujeres, atender de manera particular sus riesgos y tener en cuenta sus necesidades específicas. De esta manera, el presente documento recoge las experiencias a nivel multilateral, internacional, nacional y distrital más significativas, y busca servir como un insumo a futuro para crear una política de drogas con enfoque de género, que contribuya al alcance del Objetivo de Desarrollo Sostenible #5 – Igualdad de Género-, y contribuya a disminuir y eliminar algunos de los obstáculos que tienen las mujeres en su relación con el Estado y sus instituciones.

Por último, cabe resaltar que si bien el foco del género debe posicionarse con especial ahínco sobre la promoción, la prevención y la reducción de riesgos y daños, existen también inmensas asimetrías en toda la cadena de

valor de la economía de las drogas donde también participan mujeres y cuyos efectos y desigualdades son latentes desde el cultivo, procesamiento, tráfico y distribución hasta el consumo del usuario final. En estos espacios, la carga de expectativas y estereotipos tradicionales de género se convierten en un mayor grado de involucramiento cuando quien se implica activamente en la economía de las drogas o es consumidor de drogas es mujer.

Considerar las diferencias de cosmovisiones, realidades, intereses y necesidades de los hombres y las mujeres, junto a las desigualdades relacionadas al género, puede favorecer la visibilidad de barreras que, una vez identificadas y deconstruidas, coadyuven a mediar el alcance de una sociedad que brinde las mismas y más oportunidades a todas las personas, independientemente de su sexo, orientación o identidad, en la que la condición de género no se configure como un factor de riesgo que profundice las condiciones históricas de discriminación.

Sabemos que las diferencias entre hombres y mujeres -sexo biológico, incluyendo a las personas intersexuales- son vitales para un abordaje efectivo del fenómeno de uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como también lo es la identificación de estas diferencias aunadas a aquellas que subyacen a la identidad, la expresión de género y la orientación sexual. Este documento es un aporte a la discusión, orientado principalmente a las diferencias existentes en el consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres, y las construcciones sociales que les configuran, y a futuro se recomienda realizar un ejercicio similar orientado hacia las mujeres y hombres con identidades, expresiones de género y experiencias diversas.



En este sentido, este documento se encuentra estructurado en cinco (5) capítulos derivados de la técnica de rastreo documental, la técnica de bola de nieve y la realización de grupos focales, los cuales generaron una serie de sistematizaciones, análisis de información y discusiones sobre el tema de género y drogas:

- Capítulo 1

Marco conceptual con Lentes Violeta

Relaciona diversos significados y categorías en materia de prevención, tratamiento y reducción del consumo de drogas con enfoque de género.

- Capítulo 2

Lentes Violeta sobre las políticas de droga

Es una sistematización en cuatro niveles de las políticas que abordan el tema de drogas desde el enfoque de género: el primer nivel corresponde a las recomendaciones y principales preocupaciones en materia de políticas de los organismos multilaterales, así como organizaciones feministas y de derechos humanos; el segundo, a las políticas internacionales; el tercero, a las políticas nacionales; y el cuarto, a las políticas distritales.

- Capítulo 3

Epidemiología para entender el consumo de sustancias psicoactivas bajo el enfoque de género

Evidencia el comportamiento estadístico del fenómeno para entender el consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de género. En este se incorpora la información epidemiológica disponible a nivel internacional, nacional y distrital, junto a una interpretación de lo que dicen las cifras.

- Capítulo 4

Buenas prácticas de la incorporación del enfoque de género en las políticas de drogas

Aborda los logros de la incorporación de enfoque de género en políticas de drogas en diversas latitudes.

- Capítulo 5

Recomendaciones para la incorporación del enfoque de género en la *Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación de la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá*

Cobija la validación técnica y las sugerencias de las personas que diseñan, monitorean y aplican las políticas públicas en terreno, las cuales fueron partícipes a través de la consolidación de una mesa técnica integrada por representantes de las principales secretarías e instituciones del distrito. Este capítulo contiene, además, las recomendaciones para la incorporación del enfoque de género para la nueva *Política distrital de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá*, en dos claves:

1. La promoción de un abordaje de las drogas sensible a la perspectiva de género y
2. Las sugerencias para orientar las políticas públicas de drogas con lentes violeta.



Capítulo 1

Marco conceptual con Lentes Violeta

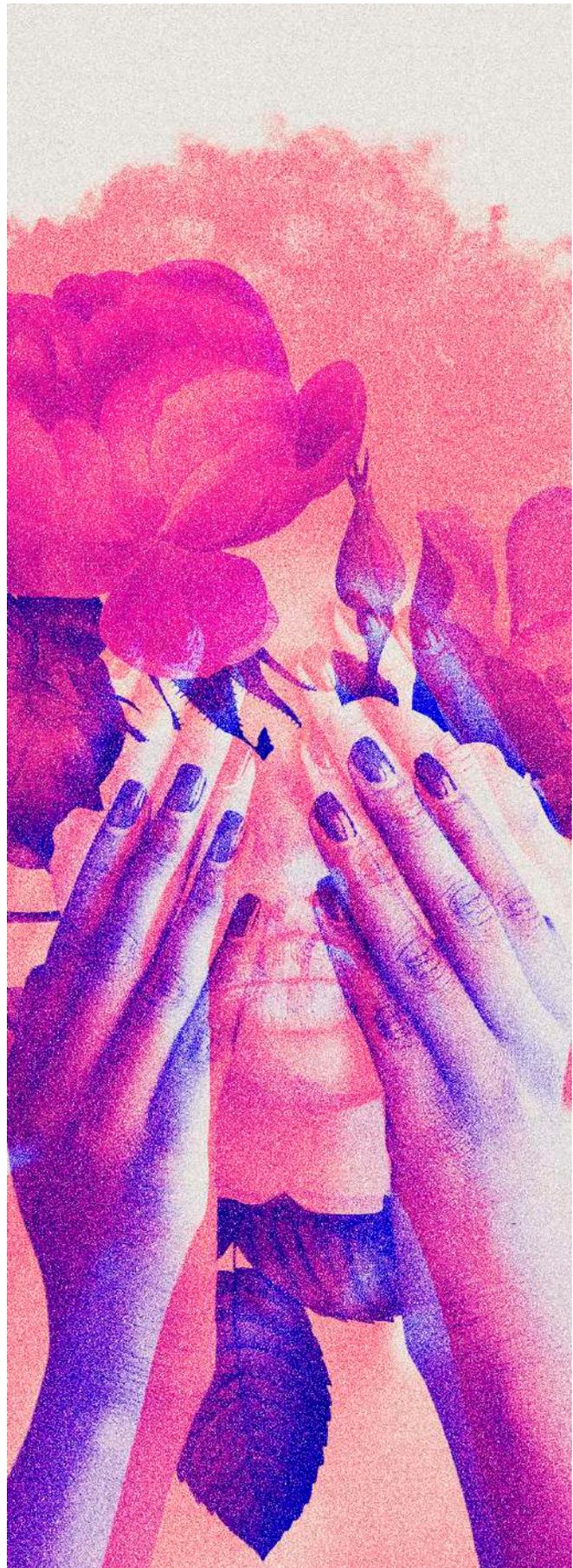


Para desarrollar las orientaciones y recomendaciones del enfoque de género en la **Política distrital de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas de Bogotá** se comparten, a continuación, algunos conceptos generales que orientan su lectura e incorporación y que permiten profundizar en la comprensión del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de género.

Género y drogas: una perspectiva necesaria para comprender, prevenir, actuar y aportar al cambio en el comportamiento respecto al consumo de sustancias psicoactivas

Incorporar la perspectiva de género en todo lo relacionado con los temas de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas permite ampliar las posibilidades de intervención temprana y orientada hacia personas que usan drogas, para avanzar hacia modelos y prácticas que muestren mayor eficacia técnica, presupuestal y humana. Esto es fundamental en tanto el viraje epistemológico hacia los Lentes Violeta facilita una mejor comprensión de las características, necesidades y posibilidades que tienen las personas y, a su vez, permite ampliar el análisis y abordaje de los imaginarios sociales relacionados con el consumo.

De acuerdo con el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD, 2022) la población usuaria de drogas no es homogénea; por tanto, las necesidades, expectativas, motivaciones y el relacionamiento en el entorno tampoco lo son. El género de las personas, visto como construcción cultural elaborada a través de la historia y con base en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, define factores de riesgo, de vulnerabilidad y de respuesta diferenciales que merecen ser tomados en cuenta en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas y programas de atención.



¿Qué es y qué no es la perspectiva de género en el ámbito de las drogas?

Para orientar adecuadamente la aplicación de las recomendaciones que han sido prácticas exitosas en otros países y que sugiere la literatura científica y sociológica, es útil tener claro lo que es y lo que no es la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las drogas. A continuación, se presentan algunas ideas propuestas por el proyecto Malva en España (Fundación Salud y Comunidad & Ministerio de Sanidad, 2020) de manera que permitan ubicar mejor las acciones por desarrollar:

Tabla 1. ¿Qué es y qué no es el enfoque de género en el ámbito de las drogas?

¿Qué es?	¿Qué no es?
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres. • Reconocer las relaciones de poder, privilegios, discriminaciones y violencias asociadas. • Cuestionar su naturalización, relacionándolas con los estereotipos, roles y mandatos de género. • Visibilizar a las mujeres y la experiencia femenina. • Cuestionar la heterosexualidad obligatoria. • Implementar acciones concretas dirigidas a la equidad de género y fomentar la transversalidad. • Considerar la interseccionalidad con otros ejes de opresión. • Diseñar proyectos, programas, actividades y acciones para la transformación social feminista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitarse a describir las diferencias de consumo de mujeres y hombres. • Hablar de mujeres o intervenir con mujeres (cuotas de género). • Especializar de acuerdo con el género los comportamientos o las formas de relacionarse. • Hablar solo de personas consumidoras sin especificar diferencias y desigualdades. • Tratar a las mujeres como un colectivo. • Poner el género como un punto a parte en los proyectos de intervención. • Patologizar el comportamiento de las mujeres respecto al consumo. • Culpabilizar a las mujeres cuando son víctimas de violencia.

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)



Dimensión psicosocial asociada al consumo de las mujeres producto de su discriminación histórica

Esta dimensión facilita la comprensión de las cargas desproporcionadas de cuidado y mecanismos de control sobre los cuerpos. En general, las mujeres que usan o abusan de sustancias psicoactivas y que quieren ingresar a tratamientos médicos se encuentran con que el sistema de salud, tanto público como privado, no tiene en cuenta las discriminaciones que padecen; y el personal de salud puede emitir recomendaciones o implementar acciones que generan vinculaciones de las mujeres al consumo o abandonos tempranos/bajas permanencias en los servicios de tratamiento por trastornos asociados al consumo de drogas.

Si bien en la segunda mitad del siglo XX la mayoría de los estudios académicos negaban la diferenciación entre hombres y mujeres en el uso de drogas y factores asociados, así como las estrategias de control de uso o las razones de reinicio del consumo, a partir de la década de los noventa y, especialmente, a partir del siglo XXI, la mayor disponibilidad de datos mostró la existencia de diferencias marcadas en el consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres (Pérez & Correa, 2011), junto a otros factores sobre los que se ha venido profundizando, tales como: la influencia del acompañante en el ingreso al consumo y la duración de la adicción; la alta incidencia de factores duales (desórdenes afectivos y ansiedad) en mujeres en promedio por encima de los hombres; y la mayor incidencia de desarrollo de patologías psiquiátricas de las mujeres sobre los hombres (Blume, 1990; Sánchez, 2000).



Pese a todo, los tratamientos no solo han sido desarrollados para los hombres -enfoque androcentrista de la investigación- quienes tienen un menor peso de estigma social y cultural que las mujeres que usan drogas sino que, además, se evidencia poca evolución hacia tratamientos diferenciales y menor presencia de programas de prevención y tratamiento articulados a políticas públicas que orienten, acompañen y protejan a las mujeres que usan drogas, incluyendo gestantes, lactantes, trabajadoras sexuales, víctimas de explotación sexual comercial y mujeres víctimas de violencias, etc.

Todo esto constituye uno de los síntomas de la existencia de relaciones asimétricas de poder entre los sexos en el ámbito de la salud, cuyos resultados inciden sobre el bienestar o malestar personal de las condiciones de vida de las mujeres (Johnson, 2007; Lippmann, 2006).

Cabe resaltar que la mayor disponibilidad de literatura que relacione género y consumo de drogas está relacionada con temas de tratamiento y esta disminuye cuando el interés es la prevención del consumo de sustancias psicoactivas soportada en evidencia para mujeres y población con orientación sexual, de expresión y de género diversa.

Siendo el género uno de los más relevantes determinantes de la salud, las desigualdades de género "han afectado también a las prácticas de investigación" (Johnson, 2007; Lippmann, 2006). La incorporación del sexo (dimensiones biológicas) y del género (condicionantes socioculturales) en la ciencia de la prevención y en la producción e implementación de políticas públicas puede mejorar la vida de los actores involucrados.



Los malestares de las mujeres

El concepto de **salud** para la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se relaciona con la mera ausencia de enfermedad, sino que incorpora perspectivas clínicas organicistas sumadas a aspectos de la subjetividad emocional y relacional en un marco social y cultural. Para la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948); la salud, entonces, no puede considerarse únicamente desde la dimensión biológica de la enfermedad sino también desde su percepción subjetiva (sentimientos de malestar y odio). Desde esta mirada, los problemas de salud y específicamente los de salud mental no se distribuyen azarosamente, sino que se relacionan con la sociedad, la cultura, la economía y la persona, así como sobre el impacto sobre su estilo de vida, razón por la cual la biología pareciera ser insuficiente para explicar las desigualdades en salud (Martínez-Benlloch, 2003).

La OMS ha indicado que en los hombres existe una mayor prevalencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, así como una mayor prevalencia de trastornos de personalidad. Ha indicado, también, que no existen diferencias significativas por sexo en las enfermedades psiquiátricas mayores (esquizofrenia, trastorno bipolar, entre otras). No obstante, respecto a las alteraciones mentales comunes (depresión, ansiedad, quejas psicológicas y somáticas), estas ocurren el doble de veces en mujeres. Esta prevalencia no tiene exclusivamente determinantes biológicos, sino una marcada influencia de factores psicológicos, sociales y de género, en tanto las mujeres, en el marco de los roles asignados, están expuestas a mayores tensiones, menor capacidad de modificación del entorno, diversos estresantes y una alta exposición a ser víctimas de violencias intrafamiliares y sexuales (OMS, 2001; INAM, 2016), así como de otras formas de violencias.



Aunque las enfermedades y trastornos se manifiestan en síntomas, y la prevalencia diferencial entre hombres y mujeres es develada por la epidemiología, existen sesgos de género que subyacen a los modelos teóricos en el campo de la salud y que se manifiestan en el quehacer profesional clínico diario (Valls, 2000). Entre ellos encontramos: la extrapolación a las mujeres de estudios realizados con hombres (Mingote, 2001); el mantenimiento de los discursos y las prácticas clínicas basadas en modelos médicos y psicológicos clásicos (no diferenciales); la permanente actitud de radicalización de abordaje biomédico y farmacológico de los profesionales en salud sobre las mujeres en diversas manifestaciones de sintomatología, como en lo relativo a los cambios fisiológicos ligados al proceso biológico de agotamiento de la capacidad reproductiva (menopausia). Entonces, la información epidemiológica disponible que lleva a la intervención clínica no puede ser correctamente comprendida sin incorporar los efectos de la construcción social de estereotipos, la pobreza, la falta de recursos culturales y las violencias, todos en relación con la dimensión de género. Estos factores acumulados sobre el cuerpo de las mujeres, y presentes históricamente, generan una paradoja subyacente entre el tratamiento de todas las alteraciones psíquicas menores y funcionales que desenlaza en la noción de **malestar en las mujeres**.

El malestar alude a la autopercepción de pensamientos, comportamientos y sentimientos que informan del estrés percibido, sentimientos de desánimo, desmoralización, miedo, y sufrimientos psíquicos y emocionales derivados de las contradicciones y tensiones que suceden entre la experiencia vital y las expectativas personales (ibid., 2003, p. 257). La pregunta por los efectos que produce el lugar históricamente construido

para las mujeres y el cómo los roles de género pueden ser factores de riesgos para la salud es un análisis que se decanta sobre el binarismo salud/enfermedad, y que permite incorporar, más allá de los signos y los síntomas, la producción de subjetividades masculinas y femeninas, y la dimensión sociocultural e histórica al momento de hablar de enfermedad.

Por tanto, existe la necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferencie el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad (INAM, 2016).

Para erradicar estos sesgos de género, la democratización del conocimiento en salud debe considerar como sujetos sobre los cuales se requiere la producción de información tanto a hombres, mujeres como a personas con expresiones sexuales, de género y de identidad diversa. Los diseños de investigación deben considerar las diferencias biológicas entre los sexos, así como las posiciones y funciones sociales que desempeñan cada uno de estos. Las demandas en las prácticas clínicas deben ser escuchadas para alcanzar mejores diagnósticos que incorporen la vida familiar, laboral y la fisiología. Esto contribuiría a indagar en los condicionantes vitales que inciden en el malestar de las mujeres y en la detección de formas específicas de manifestación de las dolencias, así como en la definición de variables comunes para ambos sexos; el sexo debe considerarse como una variable demográfica y el género como una variable analítica; y la implementación de diseños innovadores podrán ayudar a detectar las actitudes del personal sanitario a fin de evitar desigualdades en la práctica clínica (Ruix & Verbrugge, 1997; Valls, 2000; Martínez-Benlloch, 2003).



Cuestiones básicas para la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de las drogas

Para incorporar la perspectiva de género en el consumo de sustancias psicoactivas es preciso considerar algunos aspectos claves, los cuales deben ser objeto de interés y ocupación al momento de abordar acciones para la reducción de la demanda y, desde allí, proponer políticas e intervenciones ajustadas a las necesidades de todas las personas que usan drogas.



● Motivaciones de inicio:

Múltiples estudios muestran que las motivaciones y los recursos para el consumo de sustancias psicoactivas son diferentes entre hombres y mujeres. En el estudio de diferencias de patrones de inicio de consumo en Colombia de Duarte, Varela, Salazar, Lema & Tamayo (2011) se identificó que existe un mayor consumo de drogas ilegales por parte de los hombres frente a las mujeres, relacionado con la presión social y los estereotipos existentes respecto al género. Sin embargo, las diferencias en las edades de inicio son cada vez más estrechas. Factores como la violencia intrafamiliar; las violencias a las que son predominantemente sometidas las mujeres; la influencia de la pareja sentimental en el inicio y el mantenimiento en el tiempo de la adicción; las rupturas sentimentales; la pérdida de custodia de hijas e hijos y la pérdida de familiares cercanos, pueden considerarse como determinantes de mayor influencia en la historia de consumo y abuso de las mujeres sobre la historia de consumo de los hombres, tanto en el acercamiento al consumo de sustancias ilícitas, como en la dependencia de sustancias recetadas o sustancias psicoactivas legales.

En la mayor parte de la información epidemiológica disponible se hace evidente que los psicofármacos, incluyendo tranquilizantes menores, antidepresivos, tranquilizantes mayores e hipnosedantes son la única sustancia psicoactiva cuyo consumo por parte de las mujeres es superior al de los hombres y su consumo aumenta con la edad; es decir, “su consumo está vinculado principalmente a cuestiones de la vida adulta de las mujeres” (Cantos, Altell, Tudela, Martínez, González & Rivero, 2016). Por demás, las diferencias de consumo de psicofármacos recetados son tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres, lo cual correlaciona el consumo de estas sustancias y la tendencia de los servicios de salud a dar respuesta a las demandas de las mujeres a partir de la medicalización (ibid., p. 79). Cabe resaltar que los trastornos menores, que suelen ser tratados con estos psicofármacos, tienen una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.



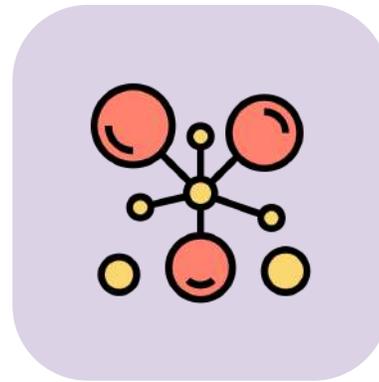
● Motivaciones de permanencia

Las motivaciones de permanencia de las mujeres que usan drogas suelen ser multicausales y diferentes a las de los hombres. Uno de los factores más preocupantes son aquellos derivados de la ausencia de investigación clínica, la no aplicación



de los resultados de investigación existente en los centros de tratamiento para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, donde el énfasis se hace en la rehabilitación masculina y se extiende a las mujeres, las cuales enfrentan estigmas sociales y legales (con ahínco en las mujeres gestantes, lactantes o madres de familia, y la posible pérdida de la custodia de sus hijos e hijas) superiores a las de los hombres. Si bien el objetivo #5 de los Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS), referente a la igualdad de género, hace explícita la necesidad de introducir las motivaciones para consumir drogas, los patrones de uso de las sustancias y los efectos y consecuencias derivadas de su consumo desagregadas por sexo y género, no son suficientes las respuestas gubernamentales para el apoyo dirigido a mujeres en términos de ingresar y mantenerse en programas de tratamiento. Las mujeres que usan drogas expresan miedo a tener problemas con las autoridades como consecuencia de la estigmatización (RIOD, 2019).

De hecho, en la atención a mujeres que consumen drogas es necesario tener en cuenta ejes fundamentales como: el potenciar la motivación, asegurar la confidencialidad del tratamiento, la baja percepción o aceptación del problema, la exposición a traumas como violencia y abusos, la escasa red social y el fenómeno del consumo invisibilizado relegado al ámbito doméstico, el mayor deterioro social, el bajo apoyo de familiares y amistades, y la menor independencia económica en muchas ocasiones. El temor a perder la custodia de los hijos/as o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres representan en sí una barrera enorme de acceso a los servicios muy difícil de sortear (RIOD, 2019).



● Factores de riesgo

Siguiendo el informe de la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD, 2019), son factores de riesgo aquellas:

(...) características de carácter individual, familiar, ambiental o social que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que este consumo llegue a causar problemas importantes, bien de carácter conductual (conductas desadaptativas o problemas relacionales, entre otros), sanitario (morbilidad o mortalidad evitables) o social (violencia y disturbios, entre otros).

● Factores de protección:

Se entienden como:

(...) las características de carácter individual, ambiental o social que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que este consumo llegue a causar problemas importantes, a ella o a otras personas. Los factores de protección presentes atenúan el impacto de los factores de riesgo, pero no son la parte opuesta de un mismo continuo (RIOD, 2019).

Las sexualidades e identidades no normativas y el consumo de sustancias psicoactivas

La mayoría de los estudios epidemiológicos concluyen que las personas con orientación, identidad o expresión diversa, en comparación con la población heterosexual, presentan o reportan un mayor consumo de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas. Sin embargo, estos análisis epidemiológicos -del mismo modo que sucede con los análisis epidemiológicos sin perspectiva de género- suelen agrupar las diversidades en un solo nicho y establecer comparaciones con la heterosexualidad como si fuera, a su vez, un grupo homogéneo. En este sentido, los análisis epidemiológicos suelen contrastar dos homogeneidades que, aunque puedan permitirnos avizorar ciertos panoramas sobre la relación drogas-sexo-género, en realidad son grupos ampliamente heterogéneos que exigen también de un mayor nivel de profundidad conceptual y analítico para construir un campo de acción basado en evidencia.

La incorporación de la perspectiva de género y diversidad sobre los usos y abusos de sustancias psicoactivas debe pasar por la revisión de las representaciones y estereotipos de género alrededor del consumo de sustancias psicoactivas y de las diversidades, así mismo por la problematización de las prácticas relacionados con los abordajes de comprensión e intervención. La población sexual identitaria, de género y de expresión diversa padece grandes condiciones de desigualdad social, cultural y familiar, y frecuentemente están en condición de subordinación a los roles asignados socialmente, los cuales dificultan la visibilidad de los modos en que se determinan y moldean los vínculos entre las personas y entre las personas con las instituciones. El desarrollo de trabajos posteriores sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es fundamental para entender que las sexualidades, identidades y expresiones diversas y no normativas exigen conceptualizaciones teóricas particulares sobre género, sexo y sexualidad, pero también sobre binarismo, identidad, interseccionalidad, cissexismo y heteronormatividad.



La invisibilización de los consumos en las mujeres, a la par que el escaso abordaje para las diversidades no heteronormativas encuentran un lugar común de diálogo en la estigmatización, la invisibilización y las barreras familiares, sociales e institucionales contra las que se enfrentan día a día.

En este orden de ideas, la comprensión de las mujeres desde las diversidades pasa por acercarse a los términos de sexualidad e identidades no normativas como una forma de referirse a las identidades trans y no heterosexuales que desafían las normas tradicionales de género, razón por la cual algunas personas pueden no identificarse como pertenecientes a las categorías del acrónimo LGTBQ+, y es la autoidentificación de cada persona el principio rector de su identidad. Este acrónimo agrupa personas que pueden enfrentar violaciones a sus derechos diferentes, aunque algunas de estas puedan ser padecidas por personas de todo el colectivo (Global Rights, Partners for Justice, 2020, p. 14).

- **Cuando se habla de sexo** nos referimos a las diferencias biológicas existentes entre los machos y las hembras humanas (masculino-femenino). Cabe resaltar que la asignación del sexo no es un hecho biológico innato, sino que existe un proceso de asignación del sexo al nacer con base en la percepción que terceros tienen sobre la genitalidad de las personas. Si bien en la mayoría de los casos la clasificación es fácilmente realizable, existen presentaciones del cuerpo denominadas como “ambiguas”, cuyo proceso de asignación de sexo no es inmediato. Visto desde la literatura académica queer e intersex, el origen dicotómico de la categoría sexo es derivado de una lectura ideológica del cuerpo y la clasificación hombre-mujer es una decisión socialmente construida. El concepto de intersexualidad se incorpora en este

debate para describir “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente” (Cabral, 2005). La existencia de personas con características genéticas, hormonales o anatómicas atípicas varía el cuerpo estándar e incorpora diversificaciones en la anatomía sexual más allá de los cuerpos femeninos y masculinos.

- **La identidad de género** es la “vivencia interna e individual del género, tal y como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (The Yogyakarta Principles, 2017). Estas intervenciones no determinan la identidad de género, pero pueden ser necesarias para la construcción de esta.
- **Persona trans** es un concepto paraguas que cobija las diversas variantes de las identidades de género (transexuales, travestis, transformistas, entre otros) cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer no coincide con la identidad de género. El término mujeres trans corresponde a aquellas personas cuyo sexo asignado al nacer fue masculino y su identidad de género es femenina.
- **La expresión de género** se refiere a la manifestación externa del género de una persona. Es visible y puede ser una fuente de identificación, especialmente cuando a través de características como la vestimenta y las modificaciones corporales se subvierten las expectativas tradicionales de expresión de género (ACNUR, 2009, p.p. 132-133).

- **Las personas no conformes con el género** son aquellas que no están de acuerdo y no siguen las ideas o estereotipos sociales acerca de cómo deben actuar o expresarse con base al sexo que les fue asignado al nacer (Rivera, 2015).



El Objetivo de Desarrollo Sostenible #5 – Igualdad de género-, es un llamado a que las políticas sobre drogas, las políticas de prevención del consumo, y los servicios y programas de tratamiento se diseñen en clave de género. En este sentido, es tan amplia la diversidad cuando hablamos de la categoría de género, la de orientación sexual e identidad de género que analizar, producir políticas y actuar sobre el tema en relación con las sexualidades e identidades no normativas como si fueran un solo grupo es una perspectiva tan equivocada como asumir que la evidencia, los programas y las políticas diseñadas para los hombres tendrán los mismos impactos para las mujeres. En este sentido, “la equidad de género no es solo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible” (RIOD, 2019).

Un modelo explicativo integrador para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias ha sido explicado desde diferentes modelos. El modelo socio-ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1979) reconoce los sistemas de influencia directos en tres niveles: macrosistema; mesosistema; y microsistema, los cuales están relacionados respectivamente con el sistema social y cultural; el sistema de relaciones más cercanas (familias-pares); y, finalmente, con todo lo que ocurre a nivel individual. Desde esta perspectiva el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo son el resultado de la interacción constante entre la persona, en su rol activo y en su desarrollo, y los entornos inmediatos en los que vive. La categoría género se manifiesta en cada uno de estos sistemas y es objeto de análisis para la comprensión de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas.

En esta línea, las estrategias para abordar integralmente el consumo de sustancias psicoactivas deben tener en cuenta las diversas esferas de influencia:

- **Personal:** factores individuales como actitudes, percepciones, disposiciones personales, capacidades, entre otros.
- **Relacional:** factores que pueden disminuir el riesgo como consecuencia de las interacciones personales.
- **Comunitaria:** contextos en los cuales se arraigan las relaciones sociales.
- **Social:** factores más amplios del macrosistema, que influyen en la aparición del consumo de sustancias psicoactivas. Entre estos se destacan la desigualdad de género, los sistemas de creencias culturales, las normas sociales, entre otros (OMS, 2011).

Estas esferas de influencia tienen puntos de encuentro con el modelo ecológico feminista,



el cual recoge los aportes de tres instrumentos internacionales básicos en la configuración de las acciones desplegadas en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como la Convención de Belém do Pará (1995); la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas (1993), y la Declaración de Bogotá: ciudades seguras para mujeres y niñas (2004).

