



# Asamblea General

Distr. general  
4 de septiembre de 2015  
Español  
Original: inglés

---

## Consejo de Derechos Humanos

30° período de sesiones

Temas 2 y 8 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del  
Alto Comisionado y del Secretario General**

**Seguimiento y aplicación de la Declaración y el Programa  
de Acción de Viena**

## **Estudio sobre las repercusiones del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos**

**Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los  
Derechos Humanos\***

### *Resumen*

En su resolución 28/28, el Consejo de Derechos Humanos solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparara un estudio, en consulta con los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, que se presentaría al Consejo de Derechos Humanos en su 30° período de sesiones, sobre las repercusiones del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos, y recomendaciones sobre el respeto y la protección y promoción de los derechos humanos en el contexto del problema mundial de las drogas, con especial atención a las necesidades de las personas afectadas y las personas en situación de vulnerabilidad. El presente informe se elaboró atendiendo a la solicitud del Consejo.

---

\* Documento presentado con retraso.



## I. Introducción

1. En su resolución 28/28, el Consejo de Derechos Humanos solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparara un estudio, en consulta con los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y otras partes interesadas, que se presentaría al Consejo de Derechos Humanos en su 30º período de sesiones, sobre las repercusiones del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos, y recomendaciones sobre el respeto y la protección y promoción de los derechos humanos en el contexto del problema mundial de las drogas, con especial atención a las necesidades de las personas afectadas y las personas en situación de vulnerabilidad.

2. Se solicitó información a los Estados y otras partes interesadas. Se recibieron comunicaciones de 24 Estados, 4 organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, 4 instituciones nacionales de derechos humanos y 35 organizaciones no gubernamentales<sup>1</sup>.

3. Tres tratados conforman el marco jurídico básico del régimen de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas: a) la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, que sometió a fiscalización internacional plantas como el cannabis, el arbusto de coca y la adormidera; b) el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, que hizo lo propio con las sustancias sintéticas y las sustancias químicas precursoras utilizadas en la fabricación de drogas; y c) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, que amplió el ámbito de la actividad policial internacional contra el tráfico de drogas y destacó el vínculo entre este y la delincuencia organizada (véase el art. 3, párr. 5). En virtud de esos tratados, cientos de sustancias ilícitas están sometidas a fiscalización internacional, con lo que se penalizan prácticamente todos los aspectos de la producción y distribución no autorizadas de esas sustancias, aunque se permite su producción, distribución y posesión con fines médicos o científicos<sup>2</sup>. Si bien no se tratan específicamente los derechos humanos en estos tratados, el objetivo primordial del régimen de fiscalización internacional de drogas, como se enuncia en el preámbulo de la Convención de 1961, es la protección de la salud y el bienestar públicos.

4. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes supervisa la aplicación de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas. Vigila la producción y el comercio de drogas ilícitas y el acceso con fines científicos y medicinales a las sustancias sujetas a fiscalización, e investiga a los Estados que no cumplen las condiciones impuestas por los tratados. La Comisión de Estupefacientes clasifica los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas según distintos niveles de restricción; también se desempeña como órgano rector en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y aprueba el presupuesto del Fondo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas.

5. En su resolución 69/201, la Asamblea General reafirmó que el problema mundial de las drogas debe encararse de plena conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y respetando plenamente todos los derechos humanos. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 51/12, instó a promover los derechos humanos en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas, y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha declarado que deben tenerse en cuenta los derechos humanos a la hora de interpretar las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El Relator Especial sobre el derecho de toda

<sup>1</sup> Las comunicaciones pueden consultarse en [www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx](http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx).

<sup>2</sup> Véase la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, art. 2, párr. 5.

persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha sostenido que cuando el régimen de fiscalización internacional de drogas entre en conflicto con el derecho internacional de los derechos humanos, deberán prevalecer las obligaciones en materia de derechos humanos (véase A/65/255, párr. 10).

## II. Derecho a la salud

### A. Acceso a tratamiento médico

6. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho a la salud. En virtud de los artículos 2, párrafo 2, y 3 del Pacto, los Estados tienen la obligación de garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna, lo que implica que se reconoce ese derecho también a los consumidores de drogas.

7. El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha subrayado la distinción entre la drogodependencia y el consumo de drogas. La drogodependencia es un trastorno crónico recurrente que debe tratarse médicamente mediante un enfoque biopsicosocial, mientras que el consumo de drogas no es un problema de salud ni conduce necesariamente a la drogodependencia. Las personas que consumen drogas y las personas drogodependientes poseen el mismo derecho a la salud que el resto de la población, y sus derechos no pueden restringirse, aunque el consumo de estupefacientes constituya un delito (véase A/65/255, párr. 7). El Relator Especial ha observado que se aplican las mismas normas éticas al tratamiento de la drogodependencia que al de otros estados de salud, en particular en lo que respecta al derecho de los pacientes a tomar decisiones sobre el tratamiento y a negarse a recibir tratamiento.

8. El Relator Especial ha subrayado que el personal de atención de la salud tiene la obligación de ofrecer los tratamientos sin discriminar ni estigmatizar a los pacientes ni violar sus derechos humanos. No obstante, los consumidores de drogas pueden ser objeto de discriminación en los centros de atención de salud. Por ejemplo, es posible que en algunos países se proporcione un peor acceso a la atención de la salud a los consumidores de drogas por vía intravenosa, en particular para el tratamiento del VIH/SIDA. Esto puede deberse a que los proveedores de atención de salud imponen restricciones injustificadas a la prestación de atención de salud a los consumidores de drogas por vía intravenosa<sup>3</sup>. El Relator Especial observó que los proveedores de atención de salud pueden carecer de la información o la formación adecuadas relativas a las medidas para la reducción del daño (véase A/65/255, párr. 46). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que se imparta formación a los trabajadores sanitarios sobre estigmatización y no discriminación para lograr mejores resultados en materia de salud<sup>4</sup>.

9. En ocasiones se ha denegado el acceso a tratamiento médico a algunas personas por ser o haber sido consumidoras de drogas, aunque los indicios existentes a este respecto no justifican la denegación de tratamiento. Esta denegación se ha producido por considerarse que el consumo de drogas les impediría seguir un tratamiento. El Relator Especial observa que el cumplimiento del tratamiento médico no es

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users* (2012), pág. 26.

<sup>4</sup> OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (julio de 2014), págs. 96 a 99.

necesariamente menor entre las personas que consumen drogas y debe evaluarse de manera individual (véase A/65/255, párrs. 23 y 24).

10. Los programas de divulgación son útiles para que a los consumidores de drogas se les proporcione información y se los remita a los servicios de salud de la comunidad. Los programas de información y educación pueden reducir el daño de las personas que consumen drogas y alentar a los drogodependientes a someterse a tratamiento<sup>5</sup>.