Este enfoque puede considerarse como una profundización del modelo socio-ecológico de Bronfenbrenner, y considera que todas las personas mantienen cotidianamente interacciones con diversos niveles relacionales donde pueden existir expresiones y dinámicas de violencias. La violencia de género es así vista como un fenómeno complejo y multicausal que afecta a las mujeres por razones derivadas del funcionamiento del orden social de género (Connel & Walby, 2002), es decir, por la oposición/división de la estructura social en esferas opuestas pero complementarias y frecuentemente binarias: vida pública/vida privada o ámbito productivo/ámbito reproductivo, entre otros. En este orden social, la vida pública y productiva se asignó a los hombres y la vida privada y doméstica a las mujeres, razón por la cual fueron marginalizadas de derechos civiles y políticos constituyentes de la ciudadanía.

Las violencias derivadas y/o profundizadas del funcionamiento del orden social de género pueden ser abordadas desde diversos planos:

- **Plano individual:** actuar sobre las motivaciones y circunstancias individuales que ponen a las personas en riesgo de participar en prácticas violentas, como víctimas o victimarios.
- **Plano familiar:** es un plano estratégico para la intervención preventiva ya que puede ser un factor protector o de prevalencia de relaciones violentas. El plano familiar puede coadyuvar a transformar los patrones de socialización basados en

relaciones violentas y orientarlas hacia el empoderamiento, a través de la promoción de capacidades y la toma de decisiones.

- **Plano comunitario:**

es el espacio donde se gestan redes de relación de mayor proximidad que pueden contribuir a construir, mantener y sostener las relaciones humanas basadas en el reconocimiento mutuo. Pueden coadyuvar a reforzar y consolidar lo que se hace en el plano individual y familiar.

- **Plano social:**

corresponde a los gobiernos municipales, distritales y nacionales. Es el plano donde se pueden modificar las condiciones sociales, la infraestructural y desde donde se puede reducir y prevenir la desigualdad social y territorial, especialmente para los grupos en mayor riesgo de verse afectados por las violencias de género. En este se incluyen apoyos, oportunidades, oferta de servicios y asesorías para apoyar a las mujeres.

Como parte de las acciones para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, la prevención, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños, se presentan como intervenciones para atender la problemática, partiendo de las necesidades de las personas. Es importante señalar el carácter sistemático, organizado y dirigido que las caracteriza y el propósito que persiguen en torno al cambio de comportamiento, y que se diferencia de las acciones aisladas poco estructuradas y fundamentadas que se han realizado durante mucho tiempo y que no pueden catalogarse como intervenciones en sí mismas.

Prevención

Para la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito la prevención se entiende como una “capacidad específicamente humana (que) obliga a pensar el accionar preventivo desde la salud y no desde la enfermedad, por lo tanto, en los seres humanos debe prevalecer (...) la realización de elecciones responsables para sí mismo y el medio que le rodea” (UNODC & ICBF, 2020).

La prevención, en el marco del consumo de sustancias psicoactivas, se entiende como el conjunto de acciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales asociadas a su uso y eventual abuso (Carlos Alonso Sanz, 2004, citado por Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En este sentido, se hace énfasis en los procesos que permiten desarrollar y/o fortalecer los hábitos y capacidades de las personas, familias y comunidades para, de esta manera, potenciar los factores de protección y reducir la incidencia de los factores de riesgo. A su vez, consideran el riesgo en el que se encuentran las personas o grupos desde tres niveles: **universal** (con la intención de beneficiar a toda una comunidad independiente del nivel de riesgo); **selectiva** (dirigida a personas o grupos con riesgos específicos); e **indicada** (orientada a personas que iniciaron el uso de sustancias psicoactivas o que se encuentran en alto riesgo). Este es uno de los campos que requiere mayor desarrollo en la incorporación de la perspectiva de género puesto que, si bien cuenta con avances pertinentes, en general se reconocen mayores aportes en el tratamiento a personas con consumos problemáticos.

Tratamiento

Es el proceso mediante el cual se busca que las personas con trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas reduzcan su uso y mejoren su salud, bienestar y funcionamiento social (UNODC, 2017).

Considera el abordaje integral e integrado de las necesidades de las personas consumidoras y sus familias, con la participación de diferentes disciplinas, con el fin de contemplar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, legales y ocupacionales. Adicionalmente, considera recursos en red mediante alternativas terapéuticas costo-efectivas, integrando la atención primaria en salud en complementariedad a los servicios especializados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). El tratamiento es, entonces, el campo de intervención en el que puede encontrarse mayor desarrollo en la incorporación de la perspectiva de género y sirve como referente para los dos otros esquemas de intervención.

Reducción de riesgos y daños

Es el conjunto de programas, políticas e intervenciones que, basados en el enfoque de salud pública y de derechos humanos, consideran a toda la población como personas de derecho y destinatarias de políticas de salud, por lo cual buscan minimizar las consecuencias y repercusiones sanitarias, sociales, económicas y jurídicas negativas asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas.



Se centra en los cambios positivos y en trabajar con las personas evitando el estigma y la discriminación.

Su objetivo central no es la eliminación del consumo. Se busca disminuir los efectos negativos producto del uso de sustancias psicoactivas, generar procesos educativos, y a partir de allí, construir con las personas y las comunidades estrategias planificadas y articuladas con el fin de mejorar la calidad de vida (RIOD, 2018; The Global Fund, 2020).

Cabe resaltar que “la reducción de daños se ha convertido, innecesariamente, en un tema controvertido. No hay contradicción entre prevención, tratamiento y estrategias de reducción de daños. Son complementarios. Las estrategias de reducción de daños son componentes esenciales de cualquier programa de tratamiento moderno” (UNODC, 2010).

Roles de género y consumo de sustancias psicoactivas



En los países que existen programas de prevención, reducción de riesgos y daños o programas de tratamiento asociados al uso/abuso de sustancias psicoactivas, en pocas oportunidades se abordan las diferencias entre los usuarios hombres y mujeres, las cuales pasan por el modo en que adquieren las drogas, los modos y los espacios de uso y los efectos físicos y sociales. Por ejemplo, de 24 observatorios de drogas en América del Norte, Centro y Sur, aunque estos aseguraron que en sus respectivos países existen políticas que abordan el tema de género en materia de consumo, ninguno aportó evidencia que soportara dicha afirmación (MEM, 2019).

Seguendo el World Drugs Report de UNODC (2022), las mujeres inician el consumo de sustancias psicoactivas más tarde que los hombres ya que, muchas veces, el consumo es inducido por su pareja íntima. Además de ello, existe una mayor tendencia a desarrollar trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas en las mujeres que consumen drogas por primera vez, y presentan síntomas más graves cuando se enfrentan a tratamientos, desde el punto social, clínico, psicológico y social.

La dependencia a las drogas es un factor que puede favorecer o facilitar entornos de explotación para las mujeres, violencia sexual o abuso psicológico y, aunque este riesgo es general, afecta con especial ahínco a las mujeres que ejercen el trabajo sexual pago y a las mujeres víctimas de explotación sexual comercial.

Las mujeres que consumen drogas sufren un mayor grado de estigmatización y discriminación por parte de sus familias, su entorno social y la sociedad en general. El consumo de sustancias psicoactivas asociado a madres, madres cabeza de familia y esposas se considera inmoral e incompatible con dichos roles. En países con convencionalismos sociales y/o religiosos fuertemente arraigados, o donde existen jerarquías explícitas respecto a la asignación de roles de género y claras expectativas sobre la conducta asignada que se considera aceptable para las mujeres la estigmatización puede ser más grave.

Este breve panorama, entonces, busca insistir en que la necesidad y las realidades de las mujeres que usan drogas son evidentemente diferenciales, y que los programas de prevención, los tratamientos o las estrategias de reducción de riesgos y daños deben ser considerados como tal. Los países que cuentan con dificultades económicas y técnicas en la atención a la mitigación, reducción del riesgo o tratamiento

de los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas ignoran con frecuencia el enfoque de género y abordan el problema del uso y abuso de sustancias psicoactivas, en ocasiones, desde enfoques que criminalizan a las personas que usan drogas o a través de programas orientados a los hombres de manera exclusiva y extendidos hacia las mujeres. La orientación de ofertas específicas en función del género puede ser un factor que contribuya a que mujeres y hombres acepten este apoyo (Global Partnership on Drug Policies and Development -GPPD-, 2020b; RIOD, 2021; Diputación de Alicante, 2012).



Factores de riesgo específicos basados en evidencia entre hombres y mujeres que usan drogas

1. La publicidad ha encontrado en las mujeres un nicho de consumo específico sobre el cual promueven el consumo de sustancias lícitas.
2. Los programas de prevención, debido a la mayor prevalencia de uso de sustancias psicoactivas por parte de los hombres, suelen estar predominantemente dirigidos hacia estos pese a que las estrategias de abordaje desde la prevención deben ser diferenciales, al menos, en relación con el género y los ciclos vitales.
3. Las mujeres que usan drogas suelen iniciar el consumo más tarde que los hombres y su consumo está frecuentemente relacionado con parejas que usan drogas.
4. En adolescentes y jóvenes la brecha de edad de inicio debido al género se está estrechando. Esta es una tendencia que se viene evidenciando a nivel global en el World Drugs Report de UNODC (2023).
5. Las mujeres tienen mayores cargas de cuidado o son víctimas de cargas desproporcionadas de cuidado como consecuencia de la tradicional división sexual del trabajo, lo cual influye en el padecimiento de trastornos psiquiátricos menores y de tratamientos que se soportan en sustancias psicoactivas recetadas que generan adicción y que incrementan su consumo a través del aumento de la edad.
6. Las adicciones se instauran y progresan de manera más rápida en mujeres que en hombres.
7. Las mujeres demandan menos tratamientos por trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas que los hombres, por lo cual la mayoría de los tratamientos están orientados hacia los hombres y son poco eficientes para



las mujeres. Esta reducción de demanda suele estar relacionada al estigma social, la posible pérdida de la potestad sobre los hijos, hijas o personas a cargo; o la poca efectividad de los tratamientos en función del género.

8. Las mujeres tienen mayores dificultades para acceder a programas de tratamiento de adicciones especialmente cuando tienen hijos e hijas menores o ejercen la jefatura del hogar.
9. En los tratamientos de adicciones las mujeres suelen tener una evolución menos favorable, una menor adherencia terapéutica y un pronóstico más negativo, lo cual se relaciona con la ausencia de programas de prevención y tratamiento en función del género, falta de sensibilidad al género de múltiples instituciones, el alejamiento del núcleo familiar o de los hijos e hijas, las consecuencias sociales, civiles y penales que padecen las mujeres que usan drogas y las presiones del entorno familiar, además de la disponibilidad.
10. Las mujeres tienen menor apoyo familiar y social para enfrentar las adicciones.
11. Los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves en mujeres que en hombres, quienes presentan un mayor riesgo de padecer algunas enfermedades críticas asociados a estos trastornos.
12. Existe un mayor porcentaje de mujeres que desarrollan problemas psiquiátricos derivados del abuso de drogas comparadas con los hombres, aun cuando aquellas consumen menor cantidad de drogas que estos.
13. Las violencias que padecen las mujeres, que se configuran como experiencias traumáticas, suelen ser factores que configuran un mayor nivel de riesgo de dependencia del uso de drogas.
14. Las mujeres son más sensibles que los hombres a los efectos del alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas.
15. El consumo afecta gravemente el desarrollo del embarazo y las mujeres que usan drogas y están en estado gestacional no suelen, en aras de evitar la estigmatización y criminalización, buscar ayuda terapéutica o farmacológica.
16. Las secuelas del consumo de drogas de manera abusiva por parte de madres y padres generan efectos adversos visibles en los hijos e hijas, correlacionados en diversos estudios que conectan el abuso de drogas de padres y madres con trastornos de conducta, problemas emocionales, dificultades emocionales y dificultades en el relacionamiento social.
17. Aun cuando las mujeres representan significativamente un porcentaje menor que los hombres sobre el grupo de consumidores totales, las consecuencias para la salud representan una mayor gravedad por lo cual deben recibir atención específica.
18. El tabaco en las mujeres puede adelantar la menopausia; coadyuvar a la aparición precoz y evolución acelerada de la osteoporosis posmenopáusica y sus consecuencias; generar incidencia en la aparición de quistes ováricos y mastitis; incrementar el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino; incrementar el dolor de la menstruación; incrementar el riesgo de aparición de miomas uterinos y endometrios; incrementar el riesgo de aparición de cáncer de cérvix (Sánchez-Hervas, 2003; Sánchez-Pardo, 2014).
19. El uso de tranquilizantes en mujeres las lleva con frecuencia a experimentar hasta el doble de los efectos secundarios que los hombres (Robinson, 2002). Muchas mujeres, frecuentemente víctimas de diversas violencias, usan tranquilizantes (por medios propios, inducidas por sus parejas o por personal sanitario) y, a menudo, estas sustancias son omitidas tanto en programas de tratamiento como de prevención de consumo, invisibilizando un elemento diferenciador que eventualmente permitiría identificar violencias y activar oportunamente rutas de atención.

20. Los trastornos de ansiedad asociados al consumo de cannabis son más frecuentes entre las mujeres (Fundación CSZ, 2019).
21. Las mujeres son más vulnerables a los efectos de la cocaína; además, esta droga afecta los ciclos menstruales, generando una respuesta diferente en la disfunción cerebral generada por el uso crónico de la cocaína (ibid., 2019).
22. Respecto a la heroína, no existen conclusiones definitivas respecto a la influencia del género en su uso y abuso. Sin embargo, la evidencia indica una adicción más precoz a esta sustancia y mayores niveles de riesgo en mujeres por prácticas como el uso compartido de jeringas (ibid., 2019).
23. El consumo de psicofármacos sin receta en hombres y mujeres suele ser muy similar. Sin embargo, el consumo de psicofármacos con receta es tres veces mayor en las mujeres que en los hombres. Esto suele vincularse con dos factores: a) las mujeres acuden con mayor frecuencia al sistema de salud en búsqueda de apoyo por malestares diversos no siempre relacionados con la salud física; y b) hay indicios correlacionales de que la respuesta por parte de profesionales en salud a estos malestares suele ser la medicalización y no otras terapias. La falta de comprensión de estos malestares, que puede derivarse de factores económicos y sociales, es también una brecha amplia a la que se enfrentan las mujeres que consultan el sistema de salud por malestares relacionados con la salud mental.

Fuentes: UNODC, 2020; WHO, 2018; Sánchez-Hervás, 2003; Sánchez-Pardo, 2014; Robinson, 2002; Fundación CSZ, 2019.





Factores de protección específicos basados en evidencia entre hombres y mujeres que usan drogas

1. **Existen factores de protección** comunes a niñas, niños, jóvenes, mujeres y hombres como el apoyo social, los logros académicos o profesionales y la comunicación al interior de los hogares (CCSA, 2010; Razzino, 2004).
2. **Factores de deseabilidad social** como el apoyo de los padres, la disciplina consistente y el autocontrol suelen ser más importantes para las mujeres que para los hombres en relación con la prevención o postergación de la edad de inicio de consumo, incluyendo la desaprobación del consumo de sustancias por compañeros, amigos y padres (CCSA, 2010).
3. **La calidez emocional** y la preocupación por los otros es un factor protector con mayor afianzamiento para las mujeres, independientemente del ciclo vital (Huselid & Cooper, 1992).
4. **Los factores asociados a los roles de género** en ocasiones pueden actuar como factores de protección. Las mujeres, en relación con el sentido de responsabilidad, pueden evitar, postergar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas (Kulis, 2008). De igual manera, en tanto las mujeres suelen recibir mayores niveles de supervisión por parte de sus familias tienen menor número de oportunidades para acceder a la oferta de sustancias ilícitas (Caris, 2009), tendencia que se subvierte cuando la inducción al consumo la genera la pareja consumidora.
5. **Las mujeres** tienden a reconocer daños sociales más amplios del consumo de drogas que los hombres (MCWhirther, 2004).
6. **El modelado paterno/materno** tiene mayor influencia sobre las mujeres que sobre los hombres. Esto, que puede verse como un factor protector, es también un factor de riesgo correlacionado con el uso/no uso de



sustancias psicoactivas por parte de los padres.

Género, drogas y violencias

La relación entre el consumo de drogas y la violencia se ha asociado principalmente por explicaciones fisiológicas y psicosociales. El National Institute on Drug Abuse (NIDA) ha mostrado, por ejemplo, la relación entre conductas agresivas tempranas y consumo de alcohol, aunque este factor de riesgo puede también ser una consecuencia. Aunque el uso y abuso de alcohol o drogas ilícitas sea frecuente entre las personas no violentas, también suele estar presente en situaciones de violencia (tanto en los agresores como en las víctimas) y la prevalencia de la violencia asociada al abuso de drogas agrava el problema tanto por la facilidad de acceder a las drogas como por la diversificación de la producción y el aumento de la demanda (Musayón, Vaiz, Loncharich & Leal, 2007).

Si bien se considera que no existen suficientes evidencias que correlacionen el consumo de sustancias psicoactivas con mayores índices de violencia, sí se ha demostrado que la agrava.

El hombre violento no detiene su ejercicio de violencia en la sobriedad, pero el alcohol puede ser utilizado como excusa social para justificar los comportamientos altamente agresivos. Cerca del 20% de los hombres que participan en programas de intervención para reducir el consumo de drogas y que conviven con sus parejas suelen ser agresores recurrentes contra ellas o han cometido agresiones durante el año previo al inicio del tratamiento (PNSD, 2017).

La Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI), desde España, muestra que el 80% de los casos de violencia de género se relacionan con el consumo de alcohol, drogas o psicofármacos. Tres (3) de cada 10 casos de violencia en el mundo tienen también alguna relación con el abuso de drogas legales e ilegales, especialmente al alcohol, la cocaína y el éxtasis que, por los daños neuronales que ocasionan, generan respuestas agresivas del individuo.

En general, la literatura científica no es concluyente, aunque muestra la existencia de una correlación entre violencia, violencia de género, uso y abuso de sustancias psicoactivas. Teniendo en cuenta los planteamientos hechos en este capítulo, se hacen visibles tres importantes intersecciones y convergencias entre el género y el consumo de sustancias psicoactivas:

1. Las desigualdades de género se constituyen como factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias de género:

Las configuraciones de los roles y estereotipos que modelan miradas idealizadas de la masculinidad y la feminidad modulan, a su vez, la aprobación o rechazo respecto a comportamientos, acciones o decisiones de las personas; esto también se evidencia frente a fenómenos sociales y conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas.

Por tanto, el proceso de masificación de las características diferenciadas en el género ha dado origen a un sinnúmero de desigualdades entre hombres y mujeres que, en consecuencia, han generado brechas en el ejercicio y garantía de los derechos y las libertades de las mujeres.

Por tal razón, se constituyen como factores de riesgo a nivel macrosocial y microsocia, encontrándose incluso con otro tipo de vulneraciones como las violencias contra las mujeres.

2. El estigma, el autoestigma y la discriminación a las mujeres que consumen sustancias psicoactivas es la principal barrera que dificulta la atención:

Los roles y estereotipos se convierten en dispositivos de la violencia de género que se manifiestan en expresiones como el estigma, la discriminación y, de manera más específica, en imaginarios sociales acerca del consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres.

El estigma está directamente relacionado con el auto estigma o el estigma internalizado. Este es un proceso subjetivo, derivado de los contextos sociales y culturales, donde a partir de la deseabilidad social y de los roles de género impuestos se construyen sentimientos negativos sobre sí mismo, comportamientos desadaptativos, modificaciones conductuales y afirmación de estereotipos que pueden influir negativamente en la calidad de las redes sociales y del funcionamiento social (Pérez, Utrera & Lopera, 2014). Este tipo de análisis, generalizado en la sociedad, suele permear los escenarios de atención a las mujeres y en ocasiones generar barreras para que se les brinde una atención integral.



3. Las violencias de género y el consumo de sustancias psicoactivas tienen una estrecha relación de vulneraciones:

La evidencia ha señalado que esta intersección entre los roles-estereotipos y el estigma y la discriminación es la puerta de entrada a otra serie de vulneraciones que pueden vivir las mujeres cuando consumen, muchas de estas asociadas a la violencia de género.

Estas intersecciones entre género y consumo de sustancias psicoactivas son abordadas con mayor detalle en **Doble Mirada**, un proceso de fortalecimiento de capacidades para profesionales del distrito que busca brindar, en el marco del convenio de cooperación con la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para la Región Andina y el Cono Sur (UNODC), herramientas teóricas y prácticas para la adecuada y pertinente respuesta integral a mujeres víctimas de violencias de género, cuya vulneración manifiesta relaciones con el consumo de sustancias psicoactivas.

Indicadores sensibles al género

Un indicador es una característica expresada cualitativa o cuantitativamente, específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. Estos instrumentos suelen ser utilizados frecuentemente para la gestión pública y privada, y han mostrado especial eficacia en materia de validez, confiabilidad, precisión, posibilidad de medir, oportunidad e importancia programática. Los indicadores, una vez analizados de manera crítica, no son suficientes para el análisis de género, ya que no distinguen el sexo en los análisis, ocultan las diferentes experiencias individuales, y encubren discriminaciones aportando datos parciales de la realidad. Entonces, los indicadores sensibles al género son todos aquellos que permiten medir y

evaluar el impacto de los proyectos, programas y acciones encaminados a la equidad de género. Su función se centra en mostrar y señalar los cambios en términos de género y sus relaciones.

La incorporación del enfoque de género en las políticas públicas ha mostrado que las hace más precisas, en tanto permite conocer las desigualdades sociales marcadas por la estructura de género/sexo. Por demás, se basa en una visión más profunda de la realidad, que manifiesta la diversidad de situaciones vividas y la multiplicidad de problemas que se interrelacionan. De la misma manera, las hace más eficaces, en tanto ajusta las intervenciones políticas a las demandas de mujeres y de hombres, y asegura el logro de los objetivos planteados en la superación de las desigualdades. Además de ello, las hace más inclusivas, ya que garantiza un mejor gobierno, dando respuesta a la amplitud de las realidades existentes de la sociedad y permite la revisión de las políticas públicas desde el inicio del ciclo, asegurando el replanteamiento de los modos de hacer en favor de una gobernanza más integradora.

Cabe resaltar que este tipo de indicadores no son únicamente una mera desagregación de datos entre hombres, mujeres y otras diversidades. En realidad, son indicadores que permiten pasar de la medición de número de personas desagregadas por sexo a visibilizar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, con lo cual se logra obtener información sobre las relaciones de género para la toma de decisiones:

Tabla 2. ¿Qué es y qué no es un indicador de género?

Datos desagregados por sexo (mujer-hombre)	Indicadores de género
Mide el número de personas (mujeres hombres) desagregada	Permite visibilizar las desigualdades en consecuencia del rol de género (condición y posición de las mujeres y hombres)
Indicadores absolutos	Relativos
No aportan información sobre las relaciones de género	Aportan información sobre las relaciones de género

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)

Los indicadores de género contribuyen a:

- Aplicar la perspectiva de género en el ámbito del uso y abuso de drogas identificando qué afecta a los hombres y a las mujeres en los diferentes escenarios.
- Incluir la perspectiva de género y ayudar a visibilizar las inequidades estructurales y, por tanto, ser una herramienta de cambio hacia la equidad.
- Desarrollar indicadores cualitativos que aporten información sobre cambios actitudinales, creencias y sistemas de valores en relación con el género.
- Evaluar las adicciones en las mujeres y las necesidades de la comunidad con las acciones a ejecutar.
- Describir la necesidad o justificar la intervención.
- Verificar la participación sustantiva de todos los grupos mediante análisis.
- Aportar información sobre cambios actitudinales, creencias y sistemas de valores en relación al acceso de las mujeres a recursos, oportunidades, espacios de toma de decisiones y poder o control sobre sus propias vidas.





¿Cómo se formulan los indicadores de género?

Para la formulación de los indicadores de género, los cuales deben ser flexibles y comparables en un tiempo determinado, se requiere de:

- Identificación del resultado directo a alcanzar
- Identificación de las brechas de género
- Análisis diferencial de la situación
- Definición del tipo de indicador: de realización, de resultados, de impactos

Tipos de indicadores

En general, el uso de los indicadores cuantitativos ha sido más tradicional. Sin embargo, algunos aspectos del género se hacen imposibles de analizar desde lo cuantitativo. La fiabilidad de algunos de los indicadores cualitativos (especialmente, aquellos que tienen que ver con actitudes, percepciones, etc.) se ve reducida por la incidencia de dos fenómenos sociológicos:

A continuación, se presentan las diferencias existentes entre los indicadores:

Tabla 3. Indicadores cuantitativos, cualitativos y mixtos

Cuantitativos	Mixtos	Cualitativos
Expresan cantidad o frecuencia	Cuantifican alguna de las cualidades de un fenómeno	Apuntan hacia alguna cualidad del fenómeno de la desigualdad, lo caracterizan.
Cuantifican el fenómeno de la desigualdad de género	Número (cantidad) y tipo (cualidad) de empresas dirigidas por mujeres y dirigidas por hombres	Observan e interpretan los procesos y hechos sociales
Unidad de medida: número, porcentaje, tasa	Frecuencia (cantidad) con que las mujeres consumen asisten a tratamientos que tengan en cuenta la perspectiva de género (cualidad)	

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)

1. Deseabilidad Social

Es la tendencia de las personas a responder según lo que entienden que está bien visto socialmente (o, lo que se conoce comúnmente con la expresión “lo políticamente correcto”).

2. Espejismo de la igualdad

Creencia generalizada en que las desigualdades de género “son cosas del pasado” y que hoy ya están superadas.

Por su parte, los indicadores cuantitativos no son demasiado útiles a la hora de medir aspectos esenciales del fenómeno de la desigualdad de género (por ejemplo, las discriminaciones encubiertas) y no aportan información sobre causalidad de los procesos, las actitudes, creencias y motivación de los comportamientos, es decir, sobre por qué se producen las cosas que observamos.

Para examinar si los indicadores estipulados cuentan con un grado adecuado de sensibilidad de género se ha planteado hacerse las siguientes preguntas:

¿Se han incluido indicadores de evaluación sensibles al género?

¿Se incluye algún indicador que permita medir el impacto del proyecto en las relaciones de género?

¿Se dará seguimiento a la participación equitativa de hombres y mujeres en las actividades del proyecto?

¿Queda suficientemente claro que la evaluación debe tener en cuenta el impacto del proyecto tanto sobre los hombres como sobre las mujeres, así como los logros respecto a la igualdad de género?

¿Se han incluido medidas específicas para visibilizar a las mujeres en la intervención?





Algunos ejemplos de indicadores sensibles al género:

Tabla 4. Indicadores de género sobre población

Cuantitativos	Indicador	Definición
Población	Distribución porcentual por sexo y edad de población	Distribución relativa de la población según grandes grupos de edad y sexo. Se expresa en porcentajes
	Porcentaje de población por raza/etnia y sexo	Cociente entre la población que se reconoce de una raza/etnia y la población total multiplicado por 100
	Utilización de métodos anticonceptivos modernos	Grado de conocimiento de métodos anticonceptivos entre las y los adolescentes. Se calcula haciendo el cociente entre la población de 15 a 19 años que conoce al menos un método anticonceptivo y la población de ese grupo de edad por 100

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)

Tabla 5. Indicadores de género sobre hogar y familia

Cuantitativos	Indicador	Definición
Hogar y familia	Distribución de la población por sexo y edad según sexo de jefatura del hogar donde habitan	Para el total de mujeres que pertenecen a un tramo específico de edad. Se calcula el porcentaje de aquellas que habitan en hogares con jefatura femenina y con jefatura masculina
	Distribución de la población por sexo, edad y estado civil	Para el total de mujeres que pertenecen a un grupo de edad, se calcula el porcentaje de los tipos de estado civil (casadas, unión libre, solteras, viudas, separadas o divorciadas)
	Tasa de actividad doméstica femenina	Para el total de la población femenina de 15 años o más, se calcula el porcentaje de aquellas que realizan quehaceres domésticos no remunerados como actividad principal

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)

Tabla 6. Indicadores de género sobre educación

Cuantitativos	Indicador	Definición
Educación	Tasa neta de matrículas en educación preescolar	Número de alumnos del grupo de edad oficial de un determinado nivel de enseñanza y escolarizados en ese mismo nivel, expresado en porcentaje de la población total de ese grupo de edad
	Tasa de asistencia escolar en educación secundaria	Número de niñas y niños del grupo de edad que corresponde a la educación secundaria y que asisten a algún establecimiento educativo, dividido por el total de niñas y niños de ese grupo de edad, multiplicado por 100
	Porcentaje de mujeres entre los egresados y titulados en la educación superior	Cociente entre el número de mujeres egresadas del nivel medio superior y el número de hombres egresados de ese mismo nivel en un año determinado, multiplicado por 100

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)

Tabla 7. Indicadores de género sobre violencia contra la mujer

Cuantitativos	Indicador	Definición
Violencia contra la mujer	Tasa de violencia	Número de mujeres de 15 a 65 años víctimas de cualquier forma de violencia (física, sexual, psicológica...) ejercida por una pareja en el último año, dividido por el total de mujeres en esas mismas edades, multiplicado por 100
	Tasa de violencia física	Número de mujeres de 15 a 65 años víctimas de violencia física ejercida por una pareja en el último año, dividido por el total de mujeres en esas mismas edades, multiplicado por 100
	Tasa de violencia sexual	Número de mujeres de 15 a 65 años víctimas de violencia sexual ejercida por una pareja en el último año, dividido por el total de mujeres en esas mismas edades, multiplicado por 100

Fuente: Proyecto Malva (FSYC, 2020)



Capítulo 2

Lentes Violeta sobre las políticas de drogas

Este capítulo es un compendio derivado del rastreo documental, la cadena de lecturas y la sistematización de la información que recoge recomendaciones y experiencias significativas, en clave de género, de organizaciones internacionales, políticas internacionales, nacionales y distritales sobre el tema de drogas. El ejercicio permite contemplar un panorama general en materia de políticas públicas que abordan el género y la producción, distribución, consumo y posconsumo de drogas. Este puede considerarse un estado del arte de las políticas y, a la vez, un marco general de actuación para la construcción de políticas públicas basadas en experiencias de género.