## B. Reducción del daño

11. Las iniciativas orientadas a la reducción del daño tienen por objeto reducir los perjuicios asociados al uso de sustancias psicoactivas sin desaconsejar necesariamente su consumo. Figuran entre ellas programas de distribución de agujas y jeringuillas, la prescripción de medicamentos sustitutivos, las salas habilitadas para el consumo de drogas, la promoción de vías sustitutivas de la administración intravenosa, las prácticas para prevenir la sobredosis y los programas de divulgación y educación (véase A/65/255, párr. 50). Las personas que consumen drogas por vía intravenosa corren un mayor riesgo de contraer el VIH, las hepatitis B y C<sup>6</sup> y la tuberculosis<sup>7</sup>.

12. Tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>8</sup> como el Comité de los Derechos del Niño<sup>9</sup> y el Relator Especial sobre el derecho a la salud han determinado que la aplicación de un enfoque de reducción del daño es esencial para las personas que consumen drogas. La OMS, la UNODC y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) promueven la reducción del daño de los consumidores de drogas por vía intravenosa<sup>10</sup>. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha apoyado la reducción del daño y el Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 12/27, reconoció la necesidad de ejecutar programas de reducción del daño.

13. Los programas de distribución de agujas y jeringuillas, consistentes en facilitar material esterilizado para inyecciones a los consumidores de drogas por vía intravenosa, han recibido el respaldo de la OMS, que señala que reducen notablemente la infección por el VIH de manera rentable y sin consecuencias negativas de importancia<sup>11</sup>. A través de estos programas se eliminan las jeringuillas contaminadas, lo que reduce el riesgo de transmisión del VIH y de otras enfermedades de transmisión sanguínea, como las hepatitis virales, en particular las hepatitis B y C (véase A/65/255, párr. 51)<sup>12</sup>.

14. La terapia de sustitución de opioides<sup>13</sup> es un enfoque basado en hechos comprobados consistente en la prescripción de medicamentos como la metadona o la

<sup>5</sup> Comunicación del Relator Especial al Comité contra la Tortura (19 de octubre de 2012, pág. 6). Disponible en [www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf).

<sup>6</sup> OMS, *Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs*, reseña (julio de 2012).

<sup>7</sup> Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2012*.

<sup>8</sup> Véanse E/C.12/RUS/CO/5, E/C.12/ZAZ/CO/1, E/C.12/EST/CO/2 y E/C.12/UKR/CO/5.

<sup>9</sup> Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

<sup>10</sup> OMS, UNODC y ONUSIDA, *Technical Guide*, págs. 10 a 26.

<sup>11</sup> OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Ginebra, 2004), pág. 28; y OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 4.

<sup>12</sup> OMS, "Four ways to reduce hepatitis infections in people who use drugs" (21 de julio de 2012); y ONUSIDA, *"The Gap Report"* (Ginebra, 2014), pág. 173.

<sup>13</sup> La terapia de sustitución de opioides se conoce también como tratamiento de mantenimiento con opioides, tratamiento de mantenimiento con opioides agonistas o tratamiento con medicación, de acuerdo con la OMS.

buprenorfina para tratar la dependencia de los opioides. Esta terapia reduce el consumo de drogas por vía intravenosa y el uso compartido del material para inyectarlas, por lo que disminuye el riesgo de contraer el VIH y otros virus transmitidos a través de la sangre, y es eficaz para controlar el síndrome de abstinencia de los opioides y prevenir una recaída en el consumo de drogas (véase A/65/255, párr. 52). La OMS ha recomendado que se ofrezca y dé acceso a la terapia de sustitución de opioides a todas las personas de poblaciones clave que sean dependientes de los opioides<sup>14</sup>.

15. Las sobredosis de droga, la mayoría provocadas por opioides, son la causa principal de los fallecimientos relacionados con las drogas. La terapia de sustitución de opioides reduce el consumo de drogas por vía intravenosa, así como las sobredosis, en casi un 90%<sup>15</sup>. El Relator Especial sobre el derecho a la salud y la OMS han subrayado que la formación en primeros auxilios para la administración de naloxona, que contrarresta los efectos de la sobredosis de opioides, puede prevenir muertes relacionadas con la sobredosis y reducir los daños conexos (véase A/65/255, párr. 54)<sup>16</sup>.

16. Facilitar el acceso de los consumidores a salas habilitadas para el consumo de drogas puede contribuir a prevenir la transmisión de enfermedades y reducir los daños en las venas, así como alentar a los usuarios a seguir un tratamiento y utilizar otros servicios. Este tipo de salas ha contribuido a reducir los índices de sobredosis y a aumentar el acceso a los servicios médicos y sociales (véase A/65/255, párr. 54).

17. En 2014, 90 países contaban con programas de distribución de agujas y jeringuillas y 80 disponían de la terapia de sustitución de opioides. Sin embargo, se ha confirmado que 68 países en los que se consumen drogas por vía intravenosa carecen de programas de distribución de agujas y jeringuillas. Ese mismo año, se informó de la existencia de 88 salas habilitadas para el consumo de drogas en todo el mundo, de las cuales solo 2 se encontraban fuera de Europa, una en Australia y otra en el Canadá<sup>17</sup>.

18. La falta de programas de distribución de agujas y jeringuillas, en particular, repercute directamente en la propagación del VIH. Los consumidores de drogas por vía intravenosa representan aproximadamente el 10% de todos los nuevos casos de infección por el VIH y hasta el 30% fuera del África Subsahariana. Se estima que, en todo el mundo, 12,19 millones de personas consumen drogas por vía intravenosa, de las cuales 1,65 millones viven con el VIH<sup>18</sup>. La OMS ha calculado, basándose en datos de 49 países, que la media del riesgo de infección por el VIH es 22 veces mayor entre los consumidores de drogas por vía intravenosa que entre la población general; en 11 de esos países, el riesgo es por lo menos 50 veces más elevado<sup>19</sup>.

19. Una de las ventajas de los programas de reducción del daño es el aumento de la participación en programas de tratamiento del VIH/SIDA (véase A/65/255, párr. 57). La UNODC, la OMS y el ONUSIDA han recomendado que se integre un conjunto amplio de medidas de reducción del daño en los programas nacionales de lucha contra el sida, tanto para la prevención del VIH como para apoyar la participación en programas de terapia antirretroviral y el seguimiento médico de las personas que consumen drogas<sup>20</sup>.

<sup>14</sup> OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 4.

<sup>15</sup> OMS, *Community Management of Opioid Overdose* (Ginebra, 2014), pág. 3.

<sup>16</sup> OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 4.

<sup>17</sup> Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014*.

<sup>18</sup> UNODC, *World Drug Report 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.15.XI.6), pág. ix.

<sup>19</sup> OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 5.

<sup>20</sup> OMS, UNODC y ONUSIDA, *Technical Guide*, págs. 10 a 21.

20. En un estudio se compararon países que de forma sistemática y general adoptaban enfoques basados en la reducción del daño sin enfoques punitivos con países que se oponían tenazmente a los programas de reducción del daño y adoptaban enfoques punitivos. Se determinó que en Australia, Alemania, Suiza y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la incidencia del VIH entre los consumidores de droga por vía intravenosa era inferior al 5%, mientras que en la Federación de Rusia y Tailandia era superior al 35%<sup>21</sup>.

### C. La atención de la salud en las cárceles

21. Se ha documentado sistemáticamente que el consumo de drogas, entre otras formas por vía intravenosa, ocurre en las cárceles de todo el mundo. Las altas tasas de uso compartido del material de inyección provocan un elevado riesgo de transmisión del VIH en las cárceles. Las personas que se encuentran en situaciones de privación de libertad tienen derecho, sin discriminación alguna, a los mismos niveles de atención de la salud que las personas que viven en libertad, en particular con respecto a la prevención, la reducción de daños y la terapia antirretroviral. La continuidad de la atención es fundamental para las personas que ingresan en los lugares de detención y que han estado recibiendo tratamientos de sustitución de opioides y terapias antirretrovirales o tratamientos de la tuberculosis, dado que la interrupción de dichos tratamientos tiene graves consecuencias para la salud<sup>22</sup>.

22. El Relator Especial sobre el derecho a la salud declaró que si se facilitan programas de reducción del daño y tratamientos basados en hechos comprobados al público en general, pero no a las personas privadas de libertad, se contraviene el derecho a la salud. Ahora bien, en 2014, aunque la terapia de sustitución de opioides estaba disponible en 80 países, solo 43 la proporcionaron. El Relator Especial también ha sostenido que, para cumplir los objetivos en materia de salud pública, habida cuenta de los riesgos sustancialmente superiores para la salud que entraña el encarcelamiento, se deben ejecutar programas de reducción del daño y a los drogodependientes se les debe proporcionar tratamiento, incluso cuando estos servicios no se ofrecen aún en la comunidad (véase A/65/255, párr. 60).

23. Las medidas de protección de la salud, incluidas las de reducción del daño, son eficaces en las cárceles, y en todas las instituciones penitenciarias se necesitan urgentemente programas de tratamiento para las personas que consumen drogas<sup>23</sup>. También se ha observado que el tratamiento de la drogodependencia es muy eficaz para reducir la delincuencia, ya que el tratamiento y atención dentro de la prisión, o como alternativas a la reclusión, reducen las tasas de recaída, transmisión del VIH y reincidencia en el delito<sup>24</sup>.

### D. Obstáculos al logro del derecho a la salud

24. El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha señalado que los consumidores de drogas en los Estados que penalizan el consumo de drogas quizá eviten solicitar atención médica por temor a que la información sobre su consumo de drogas se

<sup>21</sup> Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *Riesgos, derechos y salud* (Nueva York, julio de 2012); y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy* (junio de 2015), pág. 19.

<sup>22</sup> OMS, UNODC y ONUSIDA, *Technical Guide*, pág. 26; y OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 5.

<sup>23</sup> Oficina Regional de la OMS para Europa, *The Madrid Recommendation: Health Protection in Prisons as an Essential Part of Public Health* (Copenhague, 2010), págs. 3 y 4.

<sup>24</sup> UNODC y OMS, "Principles of drug dependence treatment", documento de debate (2008), pág. 14.

comparta con las autoridades, lo que podría dar lugar a su detención y encarcelamiento o a que deban seguir un tratamiento en contra de su voluntad. La utilización de registros en los que se anota qué personas consumen drogas puede disuadir a esas personas de buscar tratamiento, sobre todo teniendo en cuenta que en los Estados que mantienen esos registros con frecuencia se han documentado vulneraciones del derecho de confidencialidad de la información relativa a los pacientes (véanse A/65/255, párr. 20, y A/64/272, párr. 23).

25. El Relator Especial ha observado que la penalización de la posesión y el consumo de drogas ha dado lugar a formas riesgosas del consumo de estas encaminadas a eludir las prohibiciones penales, lo que, a su vez, ha causado un aumento de los riesgos para la salud de los consumidores de drogas. Entre las formas riesgosas de consumo de drogas cabe mencionar el intercambio de jeringuillas y material para inyectarse, el inyectarse de manera apresurada o arriesgada y el consumo de drogas en lugares inseguros. Preparar las drogas de manera apresurada para evitar ser detectado por las fuerzas del orden puede incrementar el riesgo de sobredosis, accidentes vasculares e infecciones. El Relator Especial ha observado que la penalización del consumo y la posesión de drogas puede contribuir a que los consumidores de drogas corran un mayor riesgo de contraer enfermedades, como la infección por el VIH (véase A/65/255, párrs. 25 y 26).

26. El Relator Especial ha señalado que estos riesgos pueden verse agravados por la renuencia de los consumidores de droga, por temor a ser detenidos, a pedir asistencia sanitaria en la preparación e inyección de la droga. Observó que la penalización del uso de drogas aumenta el riesgo de que estas se contaminen con sustancias perjudiciales o incluso letales (véase A/65/255, párrs. 25 y 26). Añadió que la penalización de la difusión de información, en particular sobre las prácticas seguras en relación con el consumo de drogas y la reducción del daño, no es compatible con el derecho a la salud, ya que limita la capacidad de las personas para tomar decisiones fundamentadas sobre su salud<sup>25</sup>.

27. El Relator Especial ha observado que algunos Estados que se oponen a las medidas de reducción del daño han tipificado como delito la posesión de agujas, jeringuillas y otros accesorios para el consumo de drogas<sup>26</sup>, en contravención de las *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*<sup>27</sup>. Por temor a ser detenidas y sancionadas penalmente, las personas tal vez no acudan a los programas de distribución de agujas y jeringuillas ni dispongan de material estéril, lo que aumenta la posibilidad de que utilicen material no esterilizado y se transmitan enfermedades. La legislación que penaliza a las personas que poseen ese material, entre ellas los trabajadores de divulgación, obstaculiza la lucha contra el VIH<sup>28</sup>. La promoción del uso y la distribución de metadona, que se utiliza en la terapia de sustitución de opioides, es un delito penal en algunos países<sup>29</sup>.

28. La OMS ha recomendado la despenalización del consumo de drogas, incluido el consumo de drogas por vía intravenosa, ya que ello podría desempeñar una función decisiva en la aplicación de sus recomendaciones sobre las intervenciones en el sector de la salud, incluidas la reducción del daño y el tratamiento y la atención de los consumidores de drogas<sup>30</sup>. El ONUSIDA también ha recomendado la despenalización

<sup>25</sup> Comunicación del Relator Especial al Comité contra la Tortura (19 de octubre de 2012), pág. 6.

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.06.XIV.4, pág. 30.

<sup>28</sup> OMS, UNODC y ONUSIDA, "Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission", reseña (2004), pág. 2.

<sup>29</sup> Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014*.

<sup>30</sup> OMS, *Consolidated Guidelines*, pág. 91.

del consumo de drogas como forma de reducir el número de infecciones por el VIH y tratar el sida<sup>31</sup>.

29. El Relator Especial ha precisado muchas maneras en las que tipificar como delito el consumo y la posesión de drogas obstaculiza la consecución del derecho a la salud. Ha pedido que se despenalicen el consumo y la posesión de drogas como paso importante para hacer efectivo el derecho a la salud. Además, ha tomado nota de que la despenalización del consumo de drogas no puede equipararse a la legalización. La despenalización entraña que el consumo y la posesión de drogas siguen estando prohibidos legalmente, pero las sanciones penales, si se aplican, son de menor importancia y no son privativas de libertad. En cambio, la legalización implica que no existe prohibición alguna de la conducta en cuestión (véase A/65/255, párr. 62).