El primer nivel recoge la información más relevante de los organismos multilaterales en materia de género y drogas. Los niveles del dos (2) al cuatro (4), correspondientes al análisis de políticas públicas internacionales, nacionales y distritales, fueron analizadas de manera diferencial al nivel uno (1), y como criterio de selección se utilizó el **Informe Mundial del World Economic Forum sobre la brecha de género (2021)**, entendido como una guía orientadora para seleccionar los países cuya brecha de género es menor de acuerdo con el ranking de equidad de género, que evalúa acceso a: educación, empleo, liderazgo, sistema bancario, posicionamiento en cargos de poder, planificación, servicios profesionales, medios de comunicación, entre otros factores. Se analizaron, entonces, los países del top cinco (5) cuya información está disponible en internet en español, inglés, francés y portugués, a la par que se analizaron los países de Latinoamérica y el Caribe sobre los cuales existe información en internet. Como criterio de exclusión, además de lo anteriormente mencionado en cuanto a idiomas y disponibilidad la red, no se analizaron países cuyas posiciones políticas y religiosas están en contra de la equidad y la reducción de la brecha de género, los cuales, regularmente, ocupan los lugares más bajos en el informe mencionado.

La técnica utilizada fue rastreo documental. La información se analizó de manera independiente y se categorizó en ATLAS.ti bajo los criterios que define la OCDE en la **Inter-American Drug Abuse**

Control Commission (2019). Los resultados globales se agruparon, de acuerdo con la naturaleza de la disponibilidad/no disponibilidad de la información, en categorías específicas para este documento y en las cuales se podrán advertir los principales puntos fuertes/débiles de abordaje de las políticas públicas en el globo.

Nivel 1. Panorama general de organismos internacionales en materia de género y droga

A nivel internacional, el horizonte político y normativo lo establecen los ODS, el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de drogas –(UNGASS, por sus siglas en inglés)- (UNODC, 2016), los Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas (UNODC, & OMS, 2020), y la estrategia hemisférica sobre drogas y el plan de acción hemisférico sobre drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas -CICAD -.





Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

En el año 2015 los Estados Miembros de las Organizaciones de las Naciones Unidas acordaron desarrollar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Allí establecieron 17 objetivos de desarrollo con los que los gobiernos apuestan por poner fin a la pobreza, proteger el planeta en términos ambientales y, en general, mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo. En particular, para el proceso que convoca este documento, los ODS más relevantes son los siguientes:

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, toda vez que la prevención y atención del consumo de sustancias, así como de las violencias de género, son asuntos que afectan directamente la vida y bienestar de las personas.

Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas puesto que los riesgos, exposiciones, afectaciones y vulneraciones que se pueden vivir a causa de las violencias de género y el consumo de sustancias psicoactivas, ocurren de manera diferenciada en las personas que se reconocen como mujeres y niñas (UN, 2015).



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

3 SALUD Y BIENESTAR



5 IGUALDAD DE GÉNERO



Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de drogas (UNGASS):

En el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016¹, los Estados miembros establecen un conjunto de recomendaciones operacionales sobre cuestiones intersectoriales: las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños y niñas, las mujeres y las comunidades. En particular, en lo que refiere a las mujeres señalan como necesario:

- Asegurar el acceso no discriminatorio a servicios de salud y atención y servicios sociales en el marco de programas de prevención, atención primaria y tratamiento (...) por parte de las mujeres, incluidas aquellas privadas de la libertad, a servicios de salud y orientación adecuados, incluidos aquellos que se necesitan especialmente durante el embarazo.
- Seguir determinando y abordando los factores de protección y de riesgo, así como las condiciones que continúan haciendo que las mujeres y las niñas sean vulnerables a la explotación y a la participación en el tráfico de drogas, entre otras cosas, como correos (humanos), con miras a evitar que se vean implicadas en la delincuencia relacionada con las drogas.
- Incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas de drogas y asegurar la participación de las mujeres en todas las etapas de su elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación. Formular y difundir medidas que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las

niñas en relación con el problema mundial de las drogas y que sean adecuadas a su edad y su género, y, en cuanto Estados (miembros), aplicar la convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

- Alentar a que se tengan en cuenta las necesidades específicas y los posibles múltiples factores que hacen vulnerables a las mujeres encarceladas por delitos relacionados con las drogas, de conformidad con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok) (UNGASS, 2016).

Paralelo a estas recomendaciones, UNGASS realiza algunas precisiones sobre la reducción de la demanda y la ciencia de la prevención que deben retomarse:

- Promover el bienestar de la sociedad en su conjunto mediante la elaboración de estrategias de prevención eficaces basadas en datos científicos y centradas en las necesidades de las personas, las familias y las comunidades.
- Adoptar medidas eficaces y prácticas para prevenir la iniciación del consumo de drogas y la evolución a trastornos relacionados su uso.
- Ampliar la disponibilidad, cobertura y calidad de las medidas de prevención basadas en datos científicos, dirigidas a los grupos de edad y de riesgo pertinentes en múltiples entornos (aquí estarían incluidos los riesgos específicos de las mujeres, por ejemplo).
- Generar iniciativas de reducción de la demanda eficaces, amplias y basadas en datos científicos (UNGASS, 2016).

¹ Pese a que hubo en el año 2021 una Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, este se centró en el tema de corrupción.



Estándares Internacionales para la prevención del uso de drogas:

Los Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas (UNODC & WHO, 2018) definen criterios claros y concertados sobre qué debe hacerse para realizar programas de prevención del consumo de drogas, teniendo como principal base la evidencia científica internacional disponible.

Dentro de las principales recomendaciones se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias para reducir el uso de sustancias psicoactivas según las características de los entornos en los que se desarrollan y conviven las personas, y las necesidades de los diferentes momentos de la vida.

De acuerdo con los estándares, hablar de prevención implica favorecer el desarrollo sano y seguro de las personas a través de estrategias que permitan disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.

Entre las estrategias más efectivas de prevención del uso de drogas se destacan aquellas enfocadas en el fortalecimiento de habilidades de crianza y la potenciación de habilidades personales y sociales, haciendo especial énfasis en el papel de la influencia social en la adolescencia. Asimismo, se destaca la pertinencia de realizar iniciativas comunitarias de múltiples componentes, las cuales promueven la movilización de diversos sectores y actores de la comunidad con el fin de abordar el consumo de sustancias psicoactivas.

Si bien no se hace un señalamiento diferencial para las mujeres jóvenes, sí señala que estos dos tipos de programas permiten aumentar las capacidades personales en todas las personas y desde allí se contribuye a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Estos Estándares sugieren realizar intervenciones preventivas dirigidas a las mujeres embarazadas y lactantes, pues al ser estos períodos

de cambios importantes y que pueden generar situaciones estresantes, es posible que las mujeres se vuelvan receptivas para abordar el uso de sustancias y los trastornos relacionados al consumo de estas.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD):

Por su parte, la Estrategia hemisférica sobre drogas (CICAD, 2020a) y el plan de acción hemisférico sobre drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas 2021-2025 (CICAD, 2020b) avanzan en la apuesta de transversalizar el enfoque de género en las diferentes medidas relacionadas con la reducción de la demanda y de la oferta de las sustancias psicoactivas. Al respecto establecen que:

Dentro de los principios centrales y elementos fundamentales de la estrategia está: “que las políticas sobre drogas tengan un enfoque de salud pública y de seguridad, tomando en cuenta género, edad, contexto cultural y derechos humanos con el individuo como el centro de estas” (CICAD, 2020a, pág. 2.).

- **El principio 5:** que los Estados Miembros desarrollen e implementen políticas y estrategias sobre drogas basadas en la evidencia y, cuando sea posible, que los datos que informan y evalúan a estas estrategias se recopilen en un formato que permita la comparación y el análisis entre países.
- **La medida 4:** los Estados Miembros implementan una variedad de programas de prevención basados en la evidencia dirigidos a grupos poblacionales específicos, y espacios locales y regionales particulares, con diferentes hábitos y modalidades de consumo de sustancias y factores de riesgo. En su conjunto, estos programas constituyen

un sistema nacional integral de prevención.

- **La medida 17:** los Estados Miembros promueven y fortalecen la formación y capacitación continua y a todos los niveles de profesionales de salud, trabajadores sociales, técnicos y otros actores que participan en la implementación de actividades en reducción de la demanda de drogas .

También, se insta a incluir la perspectiva de género como parte del enfoque de derechos humanos, para leer las necesidades concretas de las personas y así formular políticas y programas sobre drogas; adoptar e implementar medidas alternativas al encarcelamiento para delitos menores o no violentos relacionados con las drogas, con una perspectiva de género; y contemplar en los modelos de tratamiento las necesidades de los distintos grupos poblacionales teniendo en cuenta factores como el género, edad, contexto socioeconómico, comunidad y cultura y otros determinantes sociales de la salud. (CICAD 2020b).

En la séptima ronda del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) se informó que varios Estados miembros de la OEA habían formulado e implementado políticas y programas integrales y equilibrados, encaminados a prevenir y reducir la oferta ilícita de drogas. No obstante, no se aportó ninguna información sobre la perspectiva de derechos humanos o de género de esa labor. Por lo cual, se requiere:

i) Establecer una unidad especializada en el organismo que se encargue de las políticas de género y dotarla de un presupuesto propio; ii) Realizar una evaluación o auditoría completa para determinar el progreso y las dificultades en el área de la incorporación de la perspectiva de género; iii) Elaborar un plan de acción específicamente para promover la igualdad sustantiva y la incorporación de la perspectiva de género en el organismo; iv) Establecer un sistema de seguimiento y evaluación eficaz del plan de acción.

En 24 observatorios nacionales sobre drogas del hemisferio se desagregan datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas por sexo y por edad, lo cual reviste particular importancia ya que sin datos de ese tipo no se puede evaluar la observancia de la perspectiva de género en las políticas y los programas de los países. No obstante, la mayoría de los observatorios sobre drogas no recopilan datos sobre género, el consumo de drogas en población diversa y no heteronormativa, así como sobre otros grupos vulnerables.





Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC):

UNODC, a través del World Drugs Report del 2018, produjo un capítulo especial sobre mujeres y drogas, ***Women and drugs: drug use, drug supply and their consequences (UNODC Research, 2019)***. En este informe, en materia de las diferencias por género en el uso de drogas, se encuentra que la prevalencia del consumo no médico de opiáceos y tranquilizantes es más alto en mujeres, aunque la tendencia en América Latina es equiparable entre hombres y mujeres; sin embargo, en países donde hay más oportunidades para las mujeres, la brecha de género en el consumo de drogas, especialmente en la prevalencia del consumo reciente y actual de drogas entre hombres y mujeres más jóvenes, se reduce o se hace equivalente.

El ***World Drugs Report del 2021*** aborda en el capítulo 5 la relación entre COVID-19 y drogas. Respecto a las mujeres que usan drogas se hace especial énfasis en que, a nivel global, los servicios equipados para brindar soporte direccionado a la interacción entre uso de droga y violencia basada en género tienen baja disponibilidad. Los cierres de instituciones y espacios, la reducción de actividades sociales, gubernamentales e institucionales durante el confinamiento fueron barreras adicionales para esta población, especialmente cuando intentaban acceder a los servicios de tratamiento o a los servicios de soporte para víctimas de violencia basada en género (UNODC Research, 2021).



El World Drugs Report del 2023 hace énfasis en que las mujeres, minorías, víctimas de conflictos armados, entre otros grupos de especial vulnerabilidad, son fuertemente afectados por trastornos de uso y, además, enfrentan problemas de acceso a tratamiento, lo cual se acentuó en los periodos de mayor criticidad la COVID-19. Se hace especial énfasis en que factores de protección como los vecindarios seguros; la salud psicológica y la inclusión social; la calidad del ambiente escolar; el acceso a un sistema de salud de calidad; el involucramiento y monitoreo parental y de redes de apoyo; y el desarrollo de habilidades de salud y neurológicas, a través de la regulación emocional y las habilidades aprendidas, contribuyen positivamente en la salud física, social y mental. De igual manera, se resalta que la pobreza, los conflictos, las guerras, la condición de habitante de calle, el estatuto de refugiado, la exclusión social y la inequidad, los vecindarios con vectores de riesgo, la subsistencia precaria, la disponibilidad de drogas, los problemas de salud mental, los traumas y las adversidades en la infancia son factores de riesgo que pueden coadyuvar a la iniciación, el uso regular y la generación de trastornos de uso y dependencia de drogas (UNODC Research, 2023).

UNODC/UNOV ha lanzado la ***Strategy for Gender Equality and the Empowerment of Women 2022-2026 (2022)***, donde enfatiza que los Estados miembros deben mejorar el acceso igualitario a la justicia y tener respuestas diferenciadas por género, tanto en el nivel político como en relación a la prevención del crimen organizado; el tráfico

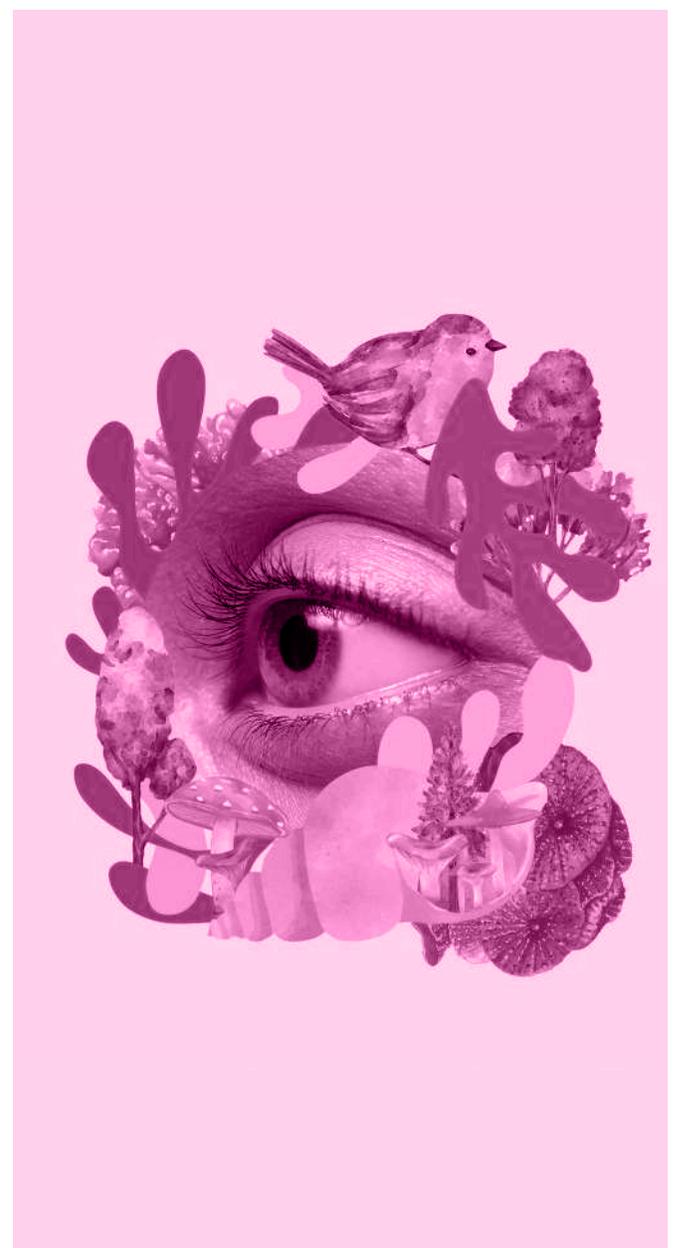
de sustancias ilícitas; la corrupción; la prevención del terrorismo; la prevención de la radicalización; la prevención del uso e inicio de consumo de sustancias psicoactivas; y el acceso a tratamientos. De igual modo, invita a proveer una serie de normas, políticas y estándares comprensivas que promuevan la equidad de acceso a la prevención de los fenómenos mencionados. Así mismo, incita a la promoción de investigaciones sensibles al género; a fortalecer la captura de información sensible al género y la producción de conocimiento; a cimentar la participación de la mujer y su integración como actor decisorio en las estructuras políticas; y a involucrar a los niños, los jóvenes y los hombres en el avance hacia una sociedad más equitativa desde el empoderamiento femenino (UNODC & UNOV, 2022).

La literatura disponible muestra que los trastornos por uso de sustancias pueden considerarse como parte del espectro del comportamiento de externalización, en oposición a la internalización del espectro del comportamiento, es decir, los hombres suelen tener una mayor tendencia a la externalización de los problemas de conducta (trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de personalidad antisocial) que las mujeres, quienes tienen más síntomas de internalización como la depresión y la ansiedad (Hecksher and Hesse, en UNODC, 2019).

Las mujeres suelen comenzar a usar sustancias más tarde que los hombres y su consumo está fuertemente relacionado e influenciado por la intimidad de las parejas que consumen drogas, mientras que los hombres suelen iniciar su consumo con otros hombres o pares que usan drogas. De igual modo, las mujeres suelen ser más propensas a identificar los traumas o estresores como causas del inicio o la permanencia en el uso de sustancias, siendo predominantes los problemas de relación, el abuso sexual, el estrés ambiental y los problemas familiares.

Las mujeres que experimentan en la infancia diversos tipos de violencias (violencias sexuales, económicas, de falta de acceso a oportunidades y de otros tipos) son más susceptibles a iniciar

el consumo de drogas y a desarrollar trastornos por consumo de drogas más rápidamente que los hombres. Por demás, y en comparación con los hombres, las mujeres que son dependientes de sustancias pueden tener un deterioro del mecanismo de afrontamiento para responder al estrés y una disminución de la regulación de las emociones como resultado de una respuesta de estrés neuroendocrino debilitada. Como resultado, las mujeres reportan dolores más severos y episodios más frecuentes de dolor, que suelen ser anatómicamente difusos y duraderos en relación con el tiempo que los de los hombres con patologías similares.





Las desigualdades sociales y la falta de seguridad social, así como los menores ingresos económicos, incrementan la vulnerabilidad de las mujeres ante el consumo de drogas y sus trastornos subsecuentes por abuso. Aunque la pobreza no es por sí sola un inductor al consumo de drogas, la falta de oportunidades para el logro personal y para el crecimiento económico y las afectaciones a la salud son, en general, factores que afectan desproporcionadamente a las mujeres. Por tanto, son condiciones que pueden coadyuvar al abuso de drogas.

El estigma al que se enfrentan las mujeres que consumen drogas es un factor importante en la evolución de su consumo, el cual interactúa con otros factores como la violencia de género, las experiencias infantiles y las comorbilidades psiquiátricas. Las mujeres que consumen drogas enfrentan un mayor estigma que sus contrapartes masculinas debido a los estereotipos basados en el género que mantienen las mujeres en estándares diferentes. Se considera que el uso de drogas en mujeres contraviene su papel tradicional en la sociedad como madres y cuidadoras. El aumento del estigma es también asociado a mujeres sin hogar que consumen drogas, lo que hace que permanezcan más arraigadas a las redes de usuarios de drogas y pasen menos tiempo con redes que no usan drogas, quienes podrían ser fuentes potenciales de asistencia para el tratamiento y la atención.

Sobre el acceso al tratamiento y la atención a los trastornos de uso de drogas, sigue existiendo una falta general de comprensión de las necesidades específicas de las mujeres y una falta de servicios de tratamiento que tengan en cuenta las diversas necesidades de las mujeres con trastornos por consumo de drogas. Esta situación es aún más crítica en países con recursos limitados, donde la disponibilidad de servicios de tratamientos basados en la evidencia científica y adaptados a las necesidades específicas de las mujeres son restringidas o inexistentes. Las mujeres enfrentan más barreras para acceder a servicios y, la falta de medicamentos, servicios de tratamiento y cuidado

de los niños y niñas, son problemas sistémicos, estructurales, sociales, culturales y personales que inhiben su permanencia. Los obstáculos más significativos incluyen la falta de cuidado de los niños y niñas y las actitudes punitivas hacia las madres y mujeres embarazadas con trastornos por uso de sustancias. Por otro lado, aun cuando hay disponibilidad de tratamientos, las mujeres suelen temer a la búsqueda de estos tanto por el estigma social -en general-, como en el caso de las mujeres que son madres por la posibilidad de pérdida de la custodia de sus hijos e hijas, o la renuncia a ellos y ellas como condición del tratamiento.

Por demás, se resalta que la mayoría de las investigaciones sobre los aspectos de género y drogas están enfocadas en países del norte global, por tanto, la investigación en otros países del mundo es limitada.

Todos estos factores resaltados por UNODC en su informe son, necesariamente, puntos de partida para empezar a pensar la producción de políticas públicas en clave de género, desde la promoción y prevención temprana y selectiva, diferenciada por género, pasando por la sensibilización social del fenómeno de mujeres que usan drogas, hasta la formación de profesionales de la salud y de diversos sectores quienes, desde una perspectiva interdisciplinaria, pueden contribuir con un abordaje especializado y aportar a la construcción de conocimiento basado en la evidencia que atienda la necesidad de atención diferenciada, incluyendo el apoyo a las mujeres que usan drogas, el acceso y la permanencia en procesos de tratamiento diferenciales.

World Economic Forum (WEF):

El Informe Mundial del WEF sobre la brecha de género del año 2021, nos muestra que si los avances en términos de luchas políticas y de acceso continúan tal y como se reflejaron en el mundo hasta el año 2021, deberán esperar otra generación para lograr la paridad de género. El impacto de la pandemia de COVID-19 incrementó la brecha de género global en una generación desde 99,5 años hasta 135,6 años. A esta conclusión llegaron quienes calcularon el Índice global de brecha de género, indicador que evalúa la evolución de las brechas de género en cuatro dimensiones:

1. Participación económica y oportunidad.
2. Logro educativo, salud y supervivencia.
3. Empoderamiento político.
4. Progreso para cerrar las brechas en el tiempo.

Entre las tendencias, se evidencia un lento avance observado en el cierre de la brecha de participación y oportunidad. La proporción de mujeres entre profesionales calificados, aunque sigue aumentando al igual que el progreso hacia la igualdad salarial, viene mostrando un comportamiento de ritmo lento. Las disparidades generales de ingresos siguen siendo solo un puente hacia la equidad, a la par que las mujeres en puestos de liderazgo solo representan el 25% de todos los gerentes. A nivel mundial, la brecha económica de género, tras el inicio de la pandemia, creció entre el 1% y el 4%, y las brechas de género en la participación de la fuerza laboral son más amplias desde el periodo de mayor criticidad.

En el nivel educativo, la salud y la supervivencia, las brechas de género están casi cerradas a nivel global. El 95% de la brecha de género existente en el nivel educativo se ha cerrado, con 37 países en paridad. Pero éste último 5% avanza con lentitud, y se necesitarán al menos 14,2 años para cerrar por completo esta brecha, a menos que los gobiernos y el sector privado generen inversiones que permitan su cierre completo en menos tiempo.

Los sectores que requieren habilidades técnicas disruptivas como el cloud computing, la ingeniería, la gestión de datos y la inteligencia artificial, son los que representan mayores brechas de género. En estos campos laborales las mujeres están infrarrepresentadas, presentando descensos porcentuales o incrementos leves en contraste con el 2018. Las mujeres experimentan una mayor brecha de género en transiciones laborales basadas en el potencial en campos donde actualmente están infrarrepresentadas.





Organización Mundial de la Salud (OMS):

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre violencia de género ha mostrado que la prevalencia de violencia física y/o sexual sobre mujeres por parte de sus parejas, y de violencia sexual por fuera de la pareja, o de ambas variables es del 30% en 161 países al 2018. Es decir, 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha padecido alguna forma de violencia. Además de esto, más de una cuarta parte de las mujeres entre los 15 y los 49 años que han mantenido relaciones sentimentales han sido objeto de violencia física o sexual al menos una vez en la vida. En ese sentido, la OMS resalta que la violencia de pareja y la violencia sexual son problemas de salud pública relevantes y persistentes, así como una extendida violación de los derechos humanos.

Por otro lado, el 38% de los feminicidios a nivel global son cometidos por la pareja o expareja sentimental de las víctimas. A esto se suma que el 6% de las mujeres del mundo han sido agredidas sexualmente por personas que no son sus parejas. Estas formas de violencia afectan de manera negativa la salud sexual, reproductiva y física de las mujeres, y pueden ser también un factor de riesgo para el ingreso y la permanencia en el consumo.

Los países de ingresos altos en Europa tienen una prevalencia del 22% respecto a este tipo de violencias. Muchos de estos países son justamente los que han desarrollado, entre muchas otras estrategias, políticas de abordaje del fenómeno de las drogas desde una perspectiva de género. En las Américas, las tasas ascienden al 25%, y en África al 33%, siendo estos los continentes donde existen menores expresiones de políticas públicas que hagan énfasis en abordar el fenómeno del consumo de drogas desde el género y, por tanto, las que tienen menos políticas, programas y estrategias de prevención del consumo de drogas con perspectiva de género.

Oficina de las Naciones Unidas para la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres):

En el último reporte de la base de datos mundial de ONU Mujeres sobre la violencia contra las mujeres y el concentrador de datos “Women Count” (2022), se estima que las tasas de depresión, trastornos de ansiedad, embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual e infección por VIH son más altas en mujeres que han experimentado violencias físicas o sexuales por parte de sus parejas íntimas o por alguien que no es su pareja, que aquellas que no la han sufrido.

Por otro lado, a nivel global la violencia contra las mujeres, aunque presente en todos los países, es desproporcionada respecto a los países y regiones de ingresos bajos y medios. En los países clasificados como “menos desarrollados” por los ODS, las mujeres en edades entre los 15 y los 49 años han sido objeto de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en un 37%. La tasa en los países “más desarrollados” es 13 puntos porcentuales menor.

Cabe resaltar, también, el ***Informe mujeres y hombres: brechas de género en Colombia***, elaborado por ONU Mujeres, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020). En este documento se resalta la necesidad de consolidar el acceso universal a los servicios de salud con perspectiva de derechos humanos, con un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital para reducir las brechas de género y las brechas entre mujeres.

Considerando todo lo anterior, es importante resaltar que, en contraste con las políticas públicas, los abordajes, la investigación, el desarrollo de estrategias y de programas de finales del siglo XX, la incorporación del enfoque de género en los países es desigual, algunos van a pasos agigantados y otros van a paso lento. Sin embargo, la ampliación de brechas de oportunidades entre

hombres y mujeres, la reducción de brechas del consumo de drogas entre ambos, los resultados de informes e investigaciones en materia de salud mental, consumo, feminicidios y diversos fenómenos deben ser un factor de compromiso de gobernabilidad y generación de políticas con Lentes Violeta.

**Nivel 2.
Políticas internacionales**

Brechas de género por país y región

Islandia es el país con mayor igualdad de género en el mundo por catorceava ocasión al 2023. Existen disparidades significativas entre y dentro de las variaciones geográficas, siendo Europa occidental la región que más ha avanzado hacia la paridad de género (77,6%); América del Norte la segunda más avanzada (76,4%); seguida por América Latina y el Caribe (71,2%), Europa del Este

y Asia Central (71,1%). Le sigue el Este de la región de Asia y el Pacífico (68,9%), África Subsahariana (67,2%), que supera el Sur de Asia (62,3%). Medio Oriente y África del Norte son las zonas con mayores brechas (60,9%).

Al ritmo relativo actual, la brecha de género se cerrará en 52,1 años en Europa; 61,5 años en Norteamérica; 68,9 años en América Latina y el Caribe; y en las demás regiones tardará más de 100 años en cerrarse: 121,7 años en los subsaharianos de África; 134,7 años en Europa del Este y Asia Central; 165,1 años en Asia Oriental y el Pacífico; 142,4 años en Oriente Medio y África del Norte; y 195,4 años en el Sur de Asia.

Presentamos la clasificación global y para América Latina y el Caribe:

Tabla 8. Brecha de género por país y región

Ranking	País	Índice Global de la brecha de Género 2022
1	Islandia	90,8%
2	Finlandia	86%
3	Noruega	84,5%
4	Nueva Zelanda	84,5%
5	Suecia	82,2%

Fuente: Informe mundial sobre la brecha de género 2021 (WEF).