30. El Relator Especial ha considerado positiva la despenalización llevada a cabo en Portugal (véase A/65/255, párr. 64). En 2001, se despenalizó la posesión de todas las drogas para uso personal y se tipificó el consumo de drogas como infracción administrativa. Esto se combinó con una intensificación de la respuesta social y de salud pública para asistir a los consumidores de drogas. No se ha producido un aumento significativo en el consumo de drogas en Portugal; de hecho, los indicadores muestran una disminución en ciertos grupos. Entre los efectos positivos cabe citar la eliminación de la estigmatización de los consumidores de drogas y la descongestión del sistema de justicia penal<sup>32</sup>. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha indicado que la despenalización del consumo de drogas en Portugal estaba en consonancia con la Convención de 1988<sup>33</sup>. En total, 22 Estados han adoptado medidas de despenalización de algún tipo, aunque no siempre con el fin de promover la salud pública<sup>34</sup>. El Relator Especial ha indicado que la despenalización debe ir acompañada de una ampliación de los programas de tratamiento de drogas y educación en materia de drogas (véase A/65/255, párr. 67). El 26 de junio de 2015, con ocasión del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, el Secretario General afirmó que se deben considerar alternativas a la condena y el encarcelamiento de las personas que consumen drogas y se debe centrar más la atención en la salud pública, la prevención, el tratamiento y la atención, así como en estrategias económicas, sociales y culturales. Varias organizaciones de la sociedad civil han pedido la despenalización sosteniendo que la penalización constituye un obstáculo importante para las respuestas en el ámbito de la salud pública a los consumidores de drogas y su derecho a la salud<sup>35</sup>.

## E. Acceso a medicamentos esenciales

31. En el preámbulo de la Convención de 1961, se reconoce que la utilización de estupefacientes con fines médicos es indispensable para aliviar el dolor y el sufrimiento. Sin embargo, millones de personas de todo el mundo que necesitan

<sup>31</sup> ONUSIDA, *The Gap Report*, pág. 183.

<sup>32</sup> Comunicación de Portugal. Véase Artur Domoslawski, *Política sobre drogas en Portugal: Beneficios de la descriminalización del consumo de drogas* (Varsovia, Open Society Foundations, 2011).

<sup>33</sup> *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes* correspondiente a 2004, pág. 80.

<sup>34</sup> Ari Rosmarin y Niamh Eastwood, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice across the Globe* (Londres, Release, 2012). Jamaica ha despenalizado el uso del cannabis (véase la Ley por la que se Modifica la Ley de Drogas Peligrosas, 2015, párr. 6, por el que se modifica el artículo 7C).

<sup>35</sup> Comunicaciones de la Global Commission on Drug Policy, págs. 3 a 5; Human Rights Watch, pág. 2; Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, pág. 5; Release, pág. 8; y Women's Harm Reduction International Network, pág. 9.



medicamentos esenciales para controlar el dolor, la toxicomanía y otros problemas de salud suelen encontrar que la disponibilidad es limitada o inexistente. El Relator Especial sobre el derecho a la salud señaló que el acceso a esos medicamentos a menudo es excesivamente restringido por temor a que se desvíen de los usos médicos lícitos a usos ilícitos (véase A/65/255, párr. 41).

32. Restringir el acceso a los opioides afecta no solo a la disponibilidad de la terapia de sustitución de opioides, sino también a tres esferas inconexas en las que el acceso a los medicamentos fiscalizados es esencial: a) la gestión del dolor moderado a intenso, por ejemplo como parte de los cuidados paliativos para las personas con enfermedades que limitan la vida; b) ciertas situaciones de urgencia obstétrica; y c) el control de la epilepsia (véase A/65/255, párr. 42).

33. En su observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirmó que garantizar el acceso a los medicamentos esenciales, incluidos los opioides, es un elemento esencial del derecho a la salud y que los Estados deben cumplir esta obligación independientemente de las limitaciones de recursos. El Relator Especial ha señalado que el acceso a sustancias sujetas a fiscalización es una parte fundamental del derecho a la salud y ha recomendado a los Estados que aumenten el acceso a los medicamentos esenciales sujetos a fiscalización (véase A/65/255, párrs. 40 a 47 y 76).

34. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha señalado sistemáticamente que la disponibilidad de medicamentos esenciales fiscalizados es demasiado limitada en muchos países. En su informe anual de 2014, la Junta observó que unos 5.500 millones de personas, es decir, aproximadamente tres cuartas partes de la población mundial, viven en países en los que el acceso a los medicamentos que contienen estupefacientes es escaso o inexistente y no gozan de un acceso adecuado al tratamiento del dolor moderado a intenso. La Junta también observó que el 17% de la población mundial consume el 92% de la morfina (un opioide), principalmente en América del Norte, Oceanía y Europa occidental. Tanto la Junta como la OMS han reconocido que las normas y las prácticas de fiscalización de drogas innecesariamente restrictivas constituyen un obstáculo importante para el acceso a los medicamentos esenciales fiscalizados<sup>36</sup>.

### III. Derechos relacionados con la justicia penal

#### A. Prohibición de la detención y el arresto arbitrarios

35. Se ha afirmado que, en ocasiones, la policía se dirige específicamente a las zonas de los centros de desintoxicación o a sus alrededores para llevar a cabo detenciones<sup>37</sup>. Estas prácticas pueden estar vinculadas a la manera en que se mide el éxito de la labor de las fuerzas del orden en la lucha contra el consumo de drogas, especialmente cuando se considera que el número de detenciones por consumo de drogas es un indicador de que la aplicación de la ley es satisfactoria. Se ha informado de que en algunos países la policía obtiene la información de la historia clínica de las personas inscritas en centros de tratamiento de la drogodependencia y la utiliza con fines represivos (véase A/65/255, párr. 20)<sup>38</sup>. En algunos países, se ha informado de que la

<sup>36</sup> Véanse el *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014*, párr. 12; y OMS, *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* (Malta, 2011).

<sup>37</sup> Comunicación de Women's Harm Reduction International Network, pág. 4.

<sup>38</sup> Comunicación de Russian Civil Society Mechanism for Monitoring of Drug Policy Reforms in Russia, págs. 5 y 6.

policía detiene específicamente a los consumidores de droga para cumplir cuotas de detención o los acusa por dinero o, en el caso de las mujeres, sexo<sup>39</sup>.

36. El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha llegado a la conclusión de que las personas que consumen drogas están particularmente expuestas al riesgo de detención arbitraria (véanse E/CN.4/1998/44/Add.2, párrs. 81 y 97 a 99, y A/HRC/27/48/Add.3, párrs. 111 a 119). Al parecer, algunos Estados establecen la prisión preventiva automática para las personas detenidas por consumo de drogas, sin examinar las circunstancias de cada caso concreto, aunque la Comisión Interamericana de Derechos Humanos haya declarado que esta práctica es incompatible con los derechos humanos<sup>40</sup>. De conformidad con el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, toda persona detenida o presa a causa de una infracción penal será llevada sin demora ante un juez, lo que el Comité de Derechos Humanos ha interpretado, en el párrafo 33 de su observación general núm. 35 (2014) sobre la libertad y la seguridad personales, en el sentido de unos pocos días desde el momento de la detención. Normalmente, un plazo de 48 horas es suficiente. Se ha informado de personas detenidas por delitos relacionados con las drogas a quienes no se ha inscrito en los registros ni se ha llevado sin demora ante un juez. En algunos Estados, a un detenido sospechoso de haber cometido un delito relacionado con las drogas se lo puede mantener detenido sin cargos durante bastante más tiempo que a una persona detenida por otros delitos<sup>41</sup>.

## B. Prohibición de la tortura y otras formas de malos tratos

37. En algunos Estados, se ha informado de que las personas que consumen drogas son objeto de actos de violencia durante la detención, a menudo como medio de obtener confesiones u información sobre otros consumidores o traficantes de drogas<sup>42</sup>. El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y el Comité de Derechos Humanos han observado que algunos organismos de las fuerzas del orden, a fin de obtener confesiones o información, privan deliberadamente de la terapia de sustitución de opioides a sospechosos drogodependientes detenidos, práctica que han considerado constitutiva de tortura (véanse A/HRC/22/53, párr. 73, A/HRC/13/39/Add.2, párr. 85, y A/68/295, párr. 68). El Relator Especial sobre la cuestión de la tortura considera además que dicha práctica es constitutiva de tortura o malos tratos en determinadas circunstancias, incluso cuando se lleva a cabo sin la intención de obtener información (véase A/HRC/22/53, párr. 74).

## C. Derecho a la vida

38. El artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que en los países en que no se haya abolido la pena capital solo podrá imponerse la pena de muerte por los “más graves delitos”. El Comité de Derechos Humanos ha determinado que los delitos relacionados con las drogas no alcanzan el umbral de los “más graves delitos” (véanse CCPR/C/IDN/CO/1, párr. 10, CCPR/CO/84/THA,

<sup>39</sup> Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *Riesgos, derechos y salud*; y comunicación de la Eurasian Harm Reduction Network, pág. 4.

<sup>40</sup> Comunicación del Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Derechos Humanos y Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, pág. 4; y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas* (2013), párr. 137.

<sup>41</sup> Comunicación del Centro de Estudios Legales y Sociales y otros, págs. 5, 9 y 27.

<sup>42</sup> Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos, *Health and Human Rights Resource Guide* (Universidad de Harvard, 2013), pág. 4.9.

párr. 14, y CCPR/C/SDN/CO/3, párr. 19). El Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura, el Relator Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, el Consejo Económico y Social, la Asamblea General y el Secretario General apoyan esta interpretación (véanse A/HRC/10/44 y Corr.1, párr. 66, A/HRC/4/20, párrs. 51 a 53, y A/HRC/24/18, párr. 24)<sup>43</sup>. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha alentado a los Estados que imponen la pena de muerte a abolirla en el caso de los delitos relacionados con las drogas (véase A/HRC/27/23, párr. 31).

39. No obstante, se ha estimado que 33 países o territorios siguen imponiendo la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas, lo que da lugar a unas 1.000 ejecuciones anualmente<sup>44</sup>. Los delitos relacionados con las drogas representan la mayoría de las ejecuciones llevadas a cabo en algunos países y son castigados obligatoriamente con la muerte en varios Estados (véase E/2015/49 y Corr.1, párr. 72)<sup>45</sup>.

40. Algunas organizaciones de derechos humanos han manifestado que les preocupa que se proporcione financiación y asistencia técnica internacionales para programas de fiscalización de drogas en Estados que mantienen la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas<sup>46</sup>. La UNODC, que se opone a la pena de muerte, ha señalado que si “un país sigue aplicando activamente la pena capital por delitos relacionados con las drogas, la UNODC se sitúa en una posición sumamente vulnerable en lo que concierne a su responsabilidad de respetar los derechos humanos si mantiene su apoyo a las dependencias encargadas de hacer cumplir la ley, los fiscales o los tribunales del sistema de justicia penal”. Observó que “como mínimo, la continuación del apoyo en esas circunstancias puede percibirse como una legitimación de las acciones del gobierno. Si, después de las peticiones de garantías y de intervención política de alto nivel, las ejecuciones por delitos relacionados con las drogas continúan, la UNODC puede verse obligada a congelar o retirar temporalmente su apoyo”<sup>47</sup>. La Unión Europea ha subrayado que las acciones como la asistencia jurídica, financiera o técnica a terceros países no deben contribuir a la aplicación de la pena de muerte, e indicó específicamente que la pena de muerte no se debe imponer por delitos relacionados con la droga<sup>48</sup>.

41. El Relator Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias ha expresado su preocupación por las ejecuciones extrajudiciales de personas en la guerra contra el narcotráfico (véase A/HRC/26/36/Add.1, párr. 8), preocupación expresada también por los Estados y las organizaciones no gubernamentales<sup>49</sup>. La impunidad de las ejecuciones extrajudiciales también es motivo de preocupación en las operaciones destinadas al comercio de drogas. El Relator Especial sobre la cuestión de la tortura ha criticado la ineficacia de las investigaciones y la relativa impunidad de quienes presuntamente han cometido tales violaciones de los derechos humanos, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

<sup>43</sup> Véanse también la resolución 1984/50 del Consejo Económico y Social y la resolución 39/118 de la Asamblea General.

<sup>44</sup> Harm Reduction International, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012*, pág. 5.

<sup>45</sup> Véase también la comunicación de Amnistía Internacional, pág. 2.

<sup>46</sup> Reprieve, Harm Reduction International, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, Transform, Release, Espolea, Drug Policy Alliance, Diogenis, Andrey Rylkov Foundation, Canadian Drug Policy Coalition y Forum Droghe, “INCB report launch and the death penalty for drug offences” (declaración conjunta, 3 de marzo de 2015).

<sup>47</sup> UNODC, “UNODC and the Promotion and Protection of Human Rights” (2012), pág. 10.

<sup>48</sup> Consejo de la Unión Europea, “Directrices de la UE sobre la pena de muerte” (doc. núm. 8416/13, anexo).

<sup>49</sup> Comunicaciones de Suiza; la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, págs. 3 y 4; la Iniciativa Calcula los Costos, pág. 7; y Human Rights Watch, págs. 2 y 3.

ha recalcado la necesidad de que se rindan cuentas por las violaciones manifiestas de los derechos humanos (véanse A/HRC/11/2/Add.2, párrs. 33 y 53, y A/HRC/26/36/Add.1, párrs. 81, 111 y 117)<sup>50</sup>.

#### D. Derecho a un juicio imparcial

42. En algunos Estados, la competencia de las fuerzas del orden en relación con los delitos relacionados con las drogas, al parecer se ha compartido con el ejército o se le ha transferido a este lo que a menudo ha dado lugar a un uso excesivo de la violencia<sup>51</sup>. Se ha informado de que tribunales militares o especiales han juzgado a personas acusadas de delitos relacionados con las drogas en procesos que pueden no cumplir las normas de un juicio justo<sup>52</sup>. En relación con el enjuiciamiento de personas en tribunales militares o especiales, el Comité de Derechos Humanos ha afirmado que los civiles deben ser juzgados en los tribunales ordinarios, salvo en circunstancias excepcionales estrictamente definidas, y que la protección del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos no puede limitarse o modificarse por la índole militar o especial del tribunal<sup>53</sup>.