Tabla 9. Brecha de género - Latinoamérica y el Caribe

País	Ranking		Puntaje
	Regional	Global	
Nicaragua	1	7	0,810
Costa Rica	2	12	0,796
Barbados	3	30	0,765
México	4	31	0,764
Argentina	5	33	0,756
Guyana	6	35	0,752
Perú	7	37	0,749
Jamaica	8	38	0,749
Panamá	9	40	0,743
Ecuador	10	41	0,743
Suriname	11	44	0,737
Chile	12	47	0,736
Bolivia	13	51	0,734
El Salvador	14	59	0,727
Uruguay	15	72	0,711
Colombia	16	75	0,710
Paraguay	17	80	0,707
Honduras	18	82	0,705
República Dominicana	19	84	0,703
Brasil	20	94	0,696
Bélice	21	95	0,695
Guatemala	22	113	0,664

Fuente: Informe Mundial sobre la Brecha de Género 2023 (WEF).



Planes o estrategias internacionales que consideran la dimensión de género en relación a las drogas

1. Islandia

Desde hace 20 años y con un modelo basado en la evidencia ha logrado disminuir el uso de sustancias psicoactivas, pasando de tener algunas de las peores estadísticas en consumo de alcohol, drogas y tabaco de Europa, a convertirse en uno de los modelos globales de promoción y prevención ante el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Este fue un logro mancomunado entre la sociedad civil, la academia y los referentes políticos, apoyados por el Centro Islandés de Investigación y Análisis (ICSRA) que, junto a legisladores, implementó el modelo Youth in Iceland, un enfoque orientado a adolescentes con perspectiva de género en cuatro (4) pasos:

2. Conocimiento del problema a través de la captura de datos para la definición de las líneas maestras de la estrategia a seguir;
3. Actuación en escala local (comunidades y barrios) para trabajar en líneas de acción específicas;
4. Actuación a nivel local en múltiples lugares, tomando en cuenta los datos nacionales transversalizados por el espíritu de los barrios, poblaciones y regiones;
5. Proceso de reflexión integradora, donde los participantes revisan las actividades locales, se exploran las dimensiones de proceso y resultado del conjunto de las actividades y se analizan nuevas rondas de datos nacionales (Planeth Youth, 2021; Kristjansson, Mann, Sigfusson, Thorisdottir, Allegrante & Sigfusdottir, 2020a; Kristjansson, Mann, Sigfusson, Thorisdottir, Allegrante & Sigfusdottir, 2020b).



Pese a que hasta la década de los noventa del siglo XX el país no tenía suficiente información sobre las diferencias de consumo asociadas al género, un estudio del Hospital Nacional encontró que las mujeres sufren de falta de autoestima, culpa, vergüenza e impotencia en mayor medida que los hombres. Se halló que las relaciones rotas, una tendencia a encajar socialmente con los compañeros de bebida, los problemas y el abuso sexual, son razones importantes para que las mujeres que abusan de las drogas permanezcan en la conducta. Consumen para reducir el estrés, para relajarse o por el efecto intoxicante, los cuales también fueron factores significativos en los patrones de consumo de las mujeres. Los problemas emocionales relacionados con las propias mujeres eran incentivos más fuertes para el cambio que los problemas sociales. Los resultados de Islandia sugieren que la intervención terapéutica para las mujeres debe centrarse en elevar la autoestima, resolver problemas emocionales y controlar el estrés (Guðmundsdóttir, 1997b).

La política reciente sobre alcohol y drogas en Islandia se adoptó a fines de 2013 a través del (Ministerio de Bienestar de Islandia, 2013). Los principales objetivos de la política son:

- Evitar que adolescentes jóvenes inicien el consumo de alcohol y otras drogas a través de la creación de programas de promoción y prevención desagregados por sexo, con contenidos estimulantes (recompensas) de acuerdo con el ciclo vital y los grupos etarios.
- Reducir el número de personas que desarrollan un consumo nocivo de alcohol y otras drogas como política pública.
- Asegurar el acceso de las personas afectadas por el mal uso y la adicción a servicios continuos e integrados, basados en los mejores conocimientos/prácticas de alta calidad. Esto implicó la formación profesional (articulación con las universidades para generación de currículos formativos para profesionales sociales y profesionales de la salud que permitan reconocer las

diferencias clínicas del consumo y abuso de sustancias por sexo, y las estrategias de mitigación y reducción) y la sensibilización social (visualización del problema, rutas de atención a centros especializados por género, mitigación de las medidas punitivas orientadas a mujeres que consumen drogas).

El éxito de la política en materia de prevención es su posibilidad de centrarse en la protección de los grupos sensibles contra los efectos nocivos del alcohol y otras drogas. En este sentido:

Algunos grupos sociales son más sensibles que otros, por ejemplo, los hijos de padres con problemas de alcohol y drogas, las mujeres embarazadas y los adolescentes. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a crecer en un ambiente protegido contra los efectos negativos del alcohol y el abuso de sustancias. Además, las mujeres corren mucho más peligro de sufrir violencia (en comparación con los hombres). Las pruebas de detección, los servicios públicos de atención de la salud y los servicios de los municipios, como los servicios de bienestar, son ejemplos de medidas para proteger a las personas (Ministerio de Bienestar Social de Islandia, 2013, 7).

En los últimos años, nuevas voces han entrado en escena reclamando cambios en la dirección de un enfoque posmoderno de las adicciones, con énfasis en la reducción de daños, la despenalización, la sensibilidad de género y ofertas de tratamiento más variadas, reconociendo que las personas con problemas de drogas y alcohol no son un grupo homogéneo con las mismas necesidades.

Finlandia

El enfoque de reducción de daños relacionados con las drogas del Gobierno de Finlandia es una de las estrategias más importantes que tiene en cuenta el género. Entre sus pilares se encuentra el trabajo de prevención de drogas a través de un enfoque centrado en el cliente y accesibilidad en los servicios de abuso de sustancias; la reducción del daño y la prevención de los delitos relacionados con las drogas basada en la cooperación.

La política de drogas destaca la importancia de una intervención temprana a través de medidas oficiales y multidisciplinarias en los problemas de adolescentes y jóvenes y con el fin de prevenir el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas, las conductas delictivas y la exclusión social. El trabajo preventivo se realiza desde un enfoque multidisciplinario dependiendo del género y del grupo de edad. A partir de allí, se construyen planes de acción sobre alcohol, tabaco, drogas y juegos de azar que priorizan el reconocimiento de la experimentación con drogas y el desarrollo de modelos de intervención a pequeña escala.

Los servicios de abuso de sustancias y de salud mental se han centrado en atender la vulnerabilidad focalizada por diversas razones. La disponibilidad de servicios de asesoramiento sanitario y social de bajo umbral para los consumidores de drogas ha sido una de las herramientas claves, y al tiempo se asegura el establecimiento de asesoramiento sanitario permanente para las y los consumidores de droga como parte de la última reforma de los servicios sociales y de salud.

Además de ello, se hacen esfuerzos en la restricción del suministro de drogas a través de una eficiencia óptima en la detección e investigación de delitos relacionados con las drogas. El control de los delitos relacionados con las drogas se basa en el trabajo conjunto y multidisciplinario de información de las autoridades públicas y en los datos analizados. Esto les ha permitido garantizar la aplicación efectiva de la responsabilidad penal en los delitos de drogas (Kruttschnitt & Savolainen, 2009).





Noruega

A partir de la Propuesta 15S: el plan de acción para el campo de alcohol y drogas, este país mantiene una política integral que prioriza actividades de prevención, intervención temprana, tratamiento y postratamiento para personas con problemas de abuso de sustancias. Entre sus objetivos se encuentra:

1. Asegurar que las personas en riesgo sean identificadas, caracterizadas y se les brinde asistencia diferencial y oportuna;
2. Garantizar una influencia genuina del usuario a través de la libre elección de institución de tratamiento, soluciones impulsadas por este y participación de él en el diseño de los servicios;
3. Asegurar que las personas tengan acceso a servicios diversificados e integrados;
4. Garantizar que todas las personas lleven una vida activa y significativa; y
5. Desarrollar e incrementar el uso de sanciones penales alternativas.

La política noruega de prevención de drogas se basa en el principio fundamental de una sociedad inclusiva. Los principios de prevención y promoción de la salud se consideran elementos clave de sus políticas, y se da prioridad a las intervenciones tempranas. Esta política incluye restricciones al consumo de alcohol y drogas. La estrategia de lucha contra las drogas se ejerce a través de la prohibición y focalización en el narcotráfico y crimen organizado. Se han generado políticas públicas exclusivas para el afrontamiento y la generación de oportunidades, así como la Estrategia Nacional de Sobredosis. La Ley de Ejecución de Sentencias #12 permite el tratamiento voluntario como alternativa a una sentencia en prisión (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020).

Nueva Zelanda

La nueva Política Nacional de Drogas incorporó algunas de las recomendaciones del grupo WHA (Women's Health Action), entre ellas: 1) Se incluye un enfoque específico en las mujeres y el uso de análisis de género; 2) Se reconoce el costo social y de salud de los daños relacionados con el alcohol, y se habilita el compromiso y la inversión para lograr reducciones medibles y sostenidas de los daños relacionados con el alcohol; 3) Se compromete con la implementación de políticas basadas en evidencia y se apoya el desarrollo de una estrategia nacional de reducción de daños por el consumo de drogas liderada por el sector salud, junto a un plan de acción complementario; 4) Se reconoce el vínculo entre el daño generado por el consumo de sustancias y las desigualdades sociales, y se habilitan acciones que reduzcan las desigualdades de manera medible y mitiguen los riesgos de contribuir a más desigualdades; 5) Se proporcionan explícitamente recursos para el desarrollo y la planificación de la fuerza laboral para satisfacer necesidades y expectativas de las minorías; 6) Se incluye el enfoque étnico a través de la realización de consultas con los Pueblos del Pacífico con miras a la identificación de políticas y servicios que puedan satisfacer mejor sus necesidades y expectativas, y abordar las desigualdades.

El Plan de Acción de Género 2021-2025 de Nueva Zelanda tiene por objetivo apoyar un cambio transformador a través de los avances en equidad de género y empoderamiento femenino. Entre las estrategias para alcanzar este objetivo se encuentran tres (3) iniciativas que pueden coadyuvar a reducir la participación en la cadena de producción o el uso/abuso de sustancias psicoactivas, a saber: i) Permitir que las mujeres participen en gobernanza y liderazgo social y corporativo; ii) Eliminar la violencia contra las mujeres y niñas; y iii) Generar acciones de protección social.

Suecia

Este país viene trabajando en una Política Nacional de Drogas que adopte un enfoque de salud sensible al género, tanto para quienes usan drogas como para quienes son dependientes de estas. Esta política busca no criminalizar a las mujeres por usar drogas, incluyendo si están en estado gestacional o tienen hijos dependientes. Esto viene acompañado de proveer tratamientos contra el uso y abuso de sustancias con enfoques de reducción del daño y otros servicios que, en el contexto, buscan fomentar alternativas al encarcelamiento basadas en evidencia y sensibles al género. Sumando a esto, se busca abolir los tratamientos obligatorios dirigidos a personas que consumen drogas, tanto dentro como fuera del sistema penal. La articulación a los servicios será estrictamente voluntaria, no condicional y no vinculante judicialmente; la renuncia a estos tratamientos o la discontinuidad de los tratamientos no pueden ser causas penales o que impliquen procesos punitivos.

Se garantiza el acceso voluntario a programas de tratamiento del consumo de drogas basados en evidencia y sensibles al género, desarrollados con énfasis en la reducción del daño y diferenciales para las mujeres, incluyendo aquellas que están privadas de la libertad (Government Offices of Sweden & Ministry of Health and Social Affairs, 2015).

Canadá

En los últimos años, este país se enfrenta a una crisis de sobredosis sin precedentes. La prohibición penal, que ha sido el enfoque principal del gobierno para abordar el consumo de drogas, sigue enfrentando a las personas a la hostilidad política, la criminalización, el acceso limitado a servicios de salud y reducción de daños, junto al hostigamiento social. Las mujeres y las personas de género diverso que consumen drogas son las más excluidas de las conversaciones sobre personas que consumen drogas. A partir de allí se han venido legalizando los consumos recreativos de algunas drogas, como la marihuana, y se han generado alternativas al



encarcelamiento, especialmente para mujeres que consumen drogas en estado gestacional, personas de sexo diverso y mujeres con hijos dependientes, según la Estrategia antidrogas y sustancias controladas de Canadá.

Uruguay

La política de drogas de Uruguay contempló la creación de un Fondo de Bienes Decomisados para apoyar programas con una perspectiva de género gestionados por el Gobierno y algunas ONG, centradas en la prevención, el tratamiento, la reducción de daños y la reinserción social. Estos programas han logrado reducir las tasas de reincidencia, de dependencia de drogas y de desempleo entre mujeres que han salido de prisión. Esto puede encontrarse en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas 2016 - 2020.

En materia de promoción y prevención se dispuso una línea de atención gratuita que facilita información y asesoramiento de las personas interesadas, así como dispositivos locales para asesoramiento, orientación y tratamiento ambulatorio de usuarios problemáticos de drogas y sus referentes socioafectivos. También, se impulsó el proyecto Aleros como parte de los dispositivos de prevención y aproximación a la comunidad, recorriendo el territorio y acercándose a los usuarios consumidores desde su territorio. Cuentan, también, con Unidades Móviles de Atención -UMA, que son consultorios ambulantes por equipos de atención intersectorial conformados por profesionales médicos, profesionales en psicología, auxiliares de enfermería, educadores y conductores que abordan el consumo problemático de las personas en situación de calle.

La estrategia política de reducción de riesgos y daños del gobierno uruguayo trabaja desde una perspectiva de derechos humanos, aunque poco se puede visualizar en materia de enfoque de género. Sin embargo, el rechazo a las posturas prohibicionistas ha disminuido la estigmatización de las instituciones estatales hacia las personas que usan drogas (Teixeira, 2018).

Bolivia

En la Estrategia de lucha contra el narcotráfico y control de cultivos excedentarios de coca 2016-2020 se han planteado seis iniciativas de indulto, reducción de pena y amnistía. En lo que se refiere al género, se beneficiaron madres y cuidadoras. Estas iniciativas con enfoque de género, emparejadas con la reducción de los índices de pobreza y un mayor apoyo estatal hacia las madres de familia, coadyuvaron a disminuir, en un 84%, el total de mujeres encarceladas por delitos relacionadas con drogas. Esta cifra contrasta la situación boliviana con la de los demás países de América Latina, en los cuales el encarcelamiento de mujeres que cometen delitos relacionados con drogas va en incremento (WOLA, 2019). Existen pocos avances de prevención en materia de mujeres que usan drogas.

Tras la revisión, se evidenció a su vez que las políticas de Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guyana, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana tienen menciones menores al tema de género, específicamente relacionadas a la desagregación de la información por sexo. Esta ausencia de abordaje de las drogas desde el enfoque de género es, por demás, sobresaliente, en la medida que visibiliza no sólo las existentes barreras de género en los respectivos países, sino la urgencia de desarrollar políticas públicas de prevención del consumo con **Lentes Violeta** que, muchas veces, pueden ir en contravía de los enfoques punitivos de abordaje del tema de las drogas en estos países.

Nivel 3. Colombia - Políticas nacionales

En referencia al marco político y normativo nacional, el país cuenta con un conjunto de leyes y políticas que establecen orientaciones para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas. Las más representativas son:

Ley 1438 de 2011

El Congreso de la República de Colombia aprobó en el año 2011 la Ley 1438, mediante la cual

(...) se reforma el sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adoptando la Atención Primaria en Salud, la cual se integra por tres componentes interdependientes: i) Los servicios de salud, ii) La acción intersectorial o transectorial por la salud, y iii) La participación social comunitaria y ciudadana. Esta atención primaria es transversal para la respuesta integral al uso o el abuso de sustancias psicoactivas (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Ley 1566 de 2012

El Congreso de la República de Colombia aprobó para el año 2012 la Ley 1566, por la cual se

(...) dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas". Esta legislación si bien no hace referencia directa a la perspectiva de género, sí señala que el abordaje del uso y abuso del consumo de sustancias psicoactivas debe ser atendido desde una perspectiva de atención integral, además establece que dicha atención debe ofrecerse por instituciones prestadoras de salud e insta a comprender el fenómeno desde la promoción de la salud y la prevención del consumo (Congreso de la República de Colombia, 2012).

Al respecto, el Grupo de gestión del conocimiento de la Dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los registros, observatorios y sistemas de seguimiento nacionales del Observatorio Nacional de Salud Mental, anotó que el Artículo 6 de esta ley, relacionado con la promoción de la salud y prevención del consumo,

(...) puede contribuir con el mejoramiento de los programas de atención, prevención y tratamiento, así como aumentar la potencial efectividad de las acciones de control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas que pretendan ser implementadas en cada nivel de asistencia sanitaria (MinSalud, 2012).

Ley 1616 de 2013

El Congreso de la República de Colombia aprobó para el año 2013 la Ley 1616, por la cual se

(...) expide la Ley de Salud Mental, (que) establece y normativa la Política de salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Esta ley señala derroteros de acción para el ejercicio de la promoción y la atención a los trastornos mentales, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación para que estas acciones puedan contribuir al bienestar de la salud mental y las diferentes afectaciones que sobre esta puede generar el consumo de sustancias psicoactivas (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Política Nacional de Salud Mental (Resolución N° 4886 de 2018)

En el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó al país la Política Nacional de Salud Mental como contribución a los acuerdos y acciones propuestas para "La búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano". Dentro de los enfoques orientadores



de esta política se encuentra el enfoque de género, afirmando con ello el lugar importante que tiene el desarrollo de las acciones enfocada en fortalecer la salud mental de los colombianos. Establece además una relación con fenómenos como la violencia y se incluye al género como un determinante estructural de la salud mental (MinSalud, 2018).



Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (2019)

Elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, esta política pone su acento en las acciones relacionadas con la reducción de la demanda de drogas. Se organiza en cinco (5) ejes, de los cuales se desprenden líneas de acción relacionadas con la actividad que se debe llevar a cabo para avanzar en el cumplimiento de las metas y objetivos en reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Se expone también un diagnóstico que sirve para comprender mejor la situación y dimensión del problema y su relación con otros fenómenos sociales y de salud pública. Además, se presentan los enfoques, principios, objetivos, alcances y finalidad de la política.

El eje 2, relacionado con la prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, cuenta con algunos adelantos importantes que se deben profundizar, pero que no ahondan en el enfoque de género. Por ejemplo, se solicita la incidencia de lo individual a lo colectivo, desde la acción temprana hasta la producción de conocimiento como factores protectores; se hace énfasis en la prevención selectiva para las diversas poblaciones, desagregadas por enfoque étnico, enfoque diferencial de derechos, grupos etarios, ciclos vitales y condiciones de alta vulnerabilidad, como aquellas que padecen las personas con identidades de género u orientación sexual diversa, víctimas del conflicto, personas en tránsito a la vida civil y migrantes. Sin embargo, no aparece una exigencia de desarrollo de programas para hombres y para mujeres, con enfoque de género, y bajo la mirada de la prevención selectiva. De manera reiterativa, las mujeres y los hombres son un grupo homogéneo que puede ser tratado de la misma manera, con excepción de las mujeres gestantes y lactantes.

En lo concerniente a la perspectiva de género, se enuncia y reitera la importancia de incluirla en las intervenciones que se lleven a cabo, reconociendo las necesidades y particularidades que hay de reconocer las diferencias y que estas se vean reflejadas en las actividades que se realizan.

Ruta Futuro: Política integral para enfrentar el problema de las drogas 2018 – 2022

Propuesta por el gobierno de Colombia a través del Ministerio de Justicia y del Derecho, se plantea como una política integral para enfrentar el problema de las drogas, lo cual implica contemplar todo lo relacionado con la oferta y la demanda. En ella se definen los principios, objetivos, enfoques y estrategias que debe tener en cuenta los diferentes actores en el país para llevar a cabo sus intervenciones.

Elaborada sobre la base de las necesidades para enfrentar el fenómeno de las drogas, recoge las recomendaciones y aportes de organismos internacionales de manera que pueda ser pertinente y eficiente en los desarrollos que propone. En particular, esta última política establece el género como una diferencia poblacional para tener en cuenta dentro del principio de inclusión y diferencial, allí se señala:

En las etapas de diseño, implementación, seguimiento y evaluación, se reconocen las necesidades, características geográficas y ambientales particulares de cada territorio, así como de las diferentes poblaciones afectadas por las drogas y problemáticas asociadas, según género, ciclo vital, étnica y características socioeconómicas y culturales. Lo anterior con orientación hacia la eliminación de la desigualdad, la discriminación y la exclusión social (MJD, 2018, pág. 7).

En paralelo, determina que:

El consumo de drogas se entiende como un fenómeno multicausal que requiere acciones centradas en las personas, considerando estrategias diferenciales según ciclo vital, género, ámbitos y contextos en los que transcurre la vida, a partir de análisis de los factores de riesgo y de protección en cada caso” (MJD, 2018, pág. 11).

Actualmente, el Gobierno colombiano se encuentra desarrollando la nueva política de drogas de Colombia 2023-2033 que, se espera, contará con una profundización del enfoque de género en relación al tema de drogas.

Lineamientos de la Política Nacional de Drogas

En los lineamientos de la Política Nacional de Drogas, específicamente en el documento de trabajo de la Dirección de Políticas de Drogas y Actividades relacionadas del Ministerio de Justicia (2018), se reconoció que las políticas de drogas a futuro debían contar con un objetivo estratégico de generación de oportunidades formativas, productivas y laborales teniendo en cuenta las necesidades particulares de las mujeres, entre otros grupos específicos. Sin embargo, este punto estaba dirigido a las mujeres en la cadena de producción y no del consumo.





Política pública de salud mental

En Bogotá, Pereira, Medellín y Cali se aprobaron las respectivas políticas públicas de salud mental para la prevención de las violencias de género y el consumo de sustancias psicoactivas. Para el caso de Cali, la más reciente política pública de salud mental fue presentada en el 2021 al Consejo Distrital por parte de la Secretaría de Salud Pública. La política:

(...) tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a problemas mentales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar (Alcaldía de Santiago de Cali, 2021).

Estas políticas representan las únicas cuatro ciudades que conectan temas de violencia, ideación suicida, consumo de drogas y trastornos de salud mental. La información disponible respecto a resultados públicos de medición de impacto es escasa debido a la novedad que estas políticas implican para las respectivas ciudades y, en general, para el país, en tanto su funcionamiento requiere de esfuerzos que aún están en marcha en relación con las articulaciones intersectoriales para su cumplimiento.

Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia

Por su parte, la **Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia**, documento CONPES 3992 (DNP, 2020), aborda el tema de la salud mental y las sustancias psicoactivas con nulo enfoque de género. Aunque en el documento existen referencias sobre la opresión histórica de las mujeres y la necesidad de capturar los datos desagregados por sexo, no se desarrollan estrategias de prevención orientadas hacia este grupo.

Esta aproximación al consumo de sustancias psicoactivas orienta a Colombia a comprender las particularidades de género como variable necesaria para reconocer y atender el uso y abuso del consumo de sustancias psicoactivas. Los principales avances en el país están relacionados con la captura de datos y la producción de conocimiento para la elaboración de políticas públicas, aunque en realidad hay poco enfoque de género pese a la disponibilidad de información, tanto de literatura científica, sociológica como estadística. En definitiva, la desagregación hombre-mujer, que es el punto de partida para la generación de conocimiento basado en género, e inclusive la desagregación de cada grupo poblacional en grupos etarios y otras variables de caracterización, no son garantes de una aplicación real en políticas públicas del enfoque de género, pero es el común denominador de las políticas nacionales de prevención de drogas en Colombia.

Ley 1257 de 2008, sobre no violencias contra las mujeres

El Congreso de la República de Colombia aprobó la Ley 1257 de 2008, cuyo objeto es:

(...) la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización (Congreso de la República de Colombia, 2008).

Esta ley cuenta con varios logros en relación con las violencias contra las mujeres basadas en género; avanza en una definición legal de dicha violencia con base en estándares internacionales; incorpora las tipologías de daño y establece criterios, interpretación y garantías mínimas para avanzar en el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. Esta legislación, así como las otras derivadas desde la Constitución de 1991, han sido pasos importantes que muestran cercanía del derecho constitucional con las mujeres y sus necesidades.

Sin embargo, legislación no necesariamente significa cumplimiento de la normatividad, en tanto el respeto de los derechos no sólo pasa por el cumplimiento de las instituciones estatales, sino también de las instituciones no estatales y de la ciudadanía en general para el logro de mayores espacios de participación y modificación de los comportamientos sociales que favorecen la impunidad y la perpetuación de la violencia contra las mujeres (Cardona, Carrilo, Caycedo, 2019).

En lo concerniente a la protección específica de las mujeres que usan drogas, no existe ninguna referencia específica ni en términos de prevención ni de tratamiento, acompañamiento y monitoreo del fenómeno. Esto, sin lugar a duda, puede

determinar un gran logro en materia legislativa en tanto sea acompañado de indicadores con enfoque de género y acciones concretas que deriven en resultados medibles y cuantificables.

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC)

El Observatorio de Drogas de Colombia es la principal fuente de información oficial en materia de drogas, de acuerdo con la Resolución 0006 del 2005 del Consejo Nacional de Estupefacientes. Da respuesta a la necesidad de integrar la información procedente de todos los sectores responsables de llevar a cabo acciones relacionadas con el problema de las drogas para facilitar la formulación y el ajuste de políticas, planes y estrategias de intervención.

El ODC ha incorporado en sus diferentes estudios el enfoque de género en términos de captura de información. También, cuenta con una sección de género donde recoge los principales estudios realizados y la evidencia técnica sobre mujeres y drogas, principalmente los estudios sobre mujeres y drogas en centros penitenciarios por delitos de drogas y el consumo de sustancias psicoactivas de mujeres en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Este organismo cuenta con información suficiente para tomar decisiones en materia de drogas desde un enfoque preventivo y con perspectiva de género, aunque esta disponibilidad de información no se ha traducido en políticas públicas efectivas a nivel nacional.

Para conocer la información reciente del ODC, visita la página web www.odc.gov.co



Nivel 4. Bogotá - políticas públicas

Respecto al marco político y normativo distrital se encuentran las dos políticas rectoras para este proceso:

Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. (2011)

Esta política comprende el **género** como una condición del ser humano que debe ser tenida en cuenta desde el enfoque de derechos humanos, pero también desde el enfoque diferencial, entendiendo que este último aborda no solo las particularidades de las personas desde su singularidad, sino también desde la comprensión que el abordaje de este enfoque:

Constituye un imperativo ético en las políticas sociales del Distrito, en la medida en que busca la incorporación de los individuos históricamente excluidos, debido a su etnia, raza, sexo, identidad de género, ciclo vital y discapacidad a través del reconocimiento y la reivindicación de sus derechos y su ejercicio ciudadano (SDS, 2011, pág. 11).

En paralelo, la política señala su **línea estratégica 1: Desarrollo de procesos de sensibilización y formación para promover el pensamiento crítico y la reflexión frente al consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas** como una acción para “Generar espacios de discusión con perspectiva de género y diversidad sexual alrededor de las relaciones que desde cada lugar se establecen con las sustancias psicoactivas” (SDS, 2011, pág. 12).

Estos espacios de discusión, que incluyen a la

ciudadanía, expertos y creadores de política pública, son un paso subsecuente de la construcción basada en género, pero para concretarse como política pública con enfoque de género debe traducir las reflexiones derivadas de los espacios de discusión en acciones de política pública.

Acuerdo No. 817 de 2021

Este acuerdo *por el cual se adoptan nuevas medidas de protección de niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y población no fumadora, a través de la prevención del consumo de cigarrillo, productos de tabaco, derivados, sucedáneos o imitadores como sistemas electrónicos de administración de nicotina – sean Sistemas Similares Sin Nicotina- SSSN y Productos de Tabaco Calentado – PTC y la exposición al humo de tabaco y vapor en el Distrito Capital y se firman otras disposiciones*, aprobado por el Consejo de Bogotá, “busca disminuir las afectaciones a la salud producidas por la contaminación del aire en niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas vulnerables, y espacialmente segregadas y reducir los factores de riesgo que inciden en la fragilidad de la población expuesta” (2021).

Cabe resaltar que el acuerdo cuenta con un componente de prevención pedagógico ampliado a través de campañas, veedurías ciudadanas y otras estrategias no desagregadas por género. Empero, se hace evidente el enfoque prohibicionista de uso del tabaco, análogos y sucedáneos, en parques de escala regional, parques de escala metropolitana, parques de escala zonal, parques de escala vecinal y parques de bolsillo y, en general, en gran parte de su implementación. De hecho, la medición del acuerdo y, a la par, de la Ley 1335 de 2019, se realiza en términos operativos y de incumplimiento de establecimientos sobre los espacios libres de humo (Saludata, Observatorio de Bogotá, 2022) y no sobre la evidencia del impacto, la eficiencia y la eficacia de las campañas de promoción y prevención desarrolladas para desestimular el consumo de tabaco, sucedáneos y análogos, mucho menos con enfoque de género.

Política pública de mujeres y equidad de género 2020 – 2030 (CONPEŚ. D.C, 2021).