43. Se ha informado de que, en algunos Estados, se puede dar a elegir a los acusados, una vez condenados, entre cumplir la pena o seguir un tratamiento de desintoxicación. Teniendo en cuenta el derecho de una persona a rechazar el tratamiento, esta práctica puede ser motivo de preocupación, en particular dado el grado de coacción que conlleva<sup>54</sup>. Algunos Estados someten a las personas a otras medidas penales, a menos que el tratamiento sea satisfactorio, haciendo caso omiso de las circunstancias individuales y de que algunos profesionales médicos han indicado que el tratamiento de la drogodependencia a menudo implica la recaída en una o varias ocasiones o exige varios tipos de tratamiento<sup>55</sup>. El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha determinado que cuando el tratamiento se lleve a cabo como medida sustitutiva de la privación de libertad, en ningún caso se podrá prorrogar más allá del período establecido por la sentencia condenatoria (véase A/HRC/4/40/Add.2, párr. 74).

44. Algunos Estados no permiten que para las personas condenadas por delitos relacionados con la droga se consideren la condena condicional, la libertad condicional, el indulto o la amnistía, que están a disposición de los condenados por la comisión de otros delitos<sup>56</sup>. El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha recomendado a los Estados que enmienden su legislación si contiene disposiciones en ese sentido (véase A/HRC/4/40/Add.3, párr. 102 c)).

45. Centrarse en detener y encarcelar a los consumidores de drogas por posesión o consumo de pequeñas cantidades con frecuencia ha dado lugar a la detención

<sup>50</sup> Véase también la declaración introductoria del Alto Comisionado en el 27º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos.

<sup>51</sup> Comunicaciones del Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Derechos Humanos y Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, págs. 3 y 6 a 9; International Service for Human Rights y Brigadas Internacionales de Paz, pág. 6; y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, págs. 1 a 6.

<sup>52</sup> Calula los Costos, "La guerra contra las drogas: Socavando los derechos humanos", pág. 4.

<sup>53</sup> Observación general núm. 32 (2007) sobre el derecho a un juicio imparcial y a la igualdad ante los tribunales y cortes de justicia, párr. 22.

<sup>54</sup> Global Commission on Drug Policy, *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces* (2014), pág. 22.

<sup>55</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy*, pág. 25; y comunicación de Release, pág. 2.

<sup>56</sup> Comunicaciones del Centro de Estudios Legales y Sociales, Conectas Derechos Humanos y Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género pág. 27.

preventiva prolongada, y en muchos países el porcentaje de personas condenadas por delitos vinculados con las drogas suele ser muy elevado en relación con el número total de reclusos. La imposición de penas obligatorias y las penas excesivamente largas por posesión o consumo de drogas a menudo han dado lugar a penas más largas que las de delitos como el asesinato, la violación, el secuestro o el atraco a un banco, y han contribuido al recurso excesivo a la pena de privación de libertad y el hacinamiento en las cárceles<sup>57</sup>. El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha pedido que se lleven a cabo reformas para garantizar que las penas por delitos relacionados con las drogas sean proporcionales a la naturaleza del delito (véanse E/CN.4/2003/8/Add.3, párrs. 44 y 72 a), A/HRC/4/40/Add.4, párrs. 47 y 87, y A/HRC/22/44/Add.2, párr. 125). El Grupo de Trabajo ha llegado a la conclusión de que el recurso excesivo a la pena de privación de libertad por delitos relacionados con las drogas contribuye considerablemente al hacinamiento en las cárceles, lo que puede poner en tela de juicio el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 10, que garantiza que toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (véanse E/CN.4/2003/8/Add.3, párr. 44, A/HRC/4/40/Add.3, párr. 64, y A/HRC/4/40, párrs. 59 a 80).

## **E. Violaciones de los derechos humanos en los centros de internamiento obligatorio**

46. Las personas que consumen drogas o son sospechosas de hacerlo pueden ser recluidas en centros de internamiento obligatorio para drogodependientes o centros de rehabilitación sin ser sometidas a juicio o sin que se evalúe su drogodependencia, a menudo durante meses o años, y con frecuencia sin la supervisión de la justicia penal<sup>58</sup>.

47. Según el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura, los centros de internamiento obligatorio para drogodependientes y los centros de rehabilitación, que a veces se conocen como centros de reeducación mediante el trabajo, normalmente someten a los detenidos durante largos períodos a ejercicio físicamente extenuante, agresiones físicas y verbales, palizas, reclusión en régimen de aislamiento y trabajo forzoso (véase A/HRC/22/53, párrs. 40 a 42). El Relator Especial sobre el derecho a la salud señaló que estas prácticas no están respaldadas por hechos comprobados y que el acceso a personal médico capacitado para atender la drogodependencia suele ser inexistente. Además, a menudo el tratamiento se ofrece masivamente y se hace caso omiso de la necesidad de que las personas den su consentimiento informado de forma individual (véase A/65/255, párrs. 31 a 33).

48. También se ha informado de la existencia de tratamientos experimentales sin consentimiento, tortura, malos tratos y violencia sexual en los centros de internamiento obligatorio (véase A/HRC/22/53, párrs. 40 a 42). La imposición de tratamientos obligatorios, a expensas de la terapia de sustitución de opioides y otras intervenciones de reducción del daño, a las que no se brinda acceso, también aumenta el riesgo de enfermedad, en particular a través de la infección por el VIH (véase A/65/255, párr. 36).

<sup>57</sup> Comunicaciones de Colectivo de Estudios Drogas y Derecho; y Harm Reduction International y Penal Reform International, pág. 1.

<sup>58</sup> Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos y Open Society Foundations, *Health and Human Rights Resource Guide* (Universidad de Harvard, 2013), pág. 4.7. Véanse también Open Society Foundations, *Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation* (2011) y "Human Rights Abuses in the Name of Drug Treatment: Reports from the Field" (2009).

49. Estas prácticas fueron condenadas por 12 entidades de las Naciones Unidas en una declaración conjunta en la que solicitaron el cierre de los centros de internamiento obligatorio<sup>59</sup>. No obstante, en los centros de internamiento obligatorio para drogodependientes, muchos de los cuales se encuentran en Asia Oriental y Sudoriental, siguen recluidas unas 235.000 personas<sup>60</sup>.

## IV. Prohibición de la discriminación

50. Pueden darse distintas formas de discriminación cuando el individuo tiene antecedentes penales como consecuencia de una condena por un delito relacionado con las drogas. Estas pueden incluir obstáculos para obtener empleo, efectos indeseados sobre la custodia de los hijos o el derecho de visita, pérdida de prestaciones públicas, como el acceso a la vivienda pública, la asistencia alimentaria o la ayuda financiera a los estudiantes, o dificultades para viajar al extranjero<sup>61</sup>. Esto ha influido en la decisión de algunos Estados de despenalizar el consumo y la posesión de drogas para uso personal<sup>62</sup>. Como dijo el ex Secretario General Kofi Annan el 19 de mayo de 2015 en un acto paralelo sobre el fortalecimiento de un enfoque de salud pública en la lucha contra el problema mundial de las drogas, “para una persona joven, los antecedentes penales por un delito menor relacionado con las drogas pueden suponer una amenaza a su bienestar mucho mayor que el consumo ocasional de drogas”.

### A. Minorías étnicas

51. Se ha informado de que los miembros de minorías étnicas, en particular los que son pobres y viven en comunidades marginadas, pueden ser especialmente objeto de la discriminación en el contexto de la lucha contra las drogas. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, los afroamericanos constituyen el 13% de la población; sin embargo, representan el 33,7% de los arrestos relacionados con las drogas y el 37% de las personas enviadas a las prisiones estatales por tráfico de drogas. Los afroamericanos tienen 3,7 veces más probabilidades que los blancos de ser detenidos por posesión o consumo de marihuana, a pesar de que las tasas de consumo son equivalentes. Se han observado disparidades similares en países como Australia, el Canadá y el Reino Unido<sup>63</sup>. Un agente del orden observó que era más difícil interceptar la venta y la compra de drogas en barrios ricos o de oficinas que en barrios pobres y marginados, donde esa actividad a menudo se llevaba a cabo en la calle u otras zonas públicas y donde los controles policiales eran más frecuentes<sup>64</sup>.

### B. Mujeres

52. A nivel mundial, las mujeres son encarceladas por delitos relacionados con las drogas más que por cualquier otro delito. En varios países de América Latina, entre el 60% y el 80% de las reclusas están encarceladas por delitos relacionados con las

<sup>59</sup> Puede consultarse en [www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\\_Joint%20Statement6March12FINAL\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf).

<sup>60</sup> PNUD, *Addressing the Development Dimensions of Drug Policy*, pág. 25.

<sup>61</sup> Calcula los Costos, “La guerra contra las drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación”, págs. 3 a 5.

<sup>62</sup> Rosmarin y Eastwood, *A Quiet Revolution*.

<sup>63</sup> Comunicaciones de la Global Commission on Drug Policy, pág. 6; y Harm Reduction International y Penal Reform International, pág. 4.

<sup>64</sup> Calcula los Costos, “La guerra contra las drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación”, págs. 7 y 8.

drogas<sup>65</sup>. En algunos Estados, las mujeres condenadas por delitos relacionados con las drogas constituyen la parte de la población carcelaria que más rápido crece. Una de cada cuatro reclusas en Europa y Asia Central está encarcelada por delitos relacionados con las drogas y el porcentaje alcanza hasta el 70% en algunos países. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha expresado su preocupación por el número de mujeres encarceladas por delitos relacionados con las drogas, y observó que esto puede ser un indicio de la pobreza de las mujeres (véase CEDAW/C/UK/3 y 4). Las mujeres suelen estar implicadas en la venta de pequeñas cantidades de droga y se utilizan como “mulas” para transportar pequeñas cantidades de un país a otro. Muchas de ellas son jóvenes, analfabetas y madres solteras que tienen que atender a sus hijos y otros miembros de la familia<sup>66</sup>.

53. Se ha informado de que las mujeres que consumen drogas, según las leyes y las políticas en vigor, pueden enfrentarse a perder la custodia de sus hijos, la esterilización forzada o bajo coacción, el aborto o sanciones penales por consumir drogas durante el embarazo. En algunos Estados, las mujeres que consumen drogas pueden ser objeto de detención durante el embarazo. Las mujeres que consumen drogas pueden no recibir la atención adecuada durante el embarazo<sup>67</sup>. La OMS ha publicado directrices para la identificación y gestión de la toxicomanía y los trastornos conexos durante el embarazo.

54. Puede existir discriminación en las cárceles de mujeres, donde la reducción del daño, incluida la terapia de sustitución de opioides, puede no estar disponible<sup>68</sup>. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha recomendado a los Estados que, a fin de reducir los efectos perniciosos del consumo de drogas, los servicios de tratamiento de la toxicomanía que proporcionen, entre ellos los programas de reducción del daño para las mujeres que se encuentran en instituciones penitenciarias, tengan en cuenta las diferencias de género y estén basados en hechos comprobados (véase CEDAW/C/GEO/CO/4-5, párr. 31 e)). Se ha informado de que, a menudo, las mujeres que consumen drogas son víctimas de actos de violencia, incluida la violencia sexual, cometidos por sus parejas y por agentes del orden. Las mujeres pueden ser obligadas por agentes del orden a mantener relaciones sexuales con ellos para evitar ser detenidas o sancionadas<sup>69</sup>. Según se ha informado, las mujeres que consumen drogas y además son trabajadoras sexuales son aún más vulnerables<sup>70</sup>.

## V. Derechos del niño

55. El artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

<sup>65</sup> Corina Giacomello, “Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina” (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, 2013).

<sup>66</sup> Calula los Costos, “La guerra contra las drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación”, págs. 8 y 9.

<sup>67</sup> Comunicación de Women’s Harm Reduction International Network, págs. 6 y 7.

<sup>68</sup> *Ibid.*, pág. 5.

<sup>69</sup> Comunicación del Open Society Institute, págs. 49 a 52. Véase también UNODC, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), OMS e International Network of People Who Use Drugs, “Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs” (2014).

<sup>70</sup> Comunicaciones de Women’s Harm Reduction International Network, pág. 8, y la Eurasian Harm Reduction Network, págs. 4 y 5.

56. En su observación general núm. 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, el Comité de los Derechos del Niño señaló que, en la mayoría de los países, los niños no han podido beneficiarse de programas de prevención del VIH relacionados con el uso de sustancias, y que, de existir, se han destinado principalmente a los adultos. Observó que las prácticas de inyección con material no esterilizado también incrementan el riesgo de transmisión del VIH, y que las políticas y los programas destinados a reducir el uso de sustancias y la transmisión del VIH deben reconocer las sensibilidades y el modo de vida especial de los niños. En su observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité respaldó la reducción del daño como un enfoque importante para reducir al mínimo los efectos negativos en la salud del uso indebido de sustancias. En sus observaciones finales, instó a que los niños se beneficiaran de los programas de reducción del daño (véanse CRC/C/UKR/CO/4, párr. 59, CRC/C/AUT/CO/3-4, párr. 51, y CRC/C/ALB/CO/2-4, párr. 63 b)).

57. El Comité ha recomendado que los niños reciban información precisa y objetiva sobre las drogas. Ha pedido que los niños que consumen drogas no sean objeto de actuaciones penales y que se despenalice la posesión de drogas por niños (véanse CRC/C/OPAC/MEX/CO/1, párr. 29, y CRC/C/UKR/CO/4, párrs. 59 y 60). Sin embargo, el Comité llegó a la conclusión de que, en la práctica, en la mayoría de los Estados, los niños que consumen drogas son objeto de enjuiciamiento penal y a menudo no tienen acceso a servicios de reducción del daño o de tratamiento de la toxicomanía. El Comité criticó la fumigación aérea de los cultivos de droga por los efectos de esta práctica en los niños (véase CRC/C/COL/CO/3, párr. 72). También condenó la práctica de enviar a los niños a centros de internamiento obligatorio para drogodependientes y centros de rehabilitación (véase CRC/C/KHM/CO/2, párrs. 55 y 56).