Esta política, si bien no hace una referencia explícita al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, sí desarrolla tanto en el análisis de los derechos priorizados como en los objetivos específicos, al menos tres (3) horizontes de sentido que permiten vislumbrar un campo de acción a la hora de comprender el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde un enfoque de género. Algunos de estos horizontes se consolidan en los objetivos específicos 1, 3 y 6:

- **El objetivo específico 1:** gestión pública con enfoques de género y diferencial. (CONPEŚ.D.C, 2021, pág.168) En el cual se espera que los diferentes sectores del Distrito incorporen estos enfoques a sus acciones misionales. En consecuencia, es posible que desde los sectores que se gestiona, atiende y direcciona el asunto del consumo de sustancias psicoactivas se puedan incorporar las miradas y necesidades específicas de las mujeres.
- **El objetivo específico 3:** busca contribuir a la garantía del derecho de las mujeres en sus diferentes ciclos de vida, a una vida libre de violencias en los ámbitos político, comunitario e institucional, familiar y de pareja en el espacio público y privado (CONPEŚ.D.C, 2021, pág. 169). Este objetivo es útil a la hora de comprender las relaciones que existen entre el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias de género.
- **El objetivo específico 6:** avanzar en la garantía del derecho a la salud plena de las mujeres y sus diferencias y diversidades para que disfruten a través de toda su vida del mayor grado de bienestar y autonomía a través del acceso, cobertura,

atención oportuna e integral con calidad y calidez, así como con su participación en la toma de decisiones que las afectan (CONPEŚ.D.C, 2021, pág. 171).

Esta mirada plena al derecho a la salud en las mujeres armoniza con la comprensión del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública que requiere ser asumido y atendido por este sector.

El reconocimiento de enfoques orientadores de la **Política distrital de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá** cuenta con algunos enfoques que se correlacionan con la incorporación eficaz del enfoque de género siempre y cuando trasciendan los lentes convencionales y se acerquen a una mirada violeta. Algunos de ellos son:





- **Enfoque de salud pública (binarismo salud/enfermedad):** este ha sido un enfoque ampliamente extendido para explicar el consumo de sustancias psicoactivas. Aborda el fenómeno explicando solo una parte de este, por lo cual podría considerarse como complementario. Su importancia radica en otorgar valor a las causas y efectos que tienen en las personas diversas situaciones, fenómenos y contextos. Desde una mirada crítica se mantiene el binarismo salud/enfermedad, y esta relación con la enfermedad podría suponer una patologización y, por tanto, estigmatización de las personas.
- **Enfoque jurídico (riesgo social):** el enfoque jurídico explica el consumo de sustancias psicoactivas como un comportamiento que afecta o pone en riesgo la dinámica y funcionamiento social. En este orden de ideas, las personas que consumen sustancias pueden representar un riesgo para los demás y deben ser sancionados según lo establecen las normas y la legislación vigente. La inclusión de este enfoque como referencia está lejos de promoverlo como adecuado con relación a la perspectiva de género aplicada al consumo de sustancias psicoactivas, y se presenta como un enfoque que puede afectar los derechos de las personas a través de prácticas estigmatizantes que favorecen la marginación, estigma y exclusión social.
- **Enfoque bio-psico-social (factores de riesgo/factores de protección):** se presenta como una visión que integra los diversos factores que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas tomando en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales; de esta manera aporta para el desarrollo de acciones dirigidas a la prevención, la reducción de riesgos y daños o el acceso a tratamiento según las necesidades que tengan las personas.

Aunque necesariamente el enfoque de género debe venir acompañado de otros enfoques para ser efectivo, debe existir una armonización entre los enfoques de las políticas públicas para evitar no sólo la criminalización de la persona que usa o abusa de sustancias psicoactivas, sino también para contribuir a reducir hasta eliminar la discriminación.

El enfoque de salud pública, basado en evidencia y partiendo de la información disponible a través de análisis epidemiológicos, deberá poner especial atención en comprender, evaluar y actuar sobre cuáles son los factores de riesgo, cómo mitigarlos, y cuáles son los factores protectores y su correlación con el sexo, el género, el ciclo vital y otras miradas similares.

De igual manera, el enfoque jurídico debe coadyuvar a que el aparato estatal acompañe desde la prevención, la mitigación, la postergación de la edad de inicio, la reducción de riesgos y daños y el tratamiento para las personas que usan drogas, y no abordar el fenómeno desde un enfoque punitivo.

En ese sentido, se debe evitar la desproporción de leyes sobre el fenómeno de las drogas, considerando que “para el ordenamiento colombiano es más grave traficar sustancias psicoactivas para que alguien las compre voluntariamente que someter por la violencia a una mujer y violarla”, lo cual necesariamente indica la necesidad de que el enfoque jurídico tenga un viraje hacia el enfoque de derechos humanos (WOLA, DEJUSTICIA, CEDD, 2012).



Capítulo 3

**Epidemiología para
entender el consumo de
sustancias psicoactivas
con enfoque de género**



Este capítulo es, en general, un compendio de las investigaciones internacionales, nacionales y distritales que proveen información estadística relevante para la comprensión desagregada por género del tema de consumo de drogas. La pretensión de este capítulo es comprender las dimensiones estadísticas del consumo de drogas en los tres niveles, los cuales justifican la necesidad de pensarse políticas sensibles al género que atiendan a lo que los indicadores, desde hace varios años, vienen mostrando como el camino a seguir para los planificadores y tomadores de decisiones de políticas de alcance municipal, distrital o nacional.

Epidemiología en fuentes internacionales

Las cifras de los informes *Women and Drugs. Drug use, drug supply and their consequences* de UNODC (2018) y del *World Drug Report* (UNODC; 2021 y 2022) son esclarecedoras sobre la necesidad de orientar el tema de uso y abuso de drogas con el enfoque del género. El indicador de moderación de género de la adversidad infantil y riesgo de trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida muestran que el abuso, la negligencia y la inestabilidad en la niñez son transgeneracionales e imparten un alto riesgo de iniciar el consumo de drogas y desarrollar trastornos por uso de sustancias a los hijos de personas que han experimentado adversidad en la niñez y familias que han sufrido abuso y negligencia; en este punto, las mujeres se encuentran en un mayor riesgo tanto en el abuso de múltiples sustancias y en el uso de drogas como el uso de alcohol (p.17).

En los últimos 10 años, el número de personas que usan drogas ha incrementado en un 22%. Aunque por cada mujer que consume drogas existen seis (6) hombres que también lo hacen, la disponibilidad de información sobre mujeres hace ruido en la literatura sobre el tema, donde se estima que la proporción puede ser mucho más baja (tres mujeres por cada seis hombres).

Un factor que podría contribuir a un crecimiento aún más fuerte en el consumo de drogas en algunas regiones es el cierre de la brecha entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia del consumo de drogas. Siguiendo el informe de 2021, si el consumo de drogas entre las mujeres en el futuro se vuelve más parecido al de los hombres, el total de usuarios será mayor al de las proyecciones basadas en el crecimiento demográfico. Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de usar y abusar de las drogas farmacéuticas, especialmente de los opioides y los tranquilizantes. Esto refleja las diferencias en las oportunidades de consumir droga debido a la influencia de los entornos sociales o culturales. Por demás, el consumo de alcohol, cannabis, opioides y cocaína, una vez que las mujeres han iniciado, tiende a aumentar su tasa de consumo más rápidamente que la de los hombres, y puede progresar más rápidamente hacia el desarrollo de trastornos derivados del consumo de drogas.

El Global Overview of Drug Demand and Drug Supply de UNODC (2021) indica que, pese a que una de cada tres personas en el mundo que consume cannabis, cocaína, anfetaminas y opioides son mujeres, sólo una de cada seis personas en tratamiento son mujeres. Las barreras de acceso a medicamentos, servicios de tratamiento, el temor de las sanciones legales y el estigma social relacionado al uso de drogas en mujeres, así como la falta de cuidado de los hijos y las hijas o el temor de perder la custodia de estos durante el tratamiento, son el día a día de las mujeres que consumen droga, pero no acceden a estos tratamientos, o los abandonan con prontitud. Además de esto, muchos tratamientos no toman en consideración las necesidades especiales de las mujeres, particularmente en términos de trauma y seguridad, por tanto, no suelen ser tan eficaces para las mujeres como sí pueden serlo para los hombres.

En el documento **Resumen de Políticas: el Impacto del COVID – 19** (ONU, 2021) se exponen cinco categorías de interés en las que se agrupan los principales efectos de la pandemia en las mujeres. Es importante mencionar que este documento fue presentado en abril de 2020, momento en el cual la pandemia se expandía vertiginosamente por el mundo. Las categorías son: 1. Impactos económicos; 2. Impactos en la salud; 3. Trabajo de cuidado no remunerado; 4. Violencia de género; y 5. Impactos en la asistencia humanitaria, entornos frágiles y derechos humanos.

Estas circunstancias, traducidas al campo del consumo de sustancias psicoactivas, pueden ubicarse en el discurso de los factores de riesgo que influyen en el inicio y/o progresión a consumos que pueden ser problemáticos.

Epidemiología en fuentes nacionales

Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – ENCSPA- (DANE, 2019) y Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (MJD, O.D.C., DANE, 2019)

Los resultados de este estudio fueron presentados al país por parte del Ministerio de Justicia y del Derecho como parte de las acciones que desarrolla para el despliegue de la **Política Integral para enfrentar el problema de las drogas: Ruta Futuro**.

El estudio tiene el propósito de “estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en el país, conocer el patrón de uso con relación a características sociodemográficas tales como sexo, edad, nivel socioeconómico y dominios territoriales. Adicionalmente, es de interés conocer cómo la población percibe los riesgos asociados al uso de las diferentes sustancias, además de la percepción sobre la facilidad de acceso a las sustancias y la exposición a la oferta de drogas que ha tenido la población de Colombia” (MJD, ODC & DANE, 2019).

Los resultados que se presentan aportan información sobre las prevalencias de consumo de mujeres y hombres tanto para las sustancias legales como ilegales, la categoría género se encuentra enunciada en el marco que sustenta y orienta la realización del estudio. La información se obtuvo de la aplicación a personas entre los 12 y 65 años.

Uso de tabaco

El 12,1% de las personas encuestadas declaró haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en el año previo al estudio (16,9% de los hombres y 7,6% de las mujeres), y cerca de un 10% refirió haber fumado en el último mes, con diferencias significativas entre hombres (13,8%) y mujeres (6%).

Uso de alcohol

El 84% de los encuestados declaró haber consumido alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, mientras que un 30,1% lo hizo en los últimos 30 días (lo que representa a 7,1 millones de personas). Se observa una diferencia significativa por sexo, 38,0% entre los hombres y 22,7% entre las mujeres. Entre los consumidores de último mes, un 20,4% puede considerarse con un uso perjudicial o de riesgo de alcohol, lo que equivale a casi 1,5 millones de personas (más de 1 millón son hombres y algo más de cuatrocientas mil son mujeres).

Uso de sustancias ilícitas o de uso indebido

Los resultados de este estudio señalan que un 10,3% de la población colombiana declaró haber usado alguna sustancia ilícita al menos una vez en la vida, con diferencias significativas entre hombres (14,5%) y mujeres (6,3%). La prevalencia de uso en el último año de alguna droga ilícita fue declarada por el 3,4% de los entrevistados, lo que representa aproximadamente 800 mil personas, con una clara diferencia a favor de los hombres (5%) respecto de las mujeres (1,8%). Aproximadamente 350 mil personas cumplen los criterios sobre uso



abusivo o dependiente de alguna sustancia, las que podrían estar en condiciones de demandar algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas. De cada 10 personas en esta condición, siete son hombres y tres son mujeres.

Uso de marihuana

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo entre los colombianos. Un 8,3% de la población representada en el estudio declaró haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida, con diferencias significativas entre hombres (12,3%) y mujeres (4,6%). La prevalencia de uso de marihuana en el último año es de 2,7%, nuevamente con diferencias significativas por sexo, con un 4,2% en los hombres y 1,3% en las mujeres. En términos poblacionales, se estima que cerca de 640 mil personas consumieron marihuana en el último año, de las cuales un 75% son hombres y 25% son mujeres, es decir, de cada cuatro usuarios, tres son hombres y una mujer.

Uso de cocaína: un 2,1% de los encuestados declaró haber consumido cocaína alguna vez en la vida, con diferencia significativa entre hombres y mujeres, 3,4% y 0,9% respectivamente. En cuanto a la prevalencia de último año, la tasa general es de 0,6%, con un 1% entre los hombres y 0,2% entre las mujeres.

Uso de basuco

Un 0,5% de las personas encuestadas reportó haber consumido basuco alguna vez en su vida, con clara diferencia entre hombres (0,9%) y mujeres (0,2%).

Uso de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida es de 0,7% con diferencias significativas entre hombres (1%) y mujeres (0,4%).

Uso de heroína

Se encontró que el 0,09% de los entrevistados reconoció haber consumido esta sustancia alguna

vez en la vida, lo que representa a nivel nacional a 20.600 personas, principalmente hombres (prevalencia de 0,14% en comparación a 0,01% en mujeres).

En relación con la percepción de riesgo, tanto en consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y basuco, las mujeres expresan una mayor percepción de riesgo en consumos de “una o dos veces”, “varias veces” y “frecuentemente”.



Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar (UNODC, O.D.C., CICAD-OEA, Gobierno de la República de Colombia, 2016)

Uso de alcohol

Un 69,2% de los escolares de Colombia declararon haber usado alcohol alguna vez en la vida, cifra que se reduce a un 37% cuando se investiga el uso en el último mes, con un significativo mayor uso entre las mujeres respecto a los hombres: 37,9% y 36,1%, respectivamente. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol en las mujeres es de 13 años; y al menos el 61,27% de la población escolar femenina ha consumido alcohol en el último año.

Uso de tabaco

El 12,53% de la población escolar femenina ha consumido tabaco en el último año. El 8,48% de la población escolar femenina ha consumido por primera vez tabaco en el último año. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco en las mujeres es de 12,9 años.

Uso de sustancias ilegales o de uso indebido

Un 15,9% de los escolares de Colombia declararon haber usado al menos una sustancia ilegal alguna vez en la vida, aproximadamente 1 de cada 6 escolares, lo que representa un universo aproximado de 520 mil escolares, con un 16,9% entre los hombres y 15,1% entre las mujeres. Por otra parte, un 11% de los escolares declara haber usado alguna de las sustancias descritas en el último año, 11,9% en los hombres y 10,2% en las mujeres, y un 6,1% las usó en el último mes (7% en hombres y 5,3% en mujeres). Respecto al uso en el último año, hay un significativo mayor consumo entre los hombres respecto de las mujeres, 11,9% y 10,2%, respectivamente.

Uso de marihuana

Un 11,7% de los escolares de Colombia declararon haber usado marihuana alguna vez en la vida, 13,1% entre los hombres y 10,5% entre las estudiantes mujeres. Por otra parte, un 8% declaró un uso en el último año, lo que extrapolando a nivel del país equivale a 258 mil estudiantes, de los cuales 138 mil son hombres (9%) y 120 mil son mujeres (7,1%). El uso de marihuana en el último año fue declarado por el 8% de los escolares del país, 9% entre los hombres y 7,1% en las mujeres. Uso de cocaína: el 3,9% de los escolares del país declararon haber consumido cocaína alguna vez en la vida, con cifras significativamente superiores entre los hombres respecto de las mujeres, 4,8% y 3,1%, respectivamente. El 3,13% de la población escolar femenina ha consumido cocaína en el último año. El 1,07% ha consumido cocaína por primera vez en el último año; y la edad promedio de inicio de consumo de cocaína en la población escolar femenina es de 14 años.

Uso de popper

Un 5% de los escolares declara haber usado esta sustancia alguna vez en la vida, con diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, 5,6% y 4,6%, respectivamente. Respecto del consumo en el último año, entre los escolares hombres la tasa es de 4,3% y entre las mujeres de 3,2%. 122 mil escolares declaran haber usado esta sustancia en dicho período. La edad promedio de inicio de consumo de popper en las mujeres es de 14,2 años.

En general

En la población escolar femenina se presenta un aumento del consumo de sustancias como: marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes sin prescripción médica, pasando la prevalencia último año de uso de cualquier sustancia ilícita en mujeres del 6,8% en el 2011 al 9,1% en el 2016, que representa en sólo 5 años un incremento del 2,3%.



Hay una mayor percepción de riesgo de consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína en hombres que en mujeres. Sobre las drogas tranquilizantes o estimulantes sin receta médica, sustancias inhalables, basuco y éxtasis, se invierte la percepción de riesgo, siendo esta menor en mujeres que en hombres.



Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes -SRPA- (MJD, ICBF, O.D.C., 2017)

Uso de alcohol

El consumo de alcohol en algún momento de la vida en población femenina del SRPA es del 88,8%. Es la sustancia lícita que registra mayor prevalencia de uso alguna vez en la vida tanto en hombres como en mujeres, con un 86,3%. El 90,1% de las mujeres que se encuentran en medidas privativas de la libertad han consumido alcohol alguna vez en su vida. En hombres, esta cifra baja al 85,2%.

La edad de inicio de uso de alcohol en las mujeres fue de 13,4 años.

Uso de sustancias psicoactivas al interior de los centros del SRPA

Los hombres tienden a consumir mayoritariamente marihuana, analgésicos, opiáceos y heroína. Las mujeres consumen más estimulantes, tabaco, inhalables, alcohol, LSD y basuco.

Uso de marihuana

El 86,3% de las mujeres en medidas privativas de la libertad han consumido marihuana alguna vez en su vida. Por su parte, las mujeres que se encuentran en el SRPA (no necesariamente en medidas privativas de la libertad) han consumido marihuana en un 78,8%.

Las mujeres están por encima de los hombres en la medida de abuso (73,2% versus 67% en hombres), y la dependencia de marihuana en mujeres es del 13,7%.

Cocaína

El consumo de cocaína en algún momento de la vida en la población femenina del SRPA es

del 46%. Las mujeres con sanciones privativas cumplen los criterios para dependencia de cocaína en una alta proporción (55,8%, mayor a la de los hombres (51,5%).

Estudio sobre patrones de consumo de drogas durante la pandemia de COVID-19 (MJD & ODC., 2020)

El informe de patrones de consumo tuvo por objetivo mostrar“(…) un panorama de los efectos de la COVID-19 en el consumo de sustancias psicoactivas y de las medidas tomadas en (Colombia) para controlar el contagio” (MJD & ODC, 2020). De allí, visto desde el género, se derivaron los siguientes resultados:

El análisis de los datos indicó que las mujeres, en el periodo de emergencia sanitaria, tuvieron una mayor cantidad de “situaciones emocionales detalladas que los hombres”. El 42,4% de las mujeres, en un listado de situaciones emocionales entre las que se encuentra angustia, depresión, preocupación, desespero, decaimiento, ansiedad, estrés, y otros, refirieron haber tenido dos (2) o más síntomas.

La solicitud de asesoría o apoyo para sobrellevar los problemas emocionales fue superior en las mujeres, con un 23,1%. El acceso a la asesoría en mujeres fue también superior al de los hombres con un 16,3%.

El 28% de la población encuestada manifestó que la relación en su hogar fue más fácil como consecuencia de las restricciones de la COVID-19. Se evidenciaron mayores casos de violencia sexual (0,8%), económica (19,4%) y negligencia (5%) en mujeres con relación a los hombres.

El informe, también detalló un incremento del 43,7% de los patrones de consumo de drogas en el periodo de medidas restrictivas. En relación con las mujeres, se mostró un incremento del 39,6%, por debajo de los hombres. De estas, el 8,7% reportó haber presentado problemas cuando se suspendió o se disminuyó el consumo de drogas.

El 15,4% de las mujeres aseguró que las medidas restrictivas les hicieron reiniciar o recaer en el consumo de sustancias psicoactivas.

El 75% de las mujeres no buscó ayuda porque consideraba que no tenía problemas de consumo. Las mujeres que sí buscaron ayuda contactaron en mayor porcentaje a profesionales de la salud o especialistas (7,6%).

Estudios futuros

Como parte de la materialización de los indicadores de género del Plan Marco de Implementación-PMI (Acuerdo de Paz), se está trabajando por parte del Ministerio de Justicia y del Derecho la generación de la línea de investigación de consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de género en seis territorios del país, entre los cuales se encuentra Bogotá D.C., con el propósito de generar información para la toma de decisiones y para orientar acciones diferenciales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Epidemiología en fuentes distritales

El Distrito ha adelantado tres estudios de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá y ha participado en los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar y en los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas. Esto ha permitido que los datos de consumo desagregados por sexo estén actualizados y sean oportunos para la toma de decisiones tanto en materia de construcción e implementación de políticas públicas, como en materia de intervención social y de salud pública.

A continuación, se presentará la epidemiología de mayor actualidad disponible en el distrito:

Informe de caracterización población habitante de calle usuaria de basuco en Bogotá D.C. 2019

La Alcaldía de Bogotá, a través de la Secretaría



Distrital de Salud y en alianza con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), desarrolló la caracterización de la población habitante de calle usuaria de basuco en Bogotá D.C. (2019). Este informe encontró que de la población en condición de calle el 80,3% son hombres y el 19,7% son mujeres.

Las principales razones por las que iniciaron la vida en calle los encuetados fueron tres: 1) Conflictos o dificultades familiares/violencia

intrafamiliar/abandono (53%); 2) Por el consumo de sustancias psicoactivas (29%); y 3) por dificultades económicas o falta de empleo. También se refirieron razones como el abuso sexual, la victimización producida por el conflicto armado, la discriminación social y las enfermedades físicas y mentales, entre otras.

También, se desagregó la frecuencia del consumo de basuco y la edad de inicio del consumo por sexo, así:

Tabla 10. Frecuencia del consumo de basuco y edad de inicio de consumo por sexo

Sexo	Edad promedio de inicio de consumo	Total		En los últimos 30 días		En los últimos 12 meses		Vida	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	17,8	293	80,3%	139	47,4%	79	27%	75	25,6%
Mujer	18	72	19,7%	44	61,1%	11	15,3%	17	23,6%

Fuente: Alcaldía de Bogotá - UNODC (2019).

Las mujeres (22%) tienen mayor consumo en relación con los hombres (16%) cuando el uso de basuco se da de 4 a 3 veces por semana; igualmente si el consumo ocurre una vez a la semana este es más alto en las mujeres en relación con los hombres (6% y 3% respectivamente). El consumo de 1 a 9 dosis se da más en las mujeres (43%) en relación con los hombres (34%); cuando se habla de 10 a 19 dosis es levemente mayor el número de mujeres que consume esta cantidad (29%) en comparación con los hombres (27%); entre mayores dosis consumidas la relación hombre – mujer se invierte: en la categoría de 20 a 50 dosis por momento de consumo se observa mayor consumo de hombres comparado con las mujeres (35% vs. 26%); así mismo ocurre cuando el consumo es de más de 50 dosis (también conocidas como “bichas”) hombres (4%) y mujeres (1%).

El informe estableció un patrón de consumo relacionado con el género: aunque la cantidad de hombres supera a la cantidad de mujeres consumidoras, en las mujeres el consumo es más problemático, es decir, el consumo de dosis en

las mujeres es más alto y se identifican patrones motivacionales del consumo como la compañía y la instrumentalización del cuerpo. El policonsumo y la presencia de espacios de donde se ejerce el trabajo sexual son factores que inciden en que las mujeres consuman más, en la medida que los hombres que buscan compañía sexual acompañan su invitación con dosis de basuco.

Informe de caracterización de la situación actual del consumo de sustancias psicoactivas inyectables en Bogotá D.C. 2019

La Alcaldía de Bogotá a través de la Secretaría Distrital de Salud y junto a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), desarrolló la caracterización de la situación actual del consumo de sustancias psicoactivas inyectables en Bogotá D.C. (2019), el cual revela que el consumo de heroína se concentra en los hombres superando en casi todos los casos el 75%, y las mujeres el 25% restante.

La principal explicación de hombres y mujeres para el consumo inyectado fue la curiosidad, aunque el porcentaje de mujeres que iniciaron el consumo inyectado por esta causa es mayor a la de los hombres. Sin embargo, la segunda razón para usar este tipo de drogas en las mujeres es la influencia de otras personas, seguido por conflicto o dificultades familiares, por violencia intrafamiliar o abandono.

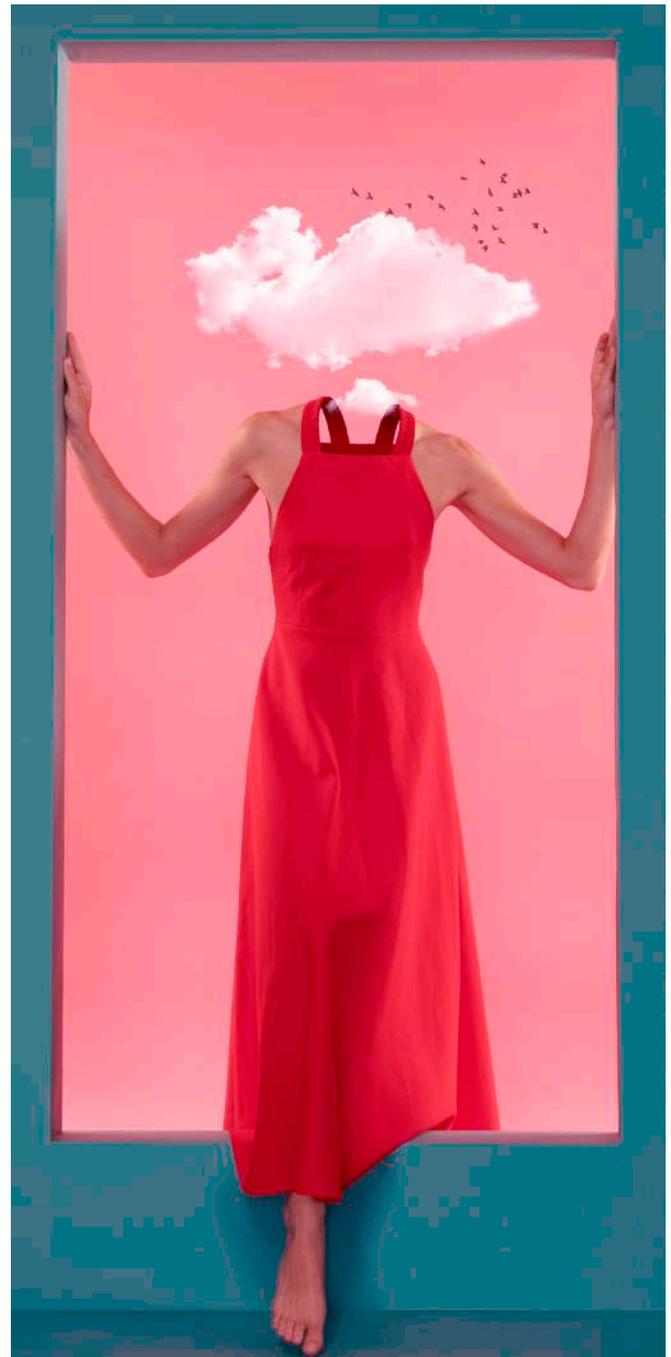
En los últimos doce meses la sustancia consumida con mayor frecuencia por vía inyectada fue la heroína, con 73,85%, que corresponde al 74,49% de los hombres y al 71,88% de las mujeres, la segunda sustancia inyectada con más frecuencia fue la cocaína y la tercera el alcohol. Las sustancias que con menos frecuencia se inyectan son las metanfetaminas y los tranquilizantes. Las mujeres en relación con los hombres presentan consumos inyectados más frecuentes de cocaína, éxtasis, alcohol, tranquilizantes y ketamina, mientras los hombres presentan consumos más frecuentes de heroína, metanfetaminas y opiáceos.

El 89,23% de los encuestados han consumido heroína por cualquier vía, alguna vez en la vida, que corresponde al 90,63% de las mujeres y al 88,78% de los hombres. La edad de inicio es en promedio de 21,6 años, siendo las mujeres quienes inician a una edad más temprana, en promedio 19,1 años, mientras los hombres lo hacen a los 22,5 años en promedio. En los últimos doce meses las mujeres han consumido heroína durante más días que los hombres: 220,4 días en promedio frente a 200,2 días respectivamente. Tanto en hombres como en mujeres la inyección es, por mucho, la vía de consumo más frecuente de la heroína.

Los hombres y las mujeres suelen utilizar los mismos lugares para el consumo de heroína y coinciden en los lugares más frecuentes para dicha actividad, sin embargo, los hombres prefieren más los hoteles y los lugares de expendio y consumo de drogas (también conocidos como "ollas") que las mujeres. Las mujeres consumen más frecuentemente en los lugares de trabajo y prefieren los lugares donde se reúne la gente para

inyectarse, la casa o apartamento de sus familiares, los espacios de la escuela, colegio o universidad o incluso el automóvil.

Se puede apreciar que en las mujeres es más frecuente el acompañamiento de la pareja sexual principal y de un familiar, mientras en los hombres es más frecuente el acompañamiento de un conocido, un extraño e incluso otra pareja sexual. Las mujeres no registraron acompañamiento de otra pareja sexual y tampoco de extraños.