## VI. Derechos de los pueblos indígenas

58. La Convención de 1961 impone restricciones sobre el cultivo del arbusto de coca, la adormidera y la planta de cannabis para usos tradicionales y religiosos indígenas, y exige que la costumbre de fumar opio sea abolida en un plazo de 15 años a partir de la entrada en vigor de la Convención, que la masticación de la hoja de coca quede prohibida dentro de los 25 años siguientes y que el uso de cannabis cese lo antes posible, pero en todo caso dentro de un plazo de 25 años (art. 49, párr. 2). La Convención de 1988 exige a los Estados que tipifiquen como delito la posesión, la compra y el cultivo de coca para el consumo personal y adopten medidas para evitar el cultivo ilícito y erradicarlo. A estos efectos, los Estados “tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica” (art. 14, párr. 2).

59. En 2009, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas pidió que se enmendaran o derogaran las disposiciones de la Convención de 1961 relativas a la costumbre de masticar la hoja de coca que fueran incompatibles con el derecho de los pueblos indígenas a conservar sus prácticas tradicionales en materia de salud y cultura reconocidas en los artículos 11, 24 y 31 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (véase E/2009/43-E/C.19/2009/14, párr. 89)<sup>71</sup>. En 2011, el Estado Plurinacional de Bolivia se retiró de la Convención

<sup>71</sup> Véanse también el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169) de la Organización Internacional del Trabajo y la Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial.



de 1961, a la que posteriormente volvió a adherirse formulando una reserva relativa a las prácticas tradicionales relacionadas con la hoja de coca<sup>72</sup>.

60. Algunos Estados han reconocido excepciones a la aplicación de los tratados de fiscalización de drogas, entre otras razones por creencias religiosas. En los Estados Unidos, la Iglesia de los Indígenas Estadounidenses está exenta de la prohibición de consumir peyote, sustancia sometida a fiscalización, en sus ceremonias religiosas<sup>73</sup>. En Italia se revocó en segunda instancia una condena por drogas porque un tribunal de primera instancia no había examinado los argumentos esgrimidos por el acusado rastafari, que se basaban en sus convicciones religiosas<sup>74</sup>. En 2015, el Gobierno de Jamaica modificó su legislación para reconocer el derecho de los rastafaris a utilizar cannabis en sus ceremonias religiosas<sup>75</sup>. La jurisprudencia anterior tendía a no permitir el uso de drogas fiscalizadas en ceremonias religiosas como manifestación de las creencias religiosas, aunque a veces las opiniones estaban marcadamente divididas<sup>76</sup>.

## VII. Conclusiones y recomendaciones

61. **Debe protegerse el derecho a la salud velando por que las personas que consumen drogas tengan acceso a información relacionada con la salud y a un tratamiento sin discriminación. Los programas de reducción del daño, en particular la terapia de sustitución de opioides, deben estar disponibles y ofrecerse a los drogodependientes, especialmente a los que se encuentran en las cárceles y otros centros de detención. Se debe considerar la posibilidad de suprimir los obstáculos al derecho a la salud, entre otras cosas despenalizando el consumo y la posesión de drogas para uso personal; además, se debe incrementar el número de programas de salud pública. El derecho a la salud requiere un mejor acceso a los medicamentos esenciales fiscalizados, sobre todo en los países en desarrollo.**

62. **La prohibición de la detención y reclusión arbitrarias, la tortura y otras formas de malos tratos y el derecho a un juicio justo deben estar protegidos de conformidad con las normas internacionales, incluso en lo que respecta a las personas detenidas, reclusas o acusadas de delitos relacionados con las drogas. En los centros de detención no debe denegarse a los drogodependientes la terapia de sustitución de opioides como medio de obtener confesiones u otra información, y en todas las circunstancias debe proporcionarse a los detenidos la terapia de sustitución de opioides como parte de su derecho a la salud. Deben cerrarse los centros de internamiento obligatorio.**

63. **Debe protegerse el derecho a la vida de las personas condenadas por delitos relacionados con las drogas y, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la jurisprudencia del Comité de Derechos Humanos, no se les debe imponer la pena de muerte. En su lucha contra la delincuencia relacionada con las drogas, las fuerzas del orden deben**

<sup>72</sup> Véase el *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes* correspondiente a 2011, párrs. 270 a 280.

<sup>73</sup> Véanse las enmiendas a la Ley de Libertad de Religión de los Indios Estadounidenses de 1994, art. 3 a).

<sup>74</sup> Tribunal Supremo de Italia, sentencia núm. 14876 (2012).

<sup>75</sup> Ley por la que se Modifica la Ley de Drogas Peligrosas, 2015, párr. 6, por el que se modifica el artículo 7C de la Ley.

<sup>76</sup> Véase la causa *Prince v. President of the Law Society of the Cape of Good Hope and Others*, Tribunal Constitucional de Sudáfrica (2002), en la que cuatro de los nueve magistrados convinieron en que la denegación de acceso al colegio de abogados al recurrente por consumir cannabis constituye una violación desproporcionada de la libertad de religión de los rastafaris; y CCPR/C/91/D/1474/2006.

proteger el derecho a la vida, y cuando sea necesario ejercer la fuerza esta solo debe ser proporcional. Las ejecuciones extrajudiciales deben ser objeto de una investigación pronta, independiente y efectiva de modo que los presuntos autores de los delitos comparezcan ante la justicia.

64. Las minorías étnicas y las mujeres que poseen o consumen drogas o que son “microdistribuidoras” deben ser protegidas contra toda forma de discriminación. Se debe considerar la posibilidad de reformar las leyes y las políticas para enfrentar la repercusión dispar de las políticas en materia de drogas en las minorías étnicas y las mujeres. A fin de eliminar la discriminación, también debe considerarse la posibilidad de proporcionar formación a las fuerzas del orden, el personal sanitario y los trabajadores de los servicios sociales que entren en contacto con consumidores de drogas.

65. Teniendo en cuenta las graves consecuencias que puede tener en la vida de una persona una condena por un delito relacionado con drogas, se deben considerar alternativas al enjuiciamiento y el encarcelamiento de las personas por delitos menores no violentos relacionados con las drogas. Las reformas encaminadas a reducir el recurso excesivo a la pena de privación de libertad deben tener en cuenta esas opciones.

66. Se deben proteger los derechos del niño centrándose en la prevención e informándolos de una manera adaptada a ellos y apropiada a su edad, entre otras cosas sobre los riesgos de la transmisión del VIH y otros virus transmitidos por la sangre cuando se consumen drogas por vía intravenosa. Los niños no deben ser objeto de enjuiciamiento penal, sino de respuestas que se centren en la educación sanitaria, el tratamiento, incluidos los programas de reducción del daño, y la reintegración social.

67. Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener sus prácticas tradicionales, culturales y religiosas. En los casos en que el consumo de drogas sea parte de estas prácticas, el derecho a consumirlas para tales propósitos estrictamente definidos debe estar protegido en principio, con sujeción a las limitaciones previstas en el derecho de los derechos humanos.