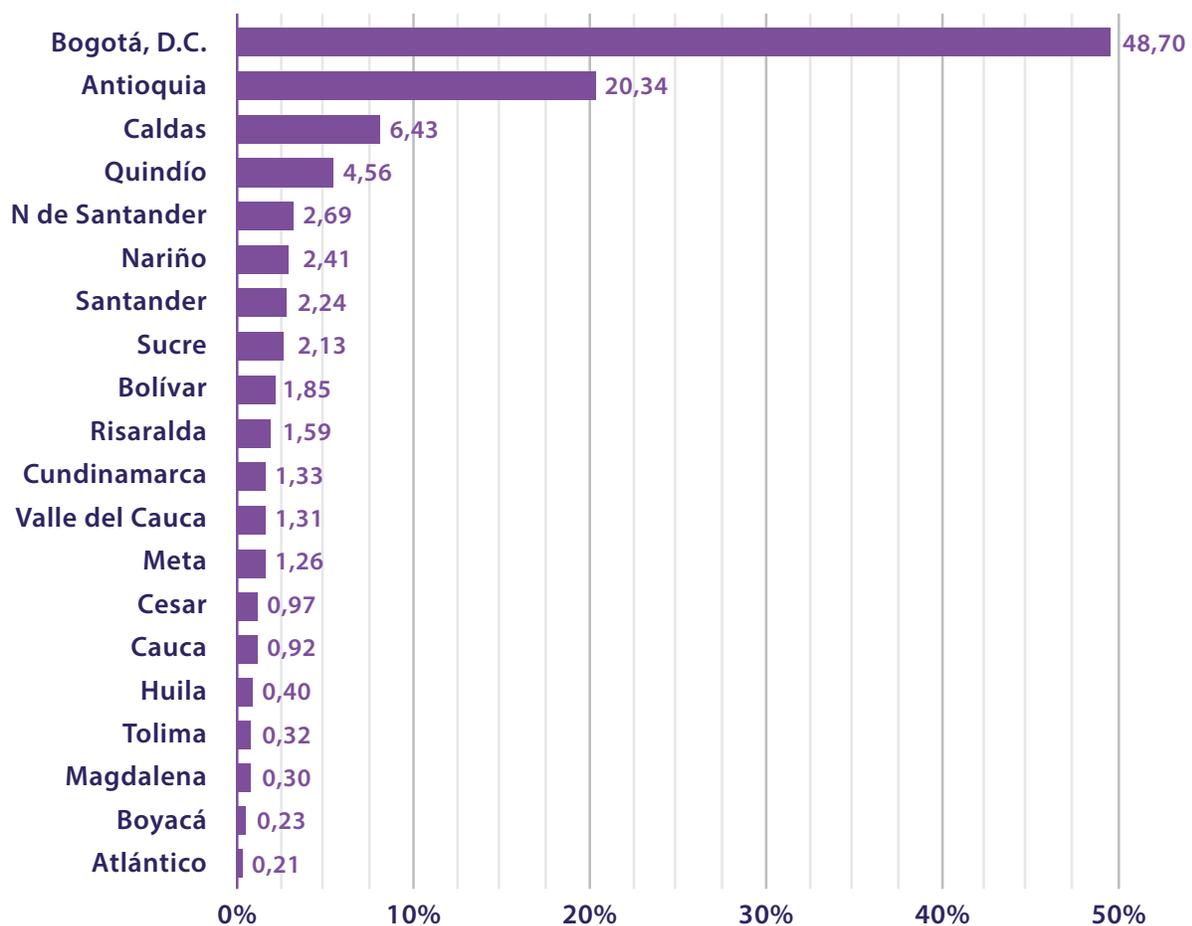




Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas -SUICAD 2022

Estos estudios se complementan con los datos reportados en el **Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas** - SUICAD 2022 en donde los hallazgos en relación con la situación de tratamiento en las mujeres muestran lo siguiente:

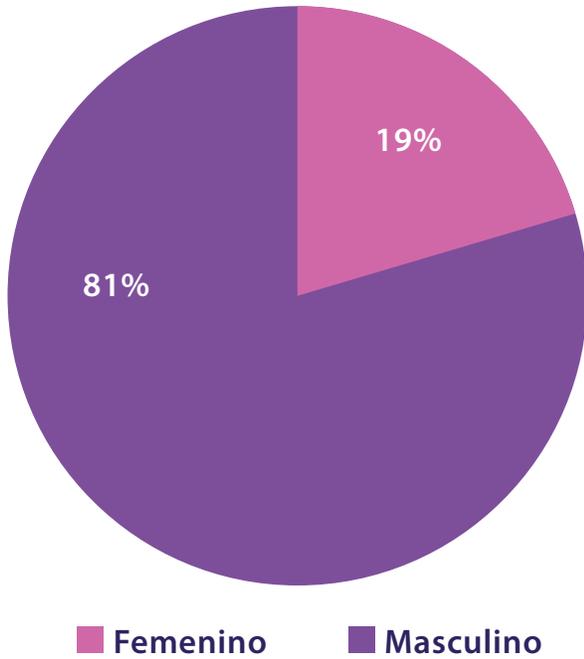
Gráfica 1. Ingresos al Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según departamento



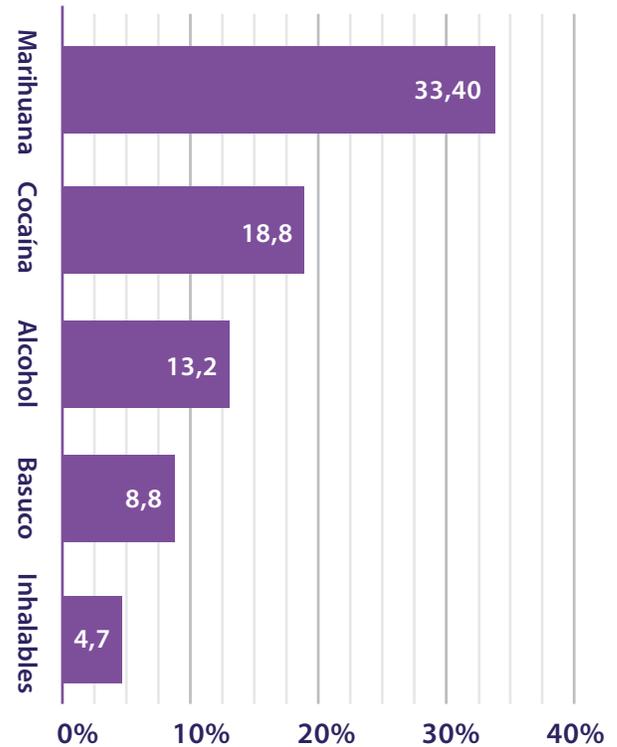
Fuente: SUICAD, 2022



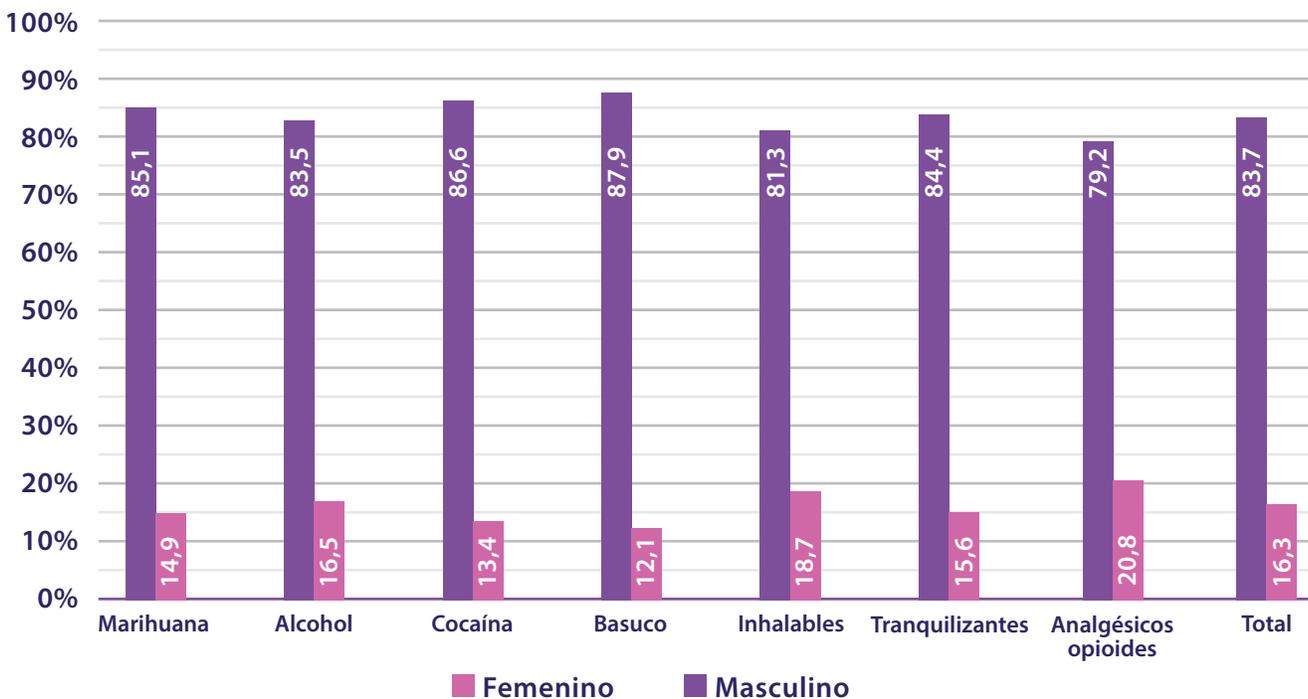
Gráfica 2. Ingresos al sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según sexo



Gráfica 3. Principales cinco sustancias que motivan el tratamiento



Gráfica 4. Comparativo de ingresos al sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según sexo y principales sustancias que motivaron tratamiento



Fuente: SUICAD, 2022.



Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución en Bogotá 2017 (Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá, 2017)

La caracterización se produjo en el marco de la generación de la *Política pública distrital para la protección integral y generación de oportunidades para las personas en ejercicio de la prostitución*. La caracterización evidenció que el 81,9% de las mujeres encuestadas han consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida; el 16,7% no lo ha hecho y el 1,4% no respondió. Entre las drogas consumidas, el 76,2% consumió alcohol; el 42,6% cigarrillo; el 14,5% marihuana; el 16,7% perico; el 9,1% popper; el 3,2% ácidos; el 2,5% éxtasis; el 1,8% pegante; el 1,2% basuco; el 0,9% anfetaminas; el 0,2% heroína; y el 0,9% alguna otra sustancia. Es decir, el 31,6% ha consumido sustancias diferentes a las lícitas (cigarrillo y alcohol).

El 99,3% de las mujeres encuestadas han consumido cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida a la fecha de la caracterización y continuaban consumiendo alguna sustancia; de estas, el 37,5% consumen sustancias diferentes al alcohol o el cigarrillo.

Sobre los espacios de consumo de sustancias diferentes al cigarrillo y el alcohol, el 34,7% lo realiza en establecimientos; el 52,9% lo hace en la calle.

El 94,5% de las mujeres encuestadas consideran que el alcohol u otras drogas ilícitas no fueron la razón para el inicio de su actividad sexual pagada, frente al 3,6% que aseveró que sí fue un factor de influencia en su inicio de la actividad. Menos del 1% de la población que actualmente no estudia tiene como razón para no hacerlo el consumo de sustancias psicoactivas, y cerca del 2,8% de la población declaró recibir sustancias psicoactivas como otras formas de pago por la realización de la actividad.



El 54% de las mujeres encuestadas aseguraron que el principal motivo que le lleva a consumir durante la actividad es como parte del servicio; el 20,8% lo hace por diversión o placer; el 12,8% por resistir la jornada; el 9,4% por identificación con depresión o ansiedad; el 5,1% por desinhibirse; el 2,8% lo hace para no embriagarse; el 0,7% por la facilidad de conseguir la sustancia; y el 11,1% por otros motivos.

Tercer estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022 (UNODC & Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá, 2023)

El tercer estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022, además de contener las principales prevalencias de los estudios anteriores (2009 y 2016), tiene dos capítulos especiales orientados a mujeres y consumo de sustancias psicoactivas y diversidades sexuales y de género y consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación presentamos algunos de los principales resultados.

Resultados sobre sustancias lícitas:

La prevalencia global de consumo de tabaco sigue siendo mayor en los hombres (61,40%) que en las mujeres al 2022 (42,12%). La reducción de las prevalencias de consumo en los hombres de esta sustancia respecto al 2016 es de 2,88%, ya que la prevalencia era de 64,28%. Respecto a las mujeres, el incremento es de 2,39%, ya que la prevalencia de estas en el 2016 era de 39,73%.

Frente al consumo reciente de tabaco hay una disminución en los hombres, y un aumento en las mujeres. Los hombres tienen una prevalencia en el 2022 de 25,53%, y las mujeres del 12,53%. Para el 2016, en los hombres la prevalencia era de 30,35%, mostrando una reducción de 4,98%; mientras que para las mujeres era de 11,48%, mostrando un incremento de 1,05%.

Sobre el consumo actual se mantiene la misma tendencia que en la prevalencia reciente, presentándose una disminución del consumo de tabaco en hombres, y un aumento en las mujeres. Los hombres tienen una prevalencia en el 2022 de 21,39%, y el de las mujeres es de 10,12%. Para el 2016, en los hombres la prevalencia era de 24,60%, mostrando una reducción de 3,21%; y para las mujeres era de 8,74%, mostrando un incremento de 1,38%.

Cada vez más mujeres consumen alcohol en la prevalencia actual:

Sobre el consumo alguna vez en la vida de alcohol, hay un incremento del consumo tanto en hombres como en mujeres. En el 2022, el 92,56% de los hombres reportó consumo de alcohol, frente al 91,65% de consumidores de esta sustancia en el 2016, con un incremento del consumo de 0,91%. Sin embargo, en el caso de las mujeres, para el 2022 el 85,34% reportó consumo de esta sustancia, y en el 2016 el consumo alcanzaba el 87,54%, con una reducción de consumo global de 2,2%.

La tendencia se modifica para el caso de consumo último año, reduciéndose en hombres y

manteniéndose estable en mujeres. Los hombres en el 2022 reportaron un consumo del 68,81%, que para el 2016 era de 74,58%, con una reducción del consumo de 5,77%. Para las mujeres en el 2022, el reporte de consumo fue de 55,05%, con pocas diferencias al del 2016 con un 55,92%, lo que comparativamente muestra una reducción de consumo de 0,87%.

Respecto al consumo en el último mes de alcohol, hay una reducción en hombres y un crecimiento en las mujeres. En el 2022, el 48,75% de los hombres reportan consumo de alcohol, frente al 46,49% de consumidores de esta sustancia en el 2016, con un incremento del consumo de 2,26%. En el caso de las mujeres, para el 2022 el 29,71% reportan consumo de esta sustancia, que en el 2016 era de 27,49%, con un incremento de consumo de 2,22%, con muy poca diferencia respecto a los hombres.

Las bebidas alcohólicas que más consumen las mujeres son el tequila, con un 63,35% respecto a los hombres, con un 42%; y los cocteles, con un 14,73% frente a los hombres, con un 6,11%.

Los hombres consumen más sustancias psicoactivas ilícitas que las mujeres, pero la brecha de consumo de todas las prevalencias se estrecha:

Los hombres siguen teniendo una prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas mucho más alta que las mujeres. En el estudio del 2022, para el caso de consumo de algún tipo de sustancia ilícita alguna vez en la vida, el 24,72% de los hombres asegura haber consumido alguna sustancia frente al 14,19% de las mujeres. Sin embargo, el crecimiento de consumo alguna vez en la vida en las mujeres es más rápido que en los hombres, lo cual está en consonancia con la tendencia internacional de cierre de la brecha de consumo.

Para el 2016, el 22,9% de los hombres había usado alguna droga ilícita; es decir, han mostrado un incremento de 1,82% mientras que, en el caso de las mujeres, el consumo era de 10,8%, con un incremento de 3,39%. La brecha de consumo global



del 2016 era de 12.1% y al 2022 se reduce al 10.53%. Lo anterior se mantiene en la prevalencia de consumo de alguna sustancia ilícita último año. En el estudio del 2022 el 8,48% de los hombres asegura haber consumido alguna sustancia frente al 3,95% de las mujeres. Para el 2016, el 7,6% de los hombres había usado alguna droga ilícita; es decir, han mostrado un incremento de 0,88%; mientras que, en el caso de las mujeres, el consumo era de 2%, con un incremento de 1,95%. La brecha de consumo reciente del 2016 era de 5,60% y para el 2022 se reduce al 4,53%.

Para el caso de prevalencia de consumo de alguna sustancia ilícita mes, en el estudio del 2022 el 5,97% de los hombres asegura haber consumido alguna sustancia, frente al 3,10% de las mujeres. Para el 2016, el 5,25% de los hombres había usado alguna droga ilícita; es decir, han mostrado un incremento de 0,72%; mientras que, en el caso de las mujeres, el consumo era de 0,86%, con un incremento de 2,28%. La brecha de consumo actual del 2016 era de 4,39% y en el 2022 se reduce al 2,87%.

Lo anterior y en relación con todas las prevalencias, puede responder a dos fenómenos que no son excluyentes entre sí: el primero, que las mujeres están consumiendo un mayor número de sustancias psicoactivas, hay una mayor disponibilidad de sustancias y un menor estigma en el consumo de alguna sustancia; y el segundo, que las mujeres tienen menores obstáculos para aportar información con relación a su consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.

Cada vez más mujeres consumen marihuana:

Aunque la prevalencia global de consumo de marihuana en los hombres (20,77%) es mucho mayor que el de las mujeres en el 2022 (9,46%), el incremento de consumidores hombres de esta sustancia respecto al 2016 es sólo de 0,17%, ya que la prevalencia era de 20,60%. Respecto a las mujeres, el incremento es de 2,57%, quince veces más alto que el de los hombres, en tanto estas en

el 2016 tenían una prevalencia de 6,89%.

Frente al consumo reciente se mantiene la tendencia: los hombres tienen una prevalencia en el 2022 de 7,75%, y las mujeres de 3,78%. Para el 2016, en los hombres la prevalencia era de 6,77%, mostrando un incremento de 0,98%; y para las mujeres era de 1,77%, mostrando un incremento de 2,01%, más del doble que en los hombres.

Sobre el consumo actual, los hombres tienen una prevalencia en el 2022 de 5,58%, y la prevalencia últimos 30 días en mujeres alcanza el 2,35%. En el 2016, los hombres contaban con una prevalencia de 4,99%, lo cual muestra un incremento de 0,59%, mientras que las mujeres mostraban una prevalencia de 0,79%, con un incremento de 1,56%, casi el triple respecto al incremento del consumo de los hombres.



El consumo de cocaína en el último mes en mujeres es superior que el de los hombres, hay un incremento en el consumo alguna vez en la vida y estabilización en el consumo el último año:

Sobre el consumo global de cocaína, hay una reducción del consumo en hombres y un crecimiento de este en las mujeres. En el 2022, el 6,33% de los hombres reporta consumo de cocaína, frente al 7,64% de consumidores de esta sustancia en el 2016; hay una reducción del consumo en 1,31%. Sin embargo, en el caso de las mujeres, para el 2022 el 3,24% reporta consumo de esta sustancia, y en el 2016 era de 1,39%, con un incremento de consumo de 1,85%.

La tendencia se mantiene para el caso de consumo último año. Los hombres en el 2022 reportaron un consumo de 1,24%, que para el 2016 era de 1,39%, con una reducción estadísticamente no significativa. Para las mujeres en el 2022, el reporte de consumo fue de 0,94%, superior al del 2016 con un 0,21%, lo que comparativamente muestra un incremento de consumo de 0,73%.

Hay un cambio de tendencia para el consumo reportado en el último mes, donde las mujeres reportan mayores índices de consumo de cocaína (0,78%) frente a los hombres (0,47%). En el 2016, el consumo de las mujeres era de 0,07%, mostrando un incremento del consumo de 0,71%; mientras que en el caso de los hombres el porcentaje de consumo reportado era de 0,46%, con una reducción del consumo en esta prevalencia que es estadísticamente no significativa.

Son más las mujeres que alguna vez en la vida se han inyectado algún medicamento sin prescripción médica, en comparación con los hombres:

El 3,54% de las mujeres reporta que se ha inyectado algún medicamento sin prescripción médica alguna vez en la vida. Esta práctica es menor en hombres, con un 2,58%.

En al menos tres sustancias ilícitas las mujeres perciben mayor facilidad de acceso que los hombres: Si bien en el estudio del 2016 la facilidad de acceso a las sustancias era superior en los hombres que en las mujeres para todas las sustancias ilícitas, hay al menos tres sustancias que actualmente reportan las mujeres les son mucho más fáciles de conseguir que a los hombres. Estas son, en comparativo mujeres y hombres: las metanfetaminas (13,51% y 11,63%); los tranquilizantes sin prescripción médica (24,7% y 23,2%); y los estimulantes sin prescripción médica (20,8% y 20,6%).

La escolarización se muestra como un factor protector eficaz de prevención del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en las mujeres:

Para este indicador es fundamental diferenciar el consumo de alguna vez en la vida de sustancias psicoactivas, respecto al consumo reciente de las mismas. Aunque, en un primer vistazo, podría concluirse que a mayor grado de escolarización hay una mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, no es el acceso a la escolarización lo que incrementa las posibilidades de consumo de sustancias psicoactivas, sino que cada vez son más las mujeres que acceden a niveles superiores de educación y, por tanto, las mujeres con menores niveles de escolarización en términos poblacionales representan un menor número de personas. También parece existir una relación entre consumo exploratorio y mayor nivel de escolarización, pero el ciclo vital es también un factor determinante.

En relación con el consumo global de alguna sustancia ilícita, las mujeres con grado de maestría tienen una prevalencia de consumo global de 43,64%, seguido de aquellas que cuentan con una especialización (18,85%), o son profesionales (16,91%), en contraste con aquellas que alcanzan la media académica o clásica (9,30%), la básica secundaria (5,85%) o la básica primaria (10,11%). Sin embargo,



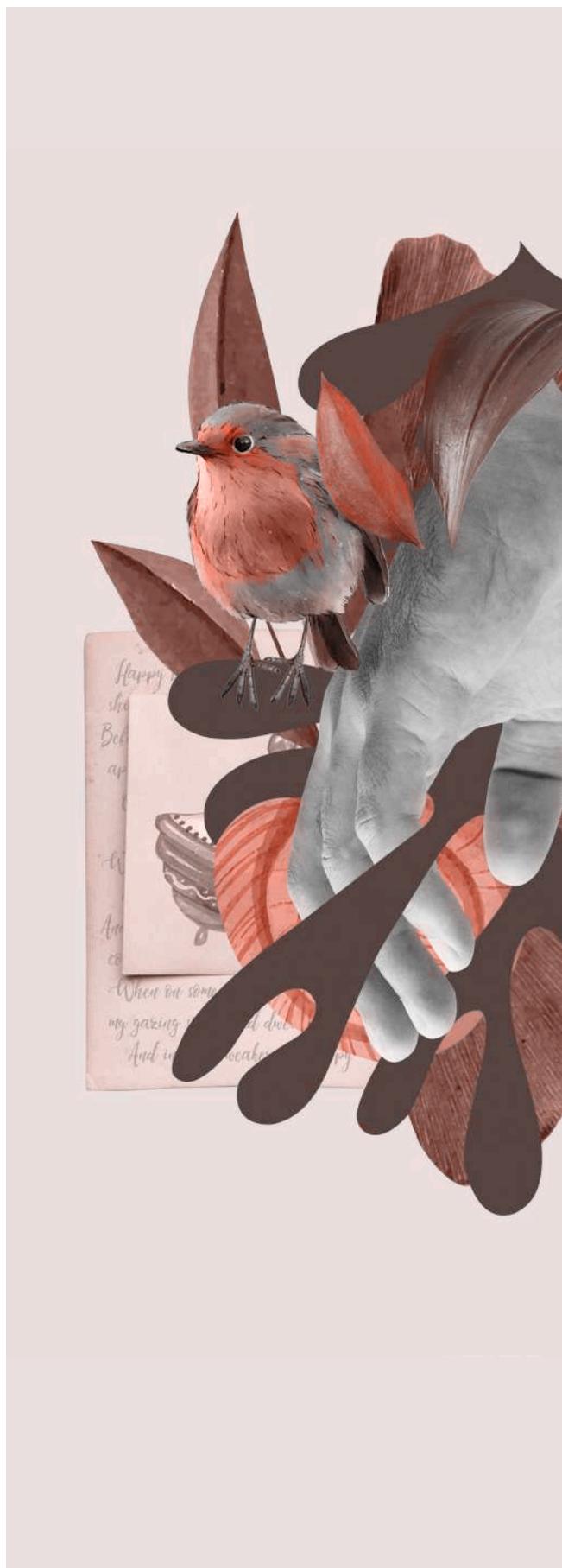
en la prevalencia de consumo del último año, el 18,96% de las mujeres con un bachillerato básico ha consumido alguna sustancia ilícita; en contraste, el 4,41% de las mujeres que cuentan con alguna profesión lo ha hecho; el 8,27% de las mujeres con una especialización; y el 3,91% de las mujeres con un título de maestría. La misma tendencia se mantiene en la prevalencia del último mes, donde el 18,53% de las mujeres con un bachillerato básico muestran mayores prevalencias de consumo de alguna sustancia ilícita, frente a las mujeres profesionales (2,16%), con especialización (5,60%) o con maestría (1,08%).

La ocupación de las mujeres transforma las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas:

Si bien el consumo de alguna sustancia psicoactiva ilícita alguna vez en la vida marca una prevalencia de 18,88% en aquellas que trabajan actualmente, esta cifra se reduce respecto a la prevalencia último año (4,28%) y último mes (3,24%). Las mayores prevalencias en consumo en el último año se presentan en mujeres que trabajan y estudian (13,34%) y mujeres que solamente estudian (6,74%), siendo las más altas las del consumo del último mes en mujeres (de 11,56% en mujeres que trabajan y estudian y de 4,92% en mujeres que solamente estudian). Cabe resaltar que las mujeres que están desempleadas y están buscando empleo tienen las terceras prevalencias más altas en último año (3,67%) y en último mes (3,40%).

La depresión es un detonante de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en mujeres:

El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres con depresión es del 16,66%, frente al 13,33% de mujeres sin depresión. Esta tendencia se mantiene tanto en último año (5,93% mujeres con depresión frente al 2,23% mujeres sin depresión) y último mes (4,91% en mujeres con depresión respecto al 2,43% en mujeres sin depresión).



Hay diferencias en los patrones de consumo en mujeres de acuerdo con el estado civil:

Sobre el consumo global de alguna sustancia ilícita, las mujeres solteras reportan un mayor consumo de sustancias psicoactivas que en algún otro estado civil, tanto en vida (17,80%), último año (6,02%) como en último mes (4,51%). Sin embargo, excluyendo la soltería, las mujeres, de acuerdo con la prevalencia reciente y que están en unión libre, consumen más sustancias psicoactivas (4,60%) que las mujeres casadas (0,43%), separadas o divorciadas (1,25%) y viudas (0,18%).

Algunas situaciones estresantes cotidianas tienen mayores efectos sobre el consumo de sustancias ilícitas en mujeres:

El estudio muestra que situaciones como tener mal rendimiento en alguna evaluación o proyecto importante tiene efectos más perjudiciales sobre el consumo de sustancias en mujeres (19,66%) que en hombres (16,85%). De igual manera, son más las mujeres que consumen sustancias y piensan en suicidarse (4,07%) que los hombres (3,41%), y mayores las prevalencias en relación con causarse heridas o lesiones a sí mismas (2,47%) que los hombres (0,42%). Asimismo, las mujeres que consumen sustancias psicoactivas suelen tener más problemas con su familia (18,70%) que los hombres (16,36%).

Los patrones de riesgo en situaciones de conducción son diferentes en hombres que en mujeres:

Si bien son más los hombres quienes reportan haber tenido accidentes de tránsito bajo el consumo de sustancias psicoactivas (8,14%) en relación con las mujeres (4,63%), las mujeres reportan que han padecido en mayor medida este tipo de situaciones al movilizarse en carros o motos conducidos por alguien que había consumido alguna sustancia (8,51%) que los hombres (7,14%).





Las mujeres tienen un mayor nivel de logro en los procesos de tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas que los hombres:

Si bien la necesidad de recibir ayuda para dejar de consumir alcohol y otras sustancias psicoactivas es superior en los hombres (2,10%) que en las mujeres (0,63%), lo cual se relaciona con la prevalencia de consumo de alguna sustancia ilícita y el hecho de que son más los hombres que consumen sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas que las mujeres en la mayoría de las prevalencias y de las sustancias; es mayor el número de mujeres que finaliza su tratamiento (0,82%) que los hombres (0,30%); y es mayor el número de hombres que abandonan el tratamiento (0,13%) que las mujeres (0,06%).

Las mujeres que requieren de un tratamiento por abuso o dependencia del consumo de sustancias lícitas o ilícitas tienen menos apoyo de su familia o personas cercanas que los hombres:

Las razones por las cuales las personas abandonan su tratamiento son diferentes. Si bien tanto en hombres (50,86%) como en mujeres (34,53%) el principal motivo de abandono del tratamiento es por asuntos económicos, el deseo de consumo de la o las sustancias que motivan el tratamiento y la sensación de que el tratamiento no está diseñado para sus necesidades es mayor en hombres que en mujeres. No obstante, también se evidencia que las personas que reciben menos apoyo de su familia o de personas cercanas para culminar con su tratamiento son las mujeres (8,72%) frente a los hombres (1,92%).

La COVID-19 elevó el nivel de riesgo psicosocial en mujeres más que en los hombres:

Fueron más las mujeres, por su rol asignado de cuidadoras, las que debieron permanecer aisladas en el hogar debido a la vulnerabilidad de algún miembro por COVID-19 (53,16%) que los

hombres (49,05%). De igual modo, la mayor carga de responsabilidad del cuidado de las y los niños recayó más sobre las mujeres (31,43%) que en los hombres (18,9%).

Más mujeres perdieron sus empleos en el periodo de mayor criticidad de la pandemia (24,25%) que hombres (21,19%), y más mujeres vieron reducidos sus ingresos durante este periodo (1,73%) que los hombres (0,66%). Las mujeres reportan, también, mayores episodios de inestabilidad emocional (0,44%) que los hombres (0,21%).

En tendencia, las mujeres en comparación con los hombres reportaron sentirse con mayores niveles de preocupación (56,6% y 48,5%); estrés (44,36% y 35,89%); angustia (44,13% y 30,52%); ansiedad (30,7% y 24,53%); decaimiento (25,5% y 16,2%); depresión (23,9% y 17,2%); desespero (17,5% y 12%) y enojo (0,22% y 0,11%). Lo anterior puede estar correlacionado con dos fenómenos socio-culturales que no son mutuamente excluyentes: 1) las mujeres, de acuerdo a su rol social asignado, tienen mayores posibilidades de expresión de sus sentimientos; y 2) la pandemia de COVID-19 afectó en mayor medida en factores personales (pérdida de empleo, reducción de ingresos, incremento de horas dedicadas al cuidado, entre otros) a las mujeres que a los hombres, lo cual se refleja en un mayor impacto a nivel emocional.

También, fueron las mujeres quienes en el periodo de mayor criticidad de la pandemia creen haber requerido más asesoría o apoyo psicológico para sobrellevar las situaciones que originaron la emergencia sanitaria (20,21%), que los hombres (29,48%), de la misma manera que fueron las que más accedieron a algún tipo de asesoría, apoyo médico o psicológico para sobrellevarlos, con un 13,24% respecto a los hombres, con un 8,92%.

El estudio evidencia también que las mujeres, en comparación con los hombres, padecieron incrementos de situaciones como la violencia física (4,06% y 2,42%); el maltrato psicológico (5,74% y 4,14%); el maltrato económico (13,24% y 10,99%) y la negligencia o abandono (3,82% y 2,62%).

Más consumo de tabaco de mujeres en la pandemia, menor consumo de alcohol:

El estudio evidencia que el 0,42% de las mujeres inició el consumo de tabaco en el periodo de mayor criticidad de la pandemia, cifra que se sitúa por encima de los hombres, con un 0,39%. Vale resaltar que la disminución del consumo de tabaco fue mucho mayor en hombres (2,86%) que en mujeres (1,68%), y el porcentaje de hombres que dejaron de consumir tabaco en este periodo fue mayor (6,65%) que en mujeres (6,07%). Sin embargo, el inicio de consumo de alcohol en mujeres (0,20%) fue menor que en hombres (0,44%); el aumento en el consumo fue también menor en mujeres (2,69%) que en hombres (3,65%), y fueron más las mujeres que dejaron de consumir alcohol (4,14%) que los hombres (3,27%).

Marihuana, cocaína y otras sustancias ilícitas:

Si bien se evidencia que un mayor número de mujeres dejó de consumir marihuana en el periodo de mayor criticidad de la pandemia (2,21%), respecto a los hombres (4,29%), el aumento de consumo de cocaína tanto en hombres como en mujeres fue similar (0,04%) y menos mujeres dejaron de consumir cocaína (1,24%) que hombres (2,55%). De igual modo, se evidencia que en mujeres se incrementó el consumo de tranquilizantes en este periodo (0,09%) respecto a los hombres (0,06%); y un 0,04% de las mujeres inició el consumo de analgésicos opioides sin prescripción médica en este periodo, frente a los hombres que no reportan haber iniciado consumo de estos en este periodo.

También, se evidencia que en mujeres, en comparación con los hombres, la sensación de encierro (1,04% vs 0,71%); el distanciamiento social (0,59% vs 0,44%); y el deseo de experimentar (0,07% vs 0,04%) fueron las razones principales para aumentar el consumo de sustancias psicoactivas en el periodo de mayor criticidad de la pandemia. En los hombres, las mayores prevalencias se encontraron a causa del estrés o la ansiedad; el aburrimiento; y los problemas económicos.

Estimulantes sin prescripción: una sustancia donde la alta percepción del riesgo de la mujer es más baja que en hombres:

El estudio evidencia que, pese a que en la mayoría de las sustancias las mujeres tienen una más alta percepción del riesgo frente al consumo una o dos veces, ocasional y frecuente, ésta se reduce en estimulantes sin prescripción médica, donde los hombres tienen una alta percepción del riesgo de 56,5% y las mujeres de 56% en el consumo ocasional.

Estudios futuros:

Actualmente la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá junto con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur se encuentran desarrollando el Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, una investigación mixta que permitirá orientar las acciones del distrito relacionadas a la salud mental y, además, comprender la comorbilidad existente entre trastornos de salud mental y trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, así como los trastornos duales que padecen algunas personas en la capital de Colombia.





Lo que dicen las cifras

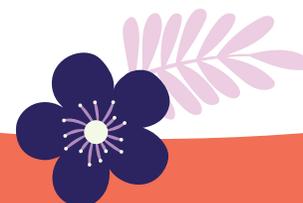
Los estereotipos que se imponen a las mujeres y las violencias basadas en género forjan efectos profundos en las mujeres, lo cual puede actuar como un factor descriptivo que genera revictimización y graves trastornos de estrés postraumático (UNODC, 2016). Por demás, es relativamente reciente la desagregación entre hombres y mujeres de los estudios epidemiológicos de consumo globales, y los malestares de las mujeres, el temor a la discriminación, al estigma y el auto-estigma pueden ser variables importantes en relación con las bajas cifras de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres respecto a los hombres, aunque es una brecha que viene reduciéndose.

Las ofertas de tratamiento para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no diferenciales por género afectan el ingreso de las mujeres a estos por evitar el estigma social. La falta de atención médica adecuada y servicios personalizados tanto en centros penitenciarios como en general, afecta más a las mujeres que a los hombres en la mayoría de los países. A esto se le adiciona la separación de las madres de sus hijos como uno de los aspectos más perjudiciales del cerco de las mujeres. Esta separación que practican tanto los centros penitenciarios, como los centros de tratamiento y los programas de salud mental, son factores coadyuvantes a la desintegración familiar e incrementan los riesgos de salud física y mental, así como la misma dependencia al uso de drogas (UNODC, 2016).

Aunque las mujeres representan 1/3 de los consumidores de drogas del mundo, representan sólo 1/6 de las personas que reciben tratamiento (UNODC, 2020). Las mujeres suelen evitar buscar

tratamientos para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no sólo por la exclusión social, sino también por miedo a perder derechos de custodia. Esto es, per se, un obstáculo de acceso a la condición de maternidad, y al tiempo una vulneración familiar que tiene repercusiones sobre la salud propia y la salud de la familia. Además de estas barreras de acceso a servicios de tratamiento, las mujeres están en una situación de especial vulnerabilidad ante riesgos de salud y riesgos de explotación sexual comercial. Las mujeres que usan drogas inyectables y las trabajadoras sexuales son más propensas que los hombres a contraer enfermedades como el VIH o la hepatitis C. También, a nivel global superan el consumo de opioides, sustancia con altas consecuencias nocivas y potencialmente fatales. La sanción social a las mujeres por el uso o consumo problemático de droga suele ser más dura que la que va dirigida hacia los hombres y está asociada a castigar el incumplimiento de roles asignados tradicionalmente.

La circunscripción al principio de igualdad del enfoque de derechos humanos exige que la reflexión sobre cómo las drogas impactan específicamente sobre las mujeres transversalice temas como el reconocimiento de las necesidades y las circunstancias específicas de ellas, buscando eventualmente no dar lugar a discriminaciones estructurales y sistémicas por razones de género. En el caso de la construcción de políticas públicas y los subsecuentes programas de prevención, tratamiento y rehabilitación dirigidos a usuarias de drogas, la consideración de factores de riesgo y condiciones específicas de vulnerabilidad son elementos determinantes para la eficacia y el éxito. La garantía de condiciones necesarias para que las mujeres accedan a su derecho a la salud y a la seguridad es la única forma de que la igualdad de género y el empoderamiento femenino dialoguen con el problema de cultivo, tráfico y uso de drogas sin dejar a nadie atrás (UNODC, 2020).





Capítulo 4

Buenas prácticas de la incorporación de enfoque de género en políticas de drogas



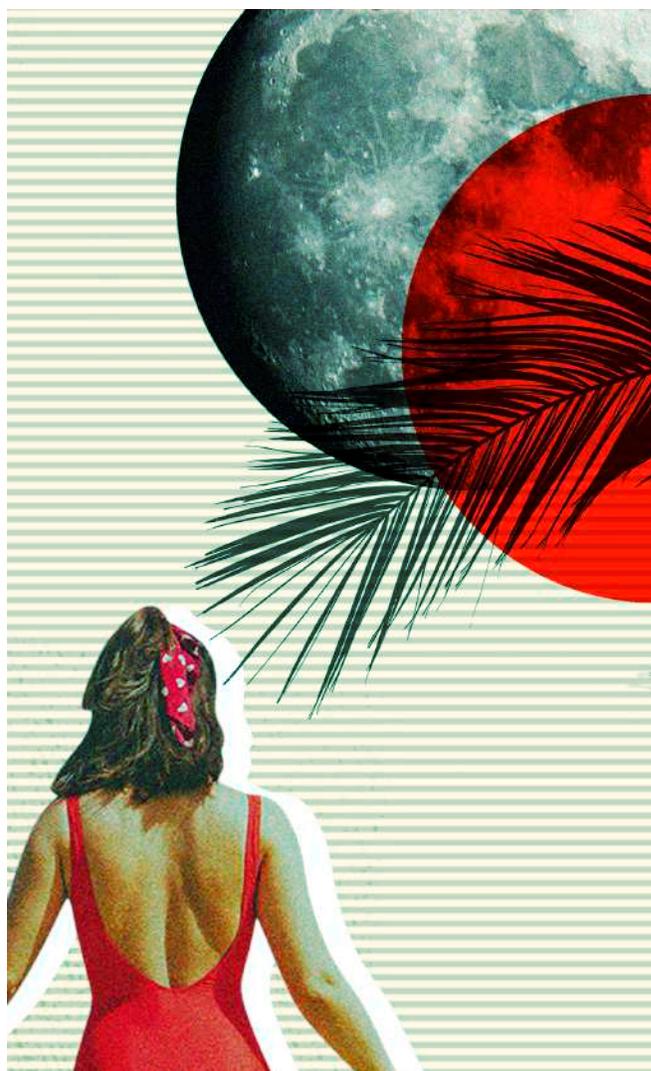
Este capítulo contiene algunas de las mejores prácticas sugeridas desde la academia, los organismos multilaterales, los países que cuentan con experiencia en la creación de políticas públicas, programas y estrategias de abordaje de la prevención del consumo con perspectiva de género, las organizaciones y colectivos y su trabajo en campo.

Perspectiva de género aplicada a las personas que usan drogas:

El género es una categoría de estructuración sobre la vida de las personas con efectos de organización jerárquica y binaria. La ruptura de esta forma de organización lleva a ponerse los Lentes Violeta y transversalizar las políticas públicas con una mirada teórico-práctica que reconozca la existencia de relaciones de poder asimétricas; las condiciones y necesidades diferentes entre hombres, mujeres, personas diversas y no binarias; la jerarquización, los estereotipos y la asignación de roles; la heterosexualidad obligatoria y la heteronormatividad; la invisibilización de las mujeres y sus experiencias; la negación de los feminismos; y la inexistencia de miradas interseccionales que se orienten hacia la equidad de género.

Visto desde la prevención, la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de drogas permite:

1. Reconocer los impactos del consumo diferencial de mujeres, hombres y personas no binarias.
2. Producir conocimiento que explique los factores de inicio, la permanencia, el riesgo y la protección ante el consumo de sustancias psicoactivas sin reduccionismos basados en sesgos de género.
3. Abordar las consecuencias de los imaginarios sociales en torno al consumo-género, y lograr que las y los profesionales que trabajan con personas que usan drogas comprendan la relevancia de prevenir, atender, tratar y reducir
4. Incrementar la efectividad de los programas de prevención y de intervención, garantizando el ejercicio de los derechos humanos.
5. Coadyuvar a la eliminación del estigma hacia las personas que usan drogas, el cual suele ser más frecuente hacia las mujeres que usan drogas, y al tiempo proyectar enfoques de atención no punitivos penal y socialmente con fuertes impactos contra las mujeres (Burgos, Oriols & Amatller, 2020).



los daños específicos que tienen los hombres, las mujeres y las personas no binarias que usan drogas.

Incrementar la efectividad de los programas de prevención y de intervención, garantizando el ejercicio de los derechos humanos.

Coadyuvar a la eliminación del estigma hacia las personas que usan drogas, el cual suele ser más frecuente hacia las mujeres que usan drogas, y al tiempo proyectar enfoques de atención no punitivos penal y socialmente con fuertes impactos contra las mujeres (Burgos, Oriols & Amatller, 2020).

En la literatura disponible se evidencian una serie de buenas prácticas para el abordaje en políticas públicas, programas y estrategias de droga y género, las cuales se presentan a continuación:

1. Considerar la maternidad-paternidad de las personas con trastornos derivados del uso o abuso de sustancias psicoactivas:

Facilitar los servicios de guardería/ludoteca para la asistencia a citas terapéuticas o de tratamiento, y difundir ampliamente este servicio. También, se recomienda habilitar una sala de espera específica en los centros de salud para las personas en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que acuden con sus hijas e hijos, y habilitarla con juguetes, cambiadores y salas de lactancia; atender con máxima puntualidad; flexibilizar los horarios de atención; incorporar la maternidad y la paternidad en los protocolos de evaluación e intervención; desarrollar talleres para trabajar específicamente habilidades de maternaje y paternaje; promover la formación de profesionales sanitarios con perspectiva de género para aumentar su sensibilidad a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas diferencial.

2. Hacer visible el consumo de drogas en mujeres:

Subvencionar campañas de sensibilización dirigidas a la población general y a las mujeres; subvencionar actividades de formación dirigidas a los equipos profesionales de atención primaria, que incluyan las consecuencias de los tratamientos con psicofármacos generalmente remitidos a mujeres; subvencionar actividades de formación dirigidas a equipos profesionales especializados en tratamiento del consumo de drogas; crear un grupo de expertos para el desarrollo de protocolos de detección,

valoración y atención de las problemáticas relacionadas al consumo con enfoque de género; coordinar campañas con centros de atención hospitalaria, centros de atención especializados en tratamientos de consumo de sustancias psicoactivas, ONG, servicios sociales y los ministerios y secretarías directamente relacionados con el tema que sensibilicen a las mujeres sobre la detección temprana de trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, las rutas de apoyo y la completa discrecionalidad.

3. Evitar malos tratos:

Incluir en los planes de formación contenidos referidos a género y violencia de género, especialmente dirigidos al personal psicosocial y sanitario respecto a la atención a personas y mujeres que consumen drogas. Es decir, fortalecer las capacidades de los equipos profesionales y de los protocolos y actuaciones que eviten revictimización.

4. Acogida:

Crear redes o cauces de derivación hacia centros de tratamiento desde las urgencias hospitalarias, los servicios sociales comunitarios y los servicios específicos de atención a las violencias de género; incluir en las historias clínicas un apartado destinado a detectar mediante indicadores la existencia de maltrato y otras formas de violencias que padecen hombres y mujeres, tanto histórica como actual, y las razones de género que subyacen a dichas violencias; poner especial énfasis en el tratamiento y seguimiento a mujeres dependientes del consumo de drogas que a su vez se reconozcan como víctimas de violencias; también a hombres que usen drogas y sean identificados como maltratadores que acuden al tratamiento; y a mujeres que acompañan a hombres con trastornos derivados del consumo.



5. Puntos base:

Aplicar el principio de flexibilización en los tratamientos para adaptarse a las situaciones complejizadas que presentan muchas mujeres por su historia y situación familiar; fortalecer los centros de tratamiento para la creación de guarderías y el trabajo conjunto con mujeres y menores a su cargo, incluyendo también disposiciones temporales como visitas, llamadas, entre otras, de manera flexible; fortalecer desde la escuela y de acuerdo con la normatividad vigente el reconocimiento de la maternidad no deseada ni planificada como causa que subyace al consumo de drogas en mujeres, estableciendo procesos de acompañamiento y ayuda que garanticen su no cuestionamiento respecto a las decisiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos; y realizar, cuando sea posible, intervención familiar (Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias de Salamanca, 2020).

6. Considerar sistemáticamente las diferentes condiciones y necesidades de mujeres, hombres y personas no binarias:

Obtener explicaciones de los factores de inicio, permanencia, riesgo o protección de estos consumos en función del género desde una perspectiva psicosocial y constructivista, evitando el reduccionismo o los esencialismos (Proyecto Malva, 2020).

Dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres que usan drogas

Esta es la información disponible respecto a las dificultades y alternativas de solución en el acceso al tratamiento de mujeres que usan drogas. En breve, se recogen las siguientes buenas prácticas:

1. Las mujeres que acceden a tratamientos sólo representan el 15% del total de los usuarios.

Esta baja tasa se correlaciona con los estigmas sociales dirigidos hacia las mujeres que usan drogas, y que pueden ser más frecuentes y severos hacia las mujeres que ejercen el trabajo sexual remunerado. Esto incrementa la invisibilización de los trastornos de consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, ya que son casos que no suelen llegar a los centros de atención especializados y, aunque en múltiples oportunidades son identificados por el ámbito de la atención primaria, no existen o no se aplican protocolos de detección, derivación y coordinación con los centros especializados.

2. Los centros de atención especializados no están preparados para la atención diferencial a las mujeres que demandan tratamiento.

Los principales factores que se presentan en las mujeres que buscan acompañamiento en estos centros suelen ser: la presencia de malos tratos en las relaciones de pareja; la sexualidad y la relación con el cuerpo; la baja autoestima; la imposibilidad de mantener la maternidad en el transcurso del tratamiento; la centralidad de las relaciones heteroafectivas como eje fundamental vital; la falta de apoyo familiar y social por la doble penalización

social ante el consumo de drogas; y las conductas de alto riesgo para la salud.

3. Para realizar una adecuada detección de problemas relacionados con el consumo de drogas en mujeres,

se deben facilitar a las y los profesionales que mantienen un primer contacto o que están en cualquier dispositivo que dé derivación o acceso a los centros, unas pautas comunes para que la persona inicie en el circuito de tratamiento.

4. Se debe dar una formación mínima en perspectiva de género

para todos los equipos profesionales en los centros de atención de primer contacto, desde el administrativo, vigilante, recepcionista, personal de salud y la dirección.

5. Se debe incrementar el conocimiento de la red de recursos y vías de acceso

en los y las profesionales para que puedan realizar derivaciones.

6. Se debe contemplar que el tratamiento de consumo en mujeres

suele necesitar derivarse en un doble tratamiento -maltrato, por ejemplo- (Unión de Asociaciones y Entidades de atención al drogodependiente, 2020).

Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género

Presentamos el marco conceptual y de buenas prácticas basadas en evidencia para enfrentar desde la prevención el consumo de drogas con perspectiva de género. Algunas de las mejores prácticas y análisis son:

1. Los contenidos de los talleres, programas y estrategias deben ser adecuados para las diferentes relaciones que mantienen los hombres y mujeres y población diversa con las drogas, incluyendo pares, pareja, contexto,



familia, autoestima y expectativas sociales.

2. Muchos de los programas de prevención que se desarrollan actualmente tienen graves problemas desde su diseño en tanto consideran que hombres y mujeres son homogéneos y están expuestos a los mismos factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de drogas. Por tanto, las respuestas son las mismas para los grupos poblacionales que presentan distintas necesidades y que responden de forma diferente a las estrategias preventivas.

3. El enfoque de género debe asumirse como un criterio de calidad básico para cualquier programa destinado a prevenir el consumo de drogas (Diputación de Alicante, 2021).

Protocolo de inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de las adicciones:

Es fundamental conceptualizar la revisión del género en los proyectos de prevención del abuso de sustancias psicoactivas y contar con herramientas prácticas para la inclusión de la perspectiva de género en la prevención. Aquí se recogen las siguientes buenas prácticas:

1. Integrar la perspectiva de género en la formación del personal; fomentar la paridad e igualdad dentro de los equipos de trabajos y promover el apoyo profesional desde esta perspectiva.
2. Los proyectos de prevención, para atender a las necesidades generales y específicas, deben considerar desde su planeación a la población destinataria.
3. El aseguramiento de la confidencialidad es fundamental en las intervenciones con mujeres, con especial énfasis en las mujeres víctimas de violencia de género, mujeres bajo explotación sexual comercial, mujeres que trabajan en actividades sexuales pagadas,

mujeres en situaciones ilegales o irregulares, mujeres en condiciones especiales de vulnerabilidad o en situación de riesgo y mujeres que conformen población carcelaria.

4. El conocimiento de la población objetiva, caracterizado por la edad, pertenencia étnica, orientación sexual, de género, de identidad, situación socioeconómica y estatus legal debe ser el parámetro direccionador de los programas de prevención. Cada grupo tiene formas específicas de percepción del tema de las drogas, por tanto, el abordaje deberá ser, necesariamente, diferencial.
5. Si durante el diseño de un programa se utilizara una intervención existente que ha sido considerada como buena práctica, se debe realizar un análisis de las diferencias sexuales, por género, culturales, sociales y personales para generar procesos de adaptación.
6. Todas las políticas, programas y proyectos en materia de prevención del consumo o abuso de sustancias psicoactivas deben ser evaluadas y monitoreadas, tanto en términos de su ejecución como de su impacto. Las evaluaciones deben contemplar la inclusión del factor sexo/género como información básica para conocer los resultados atendiendo al enfoque de género, de manera que se puedan neutralizar los efectos discriminatorios y fomentar la igualdad.
7. Las rutas de atención a personas que usan drogas y a víctimas de violencia de género deben ser diseñadas con miras a reducir al máximo las barreras de acceso, los trámites burocráticos y la estigmatización dentro de los sistemas de atención. Estas deben ser aprobadas tras pasar por pruebas piloto, ampliamente difundidas y con múltiples vías de acceso (Federación Española de Municipios y Provincias junto al Ministerio de Sanidad; Secretaría de Estado de Sanidad; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021).



Capítulo 5

Recomendaciones para la incorporación del enfoque de género en Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación de la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá



Este capítulo contiene las principales recomendaciones provenientes del análisis de la literatura disponible a nivel nacional e internacional, así como de la consulta y validación con funcionarios a nivel distrital sobre cómo incorporar el enfoque de género en las políticas de drogas y sobre cómo llevarlo a la acción.

A continuación, se presenta la ruta metodológica de construcción de las recomendaciones y las recomendaciones propiamente dichas.

Ruta metodológica para la construcción de las recomendaciones

La construcción de las recomendaciones basadas en la literatura internacional, nacional y distrital se realizó a través de un diseño de investigación teórico, que se ejecutó bajo la técnica de rastreo documental, la técnica de bola de nieve y la consulta de expertos, todos los cuales derivaron en el análisis de información y el proceso de sistematización.

Esta información se validó en una mesa técnica con el objetivo de reconocer la aplicación del enfoque de género en la actual **Política distrital de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas**, dialogando sobre las necesidades a incorporar en una futura política distrital de drogas. Esta mesa fue liderada por UNODC, y en ella participaron funcionarios de diversas secretarías e instituciones de la ciudad de Bogotá, entre ellas la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia (SDSCJ), el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON), la Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes (SCRD), la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDDS), la Secretaría Distrital de la Mujer (SDMUJER) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS).

La mesa técnica fue un espacio de reconstrucción y diálogo con diferentes actores claves de las entidades distritales que aportan a la discusión sobre las necesidades que tiene la política pública en el tema de género y drogas. Al configurar un espacio interinstitucional se discutieron diferentes dimensiones y posturas, logrando así la concertación en relación con múltiples ejes temáticos de manera participativa, lo que benefició la propuesta final sobre las recomendaciones y orientaciones para la inclusión de acciones con enfoque de género en la política distrital de drogas y el fortalecimiento de capacidades institucionales para el reconocimiento del consumo de sustancias psicoactivas como factor que genera una mayor vulnerabilidad en las mujeres en general, y con especial ahínco en las mujeres víctimas de violencias.

Para obtener la información de la mesa, se realizó la transcripción de los diálogos y ejercicios escritos del espacio en el software ATLAS.Ti. Para ello, se elaboró la categorización por saturación de palabras a partir de la técnica de nubes de palabras, incluyendo depuración de artículos, anglicismos, pronombres y adverbios, y se realizó especial énfasis en la búsqueda de conceptos, adjetivos y sustantivos que proporcionan información descriptiva relevante. Este ejercicio permitió reconocer las palabras más mencionadas por los participantes y obtener las principales categorías derivadas del espacio. Posteriormente, se cotejaron las categorías obtenidas con la transcripción para priorizar su nivel de importancia en la estrategia de presentación de datos tipo máquina de escribir.

Luego, se categorizaron y subcategorizaron jerárquicamente los niveles de importancia narrativa y descriptiva construyendo una red semántica o ad hoc principal que facilitase



- **Palabras referentes a metodología**
Enfoque, género, prevención, servicios, cuantitativos, eje (grupo 1); específicas, derechos (grupo 2) y diferencial, estrategias, cooperación, factores, integral y metodología (grupo 3).
- **Palabras referentes a objetivo**
Reducción del consumo, recursos, desarrollo humano, talento humano, política de drogas, salud, espacios, fortalecimiento (grupo 1); sexo, reducción de consumo de spa, datos, vinculación, articulación (grupo 2); e información y vida (grupo 3).
- **Palabras referentes a temporalidad**
Tiempo (grupo 2).
- **Palabras referentes a obstáculos**
Recursos, tiempo (grupo 2); y barreras (grupo 3).
- **Palabras referentes a avances**
Movilización, posibilidades (grupo 2); y activación (grupo 3).

En orden de las prácticas discursivas con mayor prevalencia en el espacio, quienes representan las instituciones distritales centraron principalmente la conversación en el marco de la mesa técnica en los objetivos, tanto de la anterior como de la posibilidad de una nueva política de drogas con enfoque de género, y en la metodología para el alcance de esos objetivos, seguido de las actividades para poder lograrlo. Posteriormente, hay un reconocimiento de los actores que se pueden favorecer de una nueva política pública de drogas con enfoque de género y de quienes pueden hacerla posible. En igual medida aparecen menciones tanto a los avances como a los factores propositivos para la construcción de una nueva política, así como un reconocimiento de los obstáculos que se encuentran día a día para su cumplimiento. Por último, hay escasas referencias a la temporalidad de elaboración, cumplimiento y a la evidencia temporal de los impactos de una nueva política de drogas con enfoque de género.

En orden jerárquico, la práctica discursiva global del espacio puede representarse así:

Gráfica 6. Práctica discursiva global de la mesa técnica



Recomendaciones de la literatura nacional e internacional sobre cómo incorporar el enfoque de género en las políticas de drogas

La recolección de información sobre políticas, planes y experiencias en 25 países del mundo, incluyendo los cinco países que se encuentran en el top del Global Gender Gap Report y la mayoría de las naciones de las Américas (América del Norte, América Latina y el Caribe, Región Andina y Cono Sur) deja una serie de reflexiones necesarias para pensar desde el sur global, desde Colombia y desde la ciudad de Bogotá D.C., estructurándose como un reto específico para la Secretaría Distrital de la Mujer y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito:

1. Superar la insuficiente disponibilidad de datos sobre género para la producción de conocimiento sensible al género

- *Pese a que la mayoría de los observatorios de drogas de las Américas, Europa y, en general, los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas tienen cierta disponibilidad de datos sobre el consumo de drogas, esta disponibilidad se resume a la pregunta por el sexo biológico y se aborda de manera binaria (masculino/femenino; hombre-mujer). En algunos países se recolecta información sobre oficios, pero existe un gran desconocimiento, tanto por baja o nula disponibilidad, como por poca exploración de la información aprovechable sobre temas como consumo de drogas y empleo doméstico remunerado y no remunerado, explotación sexual comercial, trabajo sexual, habitabilidad en calle, entre otras variables. De la misma manera, la correlación aparentemente existente entre mujeres que consumen drogas y mujeres víctimas de violencias en cualquiera de sus tipologías no*

está lo suficientemente documentada, lo cual dificulta la orientación de políticas públicas en ambos sentidos.

- Una brecha inmensa que se cierne sobre la mayoría de los países es la falta de disponibilidad de información que correlacione hombres y mujeres no binarios o que se reconozcan dentro de la diversidad de los géneros con el uso y abuso de drogas. En general, esta ausencia de datos dificulta la orientación de políticas públicas que actúen de manera eficaz y con estrategias preventivas, restaurativas o alternativas sobre grupos con mayores niveles de vulnerabilidad tanto en la cadena de producción, expendio, consumo y abuso de drogas.

2. Reconocer y apoyar a las mujeres en los eslabones de la producción, el tráfico y el consumo de drogas

- *En los últimos años, organismos multilaterales, organizaciones de base y organizaciones de la sociedad civil han puesto el ojo sobre el tema de las mujeres en los eslabones de la cadena productiva de drogas, siendo este el asunto sobre el que existe mayor disponibilidad de información. Sin embargo, las mujeres que trafican y consumen drogas, muchas de ellas sumergidas en ambos mundos, son de los temas sobre los que se encuentra menor disponibilidad de información y, por tanto, menor producción de conocimiento que sirva como carta de orientación a políticas públicas con perspectiva de género.*
- Las doctrinas jurídicas de igualdad de la ley tanto para hombres como para mujeres dificultan la situación de las mujeres, ya que desconocen realidades como las reportadas para Colombia por UNODC y el Observatorio de Drogas de Colombia, que aseguran que una (1) de cada tres (3) mujeres en medidas privativas de la libertad intramural están



por delitos menores asociados a la droga. Además de esto, al menos el 18% de estas mujeres son consumidoras; cerca del 50% han sido víctimas de violencias contra las mujeres y más del 60% ejercían la jefatura del hogar. Si a esto se le suma la brecha de género, y factores como que cerca del 80% de estas mujeres pertenecen a los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, donde las oportunidades educativas y laborales tienen una inmensa brecha con otros estratos socioeconómicos, el llamado a generar políticas con perspectivas de género basadas en evidencias es urgente.

3. Considerar las violencias de género como factor de inicio y permanencia de las mujeres que usan drogas

- ***Múltiples estudios referenciados en este documento muestran la correlación existente entre las violencias de género y las mujeres que producen, trafican y usan drogas. Sin embargo, son pocas las políticas públicas que abordan este tema vital para comprender de manera preventiva que la mitigación y reducción de las violencias de género reducirá de manera drástica la vinculación de mujeres al mercado de las drogas.***

Esto, además de permitir reducir el hacinamiento de las cárceles y la saturación de los programas de tratamiento, coadyuva a mantener cientos de hogares uniparentales con jefatura femenina que, tras ser víctimas de violencias -incluyendo el abandono paterno-filial-, se ven obligadas a acceder al mercado de las drogas en sus eslabones más bajos o como usuarias finales.



4. Partir de una evaluación de necesidades para las nuevas políticas públicas

- La evaluación de las necesidades debe incorporar información que puede obtenerse a través de encuestas, grupos focales o metodologías colaborativas que permita entender las motivaciones comunes y específicas entre hombres y mujeres que coadyuven a iniciar, mantener e intensificar el uso de drogas. A esto debe añadirse el análisis sobre los patrones de consumo de drogas de manera diferencial, y la vinculación que estas tienen con variables como la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, que son también condicionantes.
- **La identificación de factores de riesgo y de protección comunes y específicos entre hombres y mujeres permite reconocer los mecanismos a través de los cuales estos influyen el consumo de drogas de ambos grupos. Su identificación por grupo y el cruce con otras variables como la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación y el nivel educativo pueden fomentar la creación de programas de prevención y mitigación del riesgo e inclusive modelos predictivos donde las instituciones puedan actuar de manera oportuna y, en todo caso, antes de que suceda la acción con daño.**
- Es fundamental que el gobierno se articule con organizaciones de la sociedad civil que trabajen temas de género y/o de consumo de sustancias psicoactivas.
- Tener en cuenta la voz de los diferentes grupos poblacionales.
- Analizar la relación entre mujeres víctimas de violencias y mujeres que usan drogas.

Una política de drogas con enfoque de género requiere sostenibilidad de recursos financieros, técnicos y

humanos permanentes y orientados a las acciones específicas.

- El enfoque de género debe ser un tema transversal a la política pública, y no un punto en la agenda. Transversalizar este enfoque en todas las fases y acompañarlas de acciones específicas orientadas a la promoción de la equidad le da el verdadero lugar que necesita para generar impacto.
- La incorporación en políticas públicas de componentes que propicien la mejora de los efectos preventivos en hombres y mujeres de diferentes edades, incluyendo contenidos y módulos específicos en los programas de prevención que permitan dar una respuesta diferencial relativa al género sobre las necesidades detectadas es inherente al éxito de una política pública de drogas con perspectiva de género.

5. Fortalecer la intersectorialidad género y drogas

- La intersectorialidad es una herramienta que facilita el análisis, el trabajo colaborativo y la elaboración de políticas públicas. Puede abordar múltiples discriminaciones y permitir entender a quienes diseñan, aprueban e implementan políticas públicas acerca del acceso a derechos y oportunidades.
- La interseccionalidad permite visibilizar las asimetrías, pero también superar los contextos de victimización y privilegios. Logra develar las diferencias y las similitudes para la superación de las discriminaciones a través de la comprensión de las condiciones necesarias para el goce pleno de los derechos.

Algunos contextos donde interactúan en mayor medida género y drogas, como los espacios de ocio nocturno, deben ser abordados de manera intersectorial. De igual modo,



comprender que una persona puede ser víctima de múltiples vulnerabilidades implica el trabajo conjunto de oficinas, secretarías y actores que permitan el restablecimiento de sus derechos.

- Lograr análisis, abordajes y acciones intersectoriales pasa por la conformación de equipos de trabajo intersectoriales y transdisciplinarios. La comunicación de información, la construcción de rutas de atención intersectoriales y la identificación para la eliminación de barreras que no permiten el trabajo intersectorial debe ser un primer paso para el abordaje colaborativo en el distrito.

6. Diseñar y planificar con enfoque de género

- Incorporar estrategias de promoción de la salud, de prevención y atención al consumo, de reducción de riesgos y daños diferenciadas por género que contengan metodologías y herramientas con enfoque diferencial.
- Tener indicadores y presupuestos sensibles al género.

Los indicadores de género cualitativos y cuantitativos en la evaluación de las políticas públicas son fundamentales. Estos deben considerar actitudes, creencias, sistemas de valores, acceso, permanencia y toma de decisiones.

- El diseño de materiales, proyectos, informes, memorias debe evitar el masculino genérico y la terminología sexista, así como las imágenes estereotipadas y no diversas.

7. Gestionar conocimiento

- Generar evidencia para el diseño de políticas públicas sensibles al género: evaluaciones, encuestas y sistematizaciones y promover

líneas de investigación sobre género y drogas para universidades, organizaciones de la sociedad civil, ONG y centros de producción de conocimiento.

- Incorporar a la desagregación por sexo la variable género, la cual permite visibilizar la realidad estadística de los hombres, las mujeres y las personas no binarias.

La cuantificación de las personas que acceden a los servicios derivados de políticas públicas es un primer paso, pero el análisis de la información con perspectiva de género considerando roles, estereotipos, estigmas y violencias basadas en género permite conocer lo que dicen las cifras.

- La correlación y triangulación estadística es un nivel de profundidad necesario para entender los fenómenos que abordan las políticas públicas. El cruce de los datos desagregados, los fenómenos como roles, estereotipos, estigmas y violencias basadas en género, y la relación de esta información con los datos disponibles en el origen étnico, la estratificación social, la procedencia, la edad y las diversidades funcionales son claves para orientar las actuaciones hacia nichos poblacionales con mayores vulnerabilidades.
- Algunos avances respecto a la consolidación e interoperabilidad de sistemas de información pueden permitir que el trabajo intersectorial se articule con mayor facilidad y oportunidad, al tiempo que permiten la gestión estadística y la comprensión de tendencias, incluyendo el monitoreo y la evaluación de la oferta institucional.

Es fundamental incorporar no sólo en los estudios distritales, nacionales, regionales o internacionales, sino también en las investigaciones y en los sistemas de vigilancia epidemiológicos/observatorios del consumo de drogas, variables que

brinden información sobre la influencia del género para el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de políticas públicas y programas preventivos. Entre ellas encontramos los patrones de consumo, las motivaciones, los factores de riesgo, los factores protectores, las consecuencias para la salud, las respuestas a los tratamientos de abuso y/o dependencia a las drogas. Se debe continuar incorporando variables como el sexo, la orientación sexual, la edad, la ocupación, el nivel educativo, el estrato socioeconómico y la distribución del uso del tiempo para analizar estos resultados con perspectiva de género. El cruce de variables facilitará el desarrollo de políticas públicas y programas de prevención dirigidos a necesidades específicas que reconozcan la diferencia entre hombres y mujeres, pero también entre mujeres-mujeres.

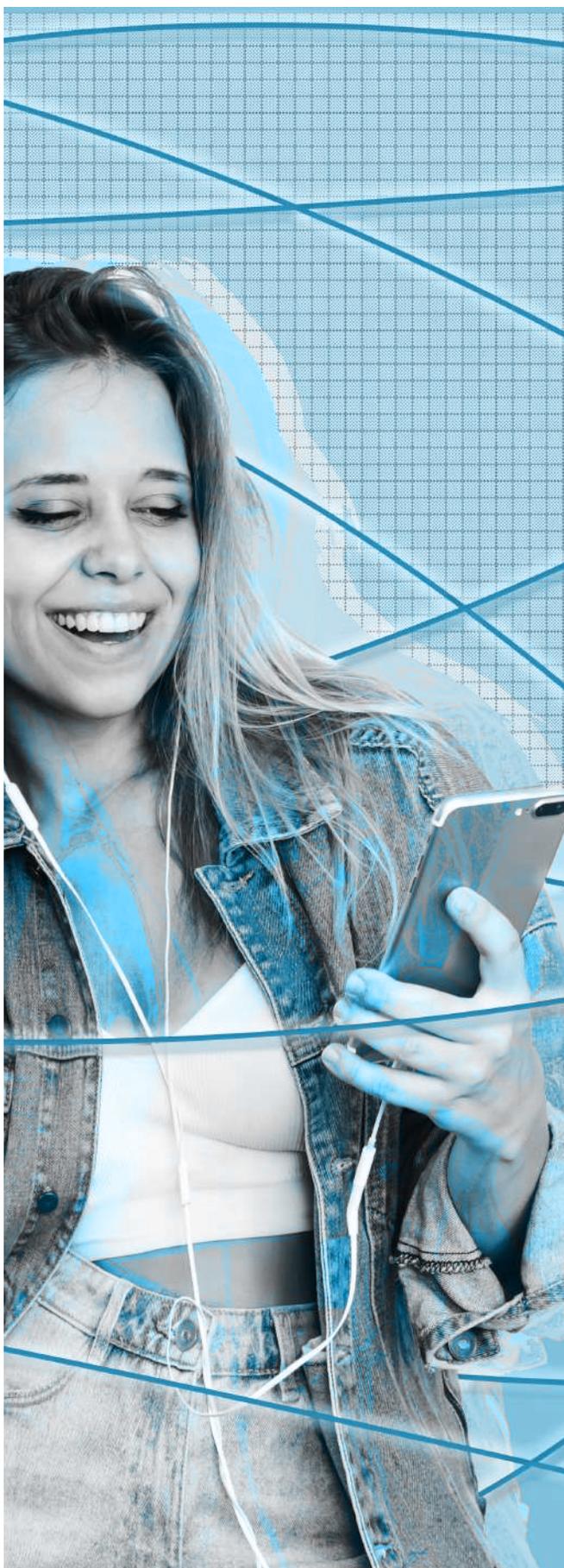
8. Adoptar la perspectiva de derechos humanos y de salud pública

- Atender las similitudes, diferencias biológicas y desigualdades sociales por género.
- Analizar los factores de riesgo y de protección en clave de género. Es fundamental incluir o considerar los estereotipos de género como dispositivos que organizan la interacción social, y moldean la experiencia vital alrededor del consumo, haciendo visible que ninguna acción de la política pública en esta materia es neutral en términos de género y por ello debe considerar el impacto diferencial que subyace a su implementación,
- Revisar y adecuar las estructuras programáticas y los servicios de prevención y atención por ciclo vital.
- **El acompañamiento a las mujeres víctimas de violencias es fundamental en programas preventivos, ya que éste es un factor de vinculación tanto a la cadena productiva como a la cadena de consumo.**

Esto supone la creación o aplicación de protocolos para una adecuada detección, derivación y coordinación intersectorial de acciones para el abordaje de mujeres con problemas de consumo de drogas, que favorezcan la activación tanto del circuito de tratamiento de consumo que requiera, como el impulso de las demás acciones para el restablecimiento de sus derechos y estabilización.

9. Sensibilizar y formar en género a profesionales

- Creación e implementación de programas formativos especializados para personal de atención y funcionarias/os en relaciones del género y drogas. Estas acciones formativas, no sólo deben pensarse en el ámbito de la educación formal, sino además en el escenario de planes de capacitación y fortalecimiento técnico de los equipos profesionales, de todas las entidades, de manera permanente y sostenida, y considerar no sólo acciones que permitan a las y los participantes contar con herramientas para el abordaje especializado de los espacios de intervención, sino la propia desnaturalización y cuestionamiento de los estereotipos de género que pueden atravesar su comprensión sobre el fenómeno a nivel subjetivo e impactar su accionar institucionalmente.
- **Los profesionales de las ciencias sociales y humanas, así como las de las ciencias de la salud deberán ser capacitados en la incorporación del enfoque de género en el campo de la prevención del abuso de sustancias psicoactivas, la promoción de la salud y la mitigación de la enfermedad.**
- Los programas de género y drogas destinados a investigadores, docentes y estudiantes de estas áreas del saber pueden coadyuvar a ampliar el conocimiento tanto



en el campo de la salud, la prevención selectiva como las adicciones.

- El diseño y la activación de rutas de consumo de sustancias psicoactivas deben activar, de manera preventiva, las rutas de violencias basadas en género, por lo que las y los profesionales deben contar con guías, instrumentos o protocolos estandarizados de actuación que permitan iniciar de manera oportuna y efectiva las rutas de atención, las acciones de derivación de los casos y las articulaciones intersectoriales que correspondan.

Y, por supuesto:

- ***Una de las evidencias más significativas sobre las tendencias de consumo es que la brecha tanto de la edad de inicio, los tipos de drogas y la dependencia entre hombres y mujeres adolescentes y jóvenes es cada vez más estrecha. Desarrollar políticas públicas, estrategias y programas preventivos que aborden esta situación desde la infancia puede coadyuvar no sólo a que la brecha se distancie, sino a que se reduzcan los riesgos asociados al consumo futuro. Esto exige que estas políticas aborden estrategias diferenciales entre hombres y mujeres, con enfoques idóneos para el desarrollo de programas específicos y sensibles al género.***

- En términos de contenidos se evidencia en el análisis que las políticas públicas, estrategias o programas preventivos para mujeres que incluyen temas como: 1) La potenciación de la supervisión familiar y el apoyo familiar; 2) El refuerzo de la conexión de las mujeres con la institución educativa o las instituciones distritales; 3) La presentación de modelos de roles femeninos positivos; 4) La priorización a la adquisición de habilidades para la vida como un componente básico de los programas; y 5) El favorecimiento de

intervenciones tempranas, incluyendo rutas y haciendo énfasis en el carácter preventivo y no punitivo de estas; pueden ser más exitosas que aquellas que abordan otros ejes temáticos. Es necesario adicionalmente que los contenidos consideren asuntos relacionados de manera específica con la desnaturalización de los roles y estereotipos de género, toda vez que la priorización de temas de acompañamiento preventivo para las mujeres no puede hacerse sobre la base de profundizar narrativas tradicionales sobre el género y sobre el lugar de subordinación de las mujeres dentro de las relaciones de poder.

- ***Existen etapas de la vida que incrementan el nivel de riesgo de las mujeres por el incremento de la disponibilidad de uso de drogas. Por ejemplo, el paso de 7mo grado a 8vo grado es un momento crucial, de la misma manera que el paso de la educación secundaria a la educación superior o la incorporación al mundo laboral. En estos puntos de inflexión los programas preventivos deben dirigirse a las mujeres con una mayor intensidad y disponibilidad.***

- Las estrategias de carácter informativo deben enfatizar los efectos al corto plazo del consumo de sustancias psicoactivas y deben ser diferenciales para hombres y mujeres. Las consecuencias psicosociales a corto plazo suelen ser más efectivas que los efectos derivados a largo plazo del consumo sobre la salud.
- Los modelos referenciales de género son importantes para este tipo de políticas. La promoción de programas estandarizados suele ir vinculada a los roles masculinos asignados y esto puede derivar en una imitación de las mujeres de las conductas masculinas que tienen una mayor tendencia a la asunción de riesgos y a descuidar la salud. Por tanto, hacer énfasis

en que la equidad se logra alcanzando la autonomía y la capacidad de desarrollar proyectos personales no imitativos de la masculinidad puede ser más efectivo. De igual modo, estos programas deben dar la oportunidad a los hombres de cuestionar el mantenimiento de los viejos estereotipos de la masculinidad, incluyendo la oportunidad de mantener una vida con conductas saludables y distanciarse de los círculos que inducen al consumo de drogas.

- La industria de la publicidad, especialmente la que promociona el tabaco y principalmente la del alcohol, ha generado estrategias novedosas de comunicación de marca orientadas a las mujeres blancas occidentales, empoderadas e independientes, y aparentemente distantes de los estereotipos de género. No obstante, las políticas públicas deben también orientarse en contrarrestar esta manipulación mediática, neutralizando los mensajes que refuerzan a las mujeres como público objetivo de consumo de alcohol y tabaco.
- Atender a las similitudes, diferencias y desigualdades de riesgo en las motivaciones de inicio y permanencia, en los factores de riesgo y de protección y su diferente impacto en hombres y mujeres, en los patrones de consumo y en los efectos y consecuencias del uso y abuso de drogas garantiza la prevención.

- ***El patriarcado como institución social es un factor de riesgo para las mujeres que ha invisibilizado sus consumos, ha incrementado la estigmatización y penalización dirigida, y ha excluido en recursos y servicios a las mujeres y a las personas no binarias. Por tanto, visibilizar los consumos, reducir los estigmas y los enfoques punitivos de atención, y orientar servicios y recursos hacia las mujeres y personas no binarias específicamente es una manera de reducir este factor de riesgo.***



- Las estructuras de los servicios deben ser adaptadas a las necesidades de las mujeres y de las personas no binarias. Estas suelen ser estructuras masculinizadas. La ideación de espacios que garanticen la seguridad es fundamental, pues la percepción de seguridad refuerza la permanencia en espacios preventivos.
- La perspectiva de derechos o los enfoques basados en derechos, así como los modelos de enfoque diferencial de derechos, al incorporarse, vinculan las políticas y los programas de atención a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
- Las intervenciones deben tomar en cuenta la forma en que mujeres y hombres administran su tiempo, la carga de trabajo doméstico y de trabajo remunerado.

Recomendaciones de la mesa técnica para una nueva política distrital de drogas con enfoque de género:

La mesa técnica recomienda:

- Realizar procesos de fortalecimiento al talento humano de manera intersectorial.
- Articular a la academia en la producción de conocimiento donde no se cuente con información suficiente para actuar basados en evidencia.
- Incrementar la socialización del enfoque de género al interior de las instituciones del Estado y con la comunidad.
- Incorporar la dimensión psicosocial relacionada con malestares de las mujeres y su influencia en las formas específicas de consumo.
- Posicionar el enfoque de género y la política con los tomadores de decisiones de las instituciones del Distrito Capital.
- Basar en evidencia todas las acciones e intervenciones.
- Contar con un procedimiento de seguimiento y monitoreo.

- Asignar recursos específicos que obedezcan a metas específicas.
- Ampliar los programas de base comunitaria.
- Incorporar el enfoque de diversidades al enfoque de género.
- Cambiar la perspectiva punitiva y la patologización de los consumidores de sustancia psicoactivas.
- Construir e implementar la política pública intersectorialmente.
- Trabajar bajo el modelo de acción sin daño.

Así mismo, la mesa técnica considera como recomendación tener en cuenta los principales retos para incorporar el enfoque de género en la política de drogas del Distrito. Estos son:

- Garantizar recursos económicos y humanos específicos para implementar la política.
- La desarticulación entre Estado, academia, operadores y la comunidad.
- El posicionamiento de la agenda de género en el plan de desarrollo y en los planes de acción territoriales.
- Cambiar el paradigma del enfoque salud/enfermedad como el predominante para entender y abordar el consumo de sustancias psicoactivas de las mujeres y las personas con orientación sexual diversa.
- El reconocimiento de la importancia del enfoque de género por parte de los tomadores de decisiones.
- Fortalecer las capacidades de las y los funcionarios.
- Ajustar los sistemas de información para que exista interoperabilidad y se aplique el enfoque de género en relación con el monitoreo y evaluación de su cumplimiento.
- Garantizar la sostenibilidad del enfoque.
- Lograr que el enfoque se traduzca en acciones puntuales.
- Eliminar los prejuicios.
- Transformar los imaginarios negativos alrededor del consumo.
- Posicionar la política pública de drogas en todas las estrategias.
- Trabajar en redes.



Índice de gráficos y tablas



Índice de gráficos

- **Gráfico 1.** 70
Ingresos al Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según departamento
- **Gráfico 2.** 71
Ingresos al Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según sexo
- **Gráfico 3.** 71
Principales cinco sustancias que motivan el tratamiento
- **Gráfico 4.** 71
Comparativo de ingresos al Sistema basado en centros y/o servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, según sexo y principales sustancias que motivaron tratamiento
- **Gráfico 5.** 89
Nube de palabras
- **Gráfico 6.** 90
Práctica discursiva global de la mesa técnica

Índice de tablas

- **Tabla 1.** 11
¿Qué es y qué no es el enfoque de género en el ámbito de las drogas?
- **Tabla 2.** 29
¿Qué es y qué no es un indicador de género?
- **Tabla 3.** 30
Indicadores cuantitativos, cualitativos y mixtos
- **Tabla 4.** 32
Indicadores de género sobre población
- **Tabla 5.** 32
Indicadores de género sobre hogar y familia
- **Tabla 6.** 33
Indicadores de género sobre educación
- **Tabla 7.** 33
Indicadores de género sobre violencia contra la mujer
- **Tabla 8.** 45
Brecha de género por país y región
- **Tabla 9.** 46
Brecha de género – Latinoamérica y el Caribe
- **Tabla 10.** 68
Frecuencia del consumo de basuco y edad de inicio de consumo por sexo



Referencias bibliográficas



- **Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2022.**
- **Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C.**
<http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-bogota.pdf>
- **Asamblea general de las Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo sostenible, 2015**
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- **AWID. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica.**
Tomado de: https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf
- **Benedicto, Clara. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(134), 607-625. E pub 01 de febrero de 2021.**
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>
- **Burgos, Oriols & Amatller. (2020). Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas. España: Proyecto MALVA.**
Tomado de: <http://fileserv.idpc.net/library/Libroto-DrogasGenero-Malva-2020.pdf>
- **Cantos & Molina. (2017). Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género. España: Fundación Atenea.**
- **Cantos, R. (2016). Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. España: Fundación Atenea.**
- **Castaño, V. (2012). Las hermanas caídas: roles de género en el consumo de alcohol y drogas en mujeres presas. España: Fundación Atenea.**
- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Violencias contra personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. EE. UU: OEA.**
Tomado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
- **Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Reconocimiento de derechos de personas LGBTI en las Américas. EE. UU: OEA.**
Tomado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>
- **Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas (CICAD), Estrategia Hemisférica sobre Drogas, 2020.**
http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Estrategia_Hemisferica_sobre_Drogas_OEA_ESP.pdf
- **Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas (CICAD), Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021 - 2025.**
http://www.cicad.oas.org/Main/AboutCICAD/BasicDocuments/Plan_de_Accion_Hemisferico_sobre_Drogas_2021-2025_ESP.pdf
- **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Políticas sobre Drogas y Perspectiva de Género en las Américas, 2019.**
http://www.cicad.oas.org/mem/Reports/7/Full_Eval/MEM-Gender_Report-ESP.pdf

- Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital (2021). Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020 – 2030. Bogotá. https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-03/documentos/doc_conpes_d.c_14_ppmyeg_1.pdf
- COPOLAD. (2022). Mujeres y políticas de drogas. Informe de situación en América Latina y el Caribe, avances y prioridades a futuro. España: COPOLAD, Junta Nacional de Drogas (JND). http://copolad.eu/wp-content/uploads/2022/06/MUJERES_Y_POLITICAS_DROGAS.pdf
- Diputación de Alicante. (2012). Género y Drogas, Guía Informativa. España: Área de Igualdad y Juventud.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction. (2020). Norway. Norway Country Drug Report 2019. EU: EMCDDA.
- Government Offices of Sweden, Ministry of Health, and Social Affairs. 2015. Swedish drug policy – a balanced policy based on health and human rights. Swedish: MHSA.
- GPDPD. (2020). Why does gender matter in drug policy? Alemania: Global Partnership on Drug Policies and Development.
- GPDPD. (2020a). Las mujeres y el cultivo ilícito. Alemania: Global Partnership on Drug Policies and Development.
- Guðmundsdóttir, Á. (1997b). La autoimagen y la situación social de las mujeres alcohólicas: implicaciones para el tratamiento. Investigación europea sobre adicciones . 3 (1), 3-10 Karger AG. Doi: 10.1159/000259141.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. Multilateral Evaluation Mechanism (MEM). (2019). Políticas sobre drogas y perspectiva de género en las Américas: Hallazgos de los informes nacionales de la séptima ronda del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM). Canadá: OEA-CICAD.
- Kristjansson, Mann, Sigfusson, Thorisdottir, Allegrante & Sigfusdottir, 2020a. Implementación del Modelo Islandés para la Prevención del Uso de Sustancias. EE.UU: Planeth Youth.
- Kristjansson, Mann, Sigfusson, Thorisdottir, Allegrante & Sigfusdottir, 2020b. Principios directrices y desarrollo del modelo islandés para la prevención del uso de sustancias. EE.UU: Planeth Youth.
- Kruttschnitt, C. & Savolainen, J. Ages of Chivalry, Places of Paternalism: Gender and Criminal Sentencing in Finland. EU: European Journal of Criminology 2009 6: 225. DOI: 10.1177/1477370809102166
- Lamas, Marta. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril, p. 0. Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México.
- Maffia, Colace & Lerena. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Martínez-Belloch, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. Anuario de Psicología. Vol. 32, N° 2, p.p. 253-266. Universidad de Barcelona.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas, 2019. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. Ruta Futuro: Política Integral para Enfrentar



el Problema de las Drogas, 2018.

http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/POLITICA_RUTA_FUTURO_ODC.pdf

- **Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Orientaciones para eliminar el estigma y la discriminación, hacia personas que consumen sustancias psicoactivas, con enfoque de género y población LGBTI. Colombia MINSALUD.** Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psycoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf>
- **Ministerio de Salud y Protección Social. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019.** <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
- **Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental, 2018.** <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- **Naciones Unidas (2016). Documento final del periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las Drogas, 2016.** <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
- **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). Mujeres y drogas: consumo de drogas, oferta de drogas y sus consecuencias. Viena.** https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_5_WOMEN.pdf
- **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2021). Informe Mundial de Drogas 2021. Viena.** http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/WDR21_Booklet_5.pdf
- **ONU Mujeres; Consejería Presidencial para la Equidad de la mujer % Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020). Mujeres y Hombres: Brechas de género en Colombia.** Colombia: https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres_y_hombres_brechas_de_genero.pdf
- **Olivares-Ferreto, E. & Incháustegui-Romero, T. (2011). Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de género. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres.**
- **Organización Mundial de la Salud. (1947). Constitución.** Tomado de: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- **Pérez, Utrera & Lopera. (2014). Influencia del autoestigma o estigma internalizado en el funcionamiento social y apoyo social en pacientes con enfermedades mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental.** Revista Nure Investigación N° 12., Sep-Oct.
- **RIOD. (2021). Perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones.** Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral. España: Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones.
- **UNODC. (2010). Treatnet. Reducing the harm of drug use and dependence. Viena.** https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.VoID_Topic4_Harm_Reduction.pdf
- **UNODC. (2019). Women and Drugs. Drug use, drug supply, and their consequences. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.**

- **UNODC. (2020). Drogas y género: de la teoría a la inclusión. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.**
- **UNODC & ICBF. (2020). Guía para la formulación de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal SRPA. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.**
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/guia_prevenccion_uso_sustancias psicoactivas_-_19_de_agosto.pdf
- **UNODC. (2021). La prevención y sensibilización en temas LGBTIQ+ promueven una Justicia sin Discriminación.** Tomado de: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020_05_Breach/2021_06_08_la-prevencion-y-sensibilizacion-en-temas-lgbtq-promueven-una-justiciasindiscriminacion.html
- **UNODC. (2021). World Drugs Report. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.**
- **UNODC. (2022). World Drugs Report. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.**
<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- **UNODC. (2023). World Drugs Report. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.**
<https://www.unodc.org/unodc/en/dataand-analysis/world-drug-report-2023.html>
- **UNODC/UNOV. (2022). Strategy for gender equality and womens empowerment 2022-2026. Vienna: UNODC/UNOV.**
https://www.unodc.org/documents/Gender/Gender_Strategy_2/22-03522_Gender_Strategy_ebook.pdf
- **Uprimny, Rodrigo; Martínez, Margarita; Cruz, Luis; Chaparro, Hernández; & Chaparro, Nina. (2016). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Colombia: Dejusticia; WOLA; OPEN SOCIETY FOUNDATIONS.**
- **Villar Márquez, Eliana (2014). Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Consorcio COPOLAD, Madrid, 2014.**
- **WEF. (2021). Global Gender Gap Report. Insight Report. March 2021. USA: World Economic Forum.**



SECRETARÍA DE
LA MUJER



UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito