



Asamblea General

Distr. general
6 de agosto de 2010
Español
Original: inglés

Sexagésimo quinto período de sesiones

Tema 69 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos.

* A/65/150.



Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resumen

El actual sistema internacional de fiscalización de drogas se ha centrado en crear un mundo libre de drogas casi exclusivamente mediante la aplicación de políticas de ejecución de la ley y sanciones penales. Sin embargo, hay cada vez más pruebas que indican que este enfoque ha fracasado, en primer lugar porque no reconoce las realidades del consumo de drogas y la drogodependencia. Si bien es cierto que las drogas pueden tener un efecto pernicioso en la vida de las personas y en la sociedad, este régimen excesivamente punitivo no ha logrado cumplir sus objetivos de salud pública y ha dado lugar a un sinnúmero de violaciones de los derechos humanos.

Las personas que consumen drogas tal vez eviten acudir a los servicios debido a la amenaza de recibir una sanción penal o sencillamente porque temen que se les niegue el acceso a la atención de la salud. La penalización y las prácticas represivas excesivas también menoscaban las iniciativas de promoción de salud, perpetúan el estigma y aumentan los riesgos de salud a que se exponen poblaciones enteras, no sólo los que consumen drogas. Algunos países encarcelan a los consumidores de drogas o les imponen tratamientos obligatorios o aplican ambas medidas. El régimen internacional de fiscalización de drogas vigente también limita innecesariamente el acceso a medicamentos esenciales, lo que atenta contra el disfrute del derecho a la salud.

El objetivo primordial del actual régimen internacional de fiscalización de drogas, enunciado en el preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, es la “salud física y moral de la humanidad”, pero el enfoque aplicado actualmente para luchar contra el consumo y la tenencia de drogas conspira contra ese objetivo. La generalización de intervenciones que reduzcan los daños causados por el consumo de drogas (iniciativas de reducción de los daños asociados a las drogas) y de la destipificación en algunos ámbitos relacionados con la lucha contra las drogas mejorarían visiblemente la salud física y moral de las personas que consumen drogas y de la población en general. Las entidades de las Naciones Unidas y los Estados Miembros también deberían adoptar un enfoque de la fiscalización de drogas basado en el derecho a la salud, además de alentar la coherencia y la comunicación a nivel de todo el sistema, incorporar el uso de indicadores y directrices y considerar la posibilidad de elaborar un nuevo marco jurídico en relación con determinadas drogas ilícitas, a fin de asegurar el respeto, la protección y el disfrute de los derechos de las personas que consumen drogas.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	4
II. El derecho a la salud y la fiscalización internacional de drogas.....	5
III. Repercusiones de la fiscalización de drogas en la realización del derecho a la salud.....	8
A. Prácticas de disuasión en relación con el acceso a los servicios y el tratamiento.....	9
B. Discriminación y estigma.....	10
C. Exposición a mayores riesgos con el consumo de drogas.....	10
D. Efectos desproporcionados en las comunidades vulnerables y marginadas.....	11
IV. Tratamiento obligatorio de la drogodependencia e infracciones del derecho a la salud.....	12
V. Acceso a los medicamentos sujetos a finalización.....	14
VI. Un enfoque de la fiscalización de las drogas basado en los derechos humanos.....	18
A. Reducción de los daños ocasionados por las drogas y tratamiento basado en pruebas empíricas.....	18
B. Destipificación y despenalización.....	23
C. Uso de indicadores y directrices relativos a los derechos humanos.....	25
D. Marcos reguladores alternativos en materia de fiscalización de drogas.....	26
VII. Recomendaciones.....	27

I. Introducción

1. En su resolución 6/29, el Consejo de Derechos Humanos pidió al Relator Especial que presentara un informe provisional a la Asamblea General. El Consejo, en su resolución 12/24, también alentó al Relator Especial a que integrara en su mandato actual la perspectiva de los derechos humanos en el acceso a medicamentos. Este informe se presenta de conformidad con esas peticiones.

2. Desde la presentación de su último informe a la Asamblea General (A/64/272), el Relator Especial ha emprendido una serie de actividades para consolidar su mandato y crear conciencia sobre el derecho a la salud en todo el mundo. Además de realizar misiones a Australia en noviembre de 2009 y a Guatemala en mayo de 2010, el Relator Especial participó en diversas consultas y conferencias sobre el derecho a la salud, incluidas la consulta de parlamentarios sobre la salud materna en la región de Asia y el Pacífico, celebrada en Bali; una consulta con la sociedad civil sobre los trabajadores migrantes y la salud, organizada por Coordination of Action Research on AIDS and Mobility (CARAM Asia) en Kuala Lumpur; la reunión de Global Partners in Action: Foro de organizaciones no gubernamentales con motivo del examen realizado 15 años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Berlín; y la XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Viena en julio de 2010.

3. El Relator Especial también hizo presentaciones en la Universidad de Nueva York y la Universidad de Columbia; la reunión de partes interesadas en la Human Rights Development Initiative, en Johannesburgo; la Conferencia Internacional sobre la realización de los derechos a la salud y al desarrollo para todos, en Viet Nam; la reunión cumbre del Parlamento Europeo sobre cáncer de cuello uterino, en Bruselas; la Conferencia sobre el poder judicial y el derecho a la salud, en la Universidad Princeton; y la ceremonia de entrega de los premios anuales de salud y derechos humanos de HealthRight International, en Nueva York. El Relator Especial también dictó conferencias en un curso sobre la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales impartido en el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Åbo Akademi, de Turku/Åbo (Finlandia).

4. En marzo de 2009, el Relator Especial celebró una consulta con la sociedad civil en Guatemala, a la que asistieron organizaciones de la sociedad civil de toda Centroamérica. Esta consulta ofreció una excelente oportunidad para obtener información que resultó imprescindible para completar la misión que realizó a Guatemala en mayo de 2009. El Relator Especial también asistió, por invitación de Save the Children, a una consulta sobre el tema de la salud infantil y materna celebrada en el Afganistán.

5. El presente informe del Relator Especial examina las medidas relacionadas con la fiscalización de drogas que actúan sobre la demanda, es decir las que atañen fundamentalmente al consumo y la tenencia de estupefacientes, y sus diversos efectos en el disfrute del derecho a la salud. Examina también la necesidad de prestar más atención a los derechos humanos en la lucha contra las drogas, en lugar de seguir aplicando enfoques extremadamente punitivos que ocasionan más daños a la salud que los que procuran evitar.

6. El Relator Especial recomienda que se integren los derechos humanos en las medidas de fiscalización de drogas a nivel internacional mediante el empleo de directrices e indicadores relativos al consumo y la tenencia de drogas, y que se

considere la posibilidad de crear un marco regulatorio alternativo. Además, los Estados Miembros deberían garantizar que las medidas de reducción de daños y los servicios de tratamiento de la drogodependencia estén a disposición de los consumidores de drogas, haciendo especial hincapié en las personas encarceladas. Asimismo, deberían reformar la legislación interna para destipificar o despenalizar la tenencia y el consumo de drogas y aumentar el acceso a los medicamentos esenciales sujetos a fiscalización.

II. El derecho a la salud y la fiscalización internacional de drogas

7. El disfrute del derecho a la salud por todas las personas que consumen drogas y dependen de ellas se aplica independientemente de que sean consumidores. Es importante que el consumo de drogas y la drogodependencia no se vean como una misma cosa: la drogodependencia es considerada un trastorno crónico¹ recurrente que altera los procesos cerebrales² y que puede requerir tratamiento médico, idealmente mediante un enfoque “biopsicosocial”³. En cambio, el consumo de drogas no es un problema de salud y no necesariamente implica dependencia. De hecho, la mayoría de las personas que consumen drogas no se vuelven dependientes de ellas y no necesitan tratamiento alguno.

8. El derecho a la salud implica, entre otras cosas, asegurar el acceso a instalaciones, artículos y servicios de salud de calidad sin discriminación, ni siquiera por impedimentos físicos o mentales o estado de salud⁴. El párrafo 2 del artículo 2 y el artículo 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también prohíben la discriminación en el ejercicio de los derechos que en él se enuncian. El hecho de que una persona consuma drogas no puede en sí mismo constituir motivo para limitar sus derechos⁵, independientemente de que tenga un síndrome de dependencia reconocido o de que el régimen de fiscalización de drogas aplicable permita su encarcelamiento o la imposición de otras sanciones. Las personas que consumen drogas y las que dependen de ellas tienen las mismas libertades y derechos que se garantizan en los instrumentos jurídicos internacionales y, en el sistema actual de fiscalización de drogas, se violan los derechos de ambos grupos.

9. Los tres tratados que conforman el marco jurídico básico del régimen internacional de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas son: a) la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, que consolidó los acuerdos internacionales anteriores y sometió a fiscalización internacional plantas como la marihuana, la coca y la adormidera; b) el

¹ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2010, Suplemento núm. 8* (E/2010/28), pág. 51.

² Organización Mundial de la Salud, *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas* (Ginebra, 2004), págs. 13 y 22.

³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Ginebra, 2008), pág. 1.

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000) (EC.12/2000/4), párrs. 18 y 19.

⁵ Navanethem Pillay, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy” (10 de marzo de 2009). Comunicado de prensa disponible en: www.ohchr.org.

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (1971), que incluyó a las sustancias sintéticas y los precursores químicos utilizados en la fabricación de drogas; y c) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (1988), que aumentó el alcance y la intensidad de la actividad policial internacional contra el comercio de drogas y destacó la conexión entre este y la delincuencia organizada⁶. Como resultado de esos tratados, cientos de sustancias ilícitas están sometidas actualmente a fiscalización internacional⁷, con lo que se penaliza virtualmente cada aspecto de la producción y distribución no autorizadas de esas sustancias, aunque se permita la producción, distribución y tenencia con fines médicos o científicos⁸. Los tratados, que han sido ratificados por más de 181 Estados, han orientado la elaboración de políticas relativas a las drogas en todo el mundo.

10. Diversos órganos de las Naciones Unidas se ocupan del cumplimiento de los tres tratados de fiscalización de drogas y de promover y proteger los derechos humanos, de conformidad con los artículos 1 y 55 de la Carta de las Naciones Unidas. Está claro que cuando los objetivos y enfoques del régimen internacional de fiscalización de drogas entren en conflicto con los del régimen internacional de derechos humanos, las obligaciones en materia de derechos humanos deberán prevalecer. La Asamblea General ha aprobado sistemáticamente resoluciones en las que declara que la fiscalización internacional de las drogas debe llevarse a cabo de conformidad con la Carta y respetando plenamente los derechos humanos (véanse las resoluciones 62/176 y 63/197).

11. El objetivo principal del régimen internacional de fiscalización de drogas consiste en proteger la salud física y moral de la humanidad, disminuyendo el consumo y suministro ilícitos de sustancias sujetas a fiscalización y asegurando a la vez el acceso a esas sustancias con fines médicos y científicos⁹. Sin embargo, la consideración explícita de los derechos humanos está ausente de los tratados y no ha sido priorizada por los órganos de aplicación de esos tratados.

12. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes supervisa la aplicación de los tres convenios internacionales en materia 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 y está facultado para investigar a los gobiernos que no cumplen las condiciones que imponen los tratados. La Comisión de Estupefacientes clasifica los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas según distintos niveles de restricción y es el órgano rector del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas dentro de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). El mandato de la Oficina consiste en “contribuir a lograr seguridad y justicia para todos protegiendo al mundo de la delincuencia, las drogas y el terrorismo”¹⁰.

⁶ Véanse E/CONF.82/15 y Corr. 1 y 2, artículo 3, párr. 5.

⁷ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional* (48ª edición, Viena, 2008).

⁸ Véase la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, 30 de marzo de 1961, Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, artículo 36.

⁹ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, preámbulo y artículo 2.

¹⁰ A/65/6 (Prog. 13), párr. 13.4.

13. Aunque en el pasado los órganos de fiscalización de drogas rara vez se habían involucrado en exámenes constructivos relacionados con los derechos humanos¹¹, recientemente se ha registrado un bien recibido cambio hacia la incorporación de enfoques de derechos humanos en su labor. La UNODC ha examinado métodos para sincronizar mejor la fiscalización de drogas con la protección de los derechos humanos¹² y recientemente el Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes celebró por primera vez una reunión oficiosa con representantes de la sociedad civil¹³. La Comisión de Estupefacientes también aprobó una resolución relativa a la promoción de los derechos humanos en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas y en otras resoluciones ha examinado las cuestiones del VIH/SIDA y el acceso a los medicamentos¹⁴. No obstante, es evidente que debe hacerse mucho más para que los derechos humanos pasen a ser un elemento central de la fiscalización de las drogas.

14. Lamentablemente, el enfoque actual de la fiscalización de drogas a nivel mundial sostiene que las drogas son un “mal” indiscutible que la comunidad internacional tiene la obligación de combatir¹⁵. El concepto de la “guerra contra las drogas” se emplea para justificar políticas y prácticas extremas¹⁶. Los vínculos existentes entre la producción de drogas y la financiación de grupos armados, como por ejemplo entre los cultivadores de opio y los talibanes en el Afganistán, han contribuido aún más a justificar el enfoque de la tolerancia cero, incluso aunque cada vez es más obvio que tales políticas no resultan eficaces para reducir la oferta y la demanda de drogas¹⁷. Por consiguiente, este enfoque no sólo no cumple su finalidad primaria de prevenir los daños que causa a la salud el consumo de drogas, sino que tampoco permite realizar una verdadera fiscalización de las drogas.

15. El enfoque de la guerra contra las drogas tampoco reconoce las realidades del consumo y la dependencia de las drogas y, por esa razón, no ha logrado alcanzar sus objetivos declarados. En primer lugar, las personas invariablemente siguen consumiendo drogas con independencia de la legislación penal, pese a que la justificación principal para imponer sanciones penales es lograr disuadir al consumidor de que consuma drogas¹⁸. En segundo lugar, la drogodependencia a diferencia del consumo de drogas, es un problema de salud que requiere un

¹¹ La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes había declarado expresamente que no trataría el tema de los derechos humanos ni se relacionaría con la sociedad civil: Mr. Koli Kouame, Secretario de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, conferencia de prensa celebrada en Nueva York el 7 de marzo de 2007. Transmisión web disponible en <http://157.150.195.10/webcast/pc2007.htm> (Última consulta: 14 de febrero de 2008).

¹² Véase E/CN.7/2010/CRP.6.

¹³ International Drug Policy Consortium, *The 2010 Commission on Narcotic Drugs – Report of proceedings* (Londres, 2010), pág. 8.

¹⁴ Véanse las resoluciones 49/4 (E/CN.7/2006/10), 51/12 (E/CN.7/2008/15) y 53/9 (E/CN.7/2010/18).

¹⁵ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, preámbulo.

¹⁶ Véase P. Gallahue, “Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities”, *International Yearbook on Human Rights and Drug Policy*, vol. 1 (2010).

¹⁷ Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, *Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma* (2009), pág. 7.

¹⁸ R. Bluthenthal et. al., “Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviors among injection drug users”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, núm. 1 (1999), pág. 26.

tratamiento apropiado, basado en pruebas empíricas, no sanciones penales¹⁹. Por último, los regímenes punitivos de fiscalización de drogas aumentan los daños asociados al consumo de drogas pues asignan los recursos a métodos inapropiados y soluciones equivocadas, y a la vez ignoran los enfoques fundamentados en pruebas.

16. El consumo de drogas puede tener consecuencias perjudiciales para la salud, pero al Relator Especial le preocupa el hecho de que el enfoque actual de la fiscalización de drogas cause más daños que los que intenta prevenir. La penalización del consumo de drogas, concebida para disuadir de su consumo, tenencia y comercio ilícito²⁰, ha fracasado¹⁸. En cambio, perpetúa métodos riesgosos de consumo de drogas, al tiempo que castiga de manera desproporcionada a los consumidores. Tiene además repercusiones igualmente serias en la salud de la comunidad en su conjunto, sobre todo en lo que se refiere al VIH/SIDA: la Declaración de Viena de 2010 señala que la penalización de quienes consumen drogas ilícitas estimula la epidemia del VIH²¹. El sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio obliga a los Estados a detener e invertir para 2015 la tendencia de la propagación del VIH/SIDA (véase la resolución 55/2 de la Asamblea General), pero la insistencia en la imposición de sanciones penales entra en contradicción directa con varias políticas de salud multilaterales²².

III. Repercusiones de la fiscalización de drogas en la realización del derecho a la salud

17. La salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Los países que aplican sanciones extremadamente punitivas también violan otros derechos de los consumidores de drogas. En 32 jurisdicciones se sigue imponiendo actualmente la pena capital por la comisión de delitos relacionados con las drogas, en algunos casos de manera obligatoria²³. El artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispone que “sólo podrá imponerse la pena de muerte por los más graves delitos” (resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General). El Comité de Derechos Humanos y el Relator Especial sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias han confirmado que los delitos relacionados con las drogas no reúnen esas condiciones y que por tanto las ejecuciones por ese tipo de delitos violan las normas internacionales de derechos humanos²⁴.

¹⁹ UNODC y OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Ginebra, 2008), pág. 1.

²⁰ S. Friedman et al., “Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in United States metropolitan areas”, *AIDS*, vol. 20, núm. 1 (2006), pág. 93.

²¹ *Declaración de Viena*, XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA (AIDS 2010), pág. 1.

²² Michel Sidibé, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), “Parliament: The Heart of Governance”, declaración pronunciada en la 122ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria, Bangkok, 28 de marzo de 2010. Puede consultarse en <http://unaids.org>.

²³ Comité de Derechos Humanos, Observación general núm. 6/16, de 27 de julio de 1982 (A/37/40, anexo V). Véase International Harm Reduction Association, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (Londres, 2010), pág. 11.

²⁴ Véase A/HRC/4/20, párr. 53.

18. La penalización del consumo y la tenencia de drogas constituye una violación de varios derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Otras infracciones del derecho a la salud son menos directas, pero se derivan del desvirtuado objetivo del régimen internacional de fiscalización de drogas: por ejemplo, el acceso insuficiente a medicamentos esenciales. El Relator Especial considera que cada una de esas violaciones tiene su origen en última instancia en la atención desproporcionada que se da a la penalización y las prácticas de aplicación de la ley a expensas del disfrute del derecho a la salud y la reducción de los daños asociados a las drogas.

A. Prácticas de disuasión en relación con el acceso a los servicios y el tratamiento

19. En los países donde se libra una enérgica “guerra contra las drogas” o donde las leyes relativas a las drogas se aplican rigurosamente es posible, e incluso frecuente, que los toxicómanos se sientan disuadidos de acudir a los servicios de salud. Se sabe que en algunos países este enfoque ha reforzado el estatus de las personas que consumen drogas como marginados sociales, lo que hunde la práctica en la clandestinidad, pone en peligro la respuesta al VIH/SIDA²⁵ y disuade a los consumidores de drogas de acceder al tratamiento. Asimismo, en los lugares en que las infecciones por el VIH se producen debido a las prácticas de riesgo en el consumo de drogas inyectables, hasta el 50% de los consumidores de drogas inyectables podrían ser seropositivos²⁵.

20. Las personas que consumen drogas tal vez eviten solicitar atención médica por temor a que la información sobre su consumo de drogas sea compartida con las autoridades, lo cual podría conducir a su detención, encarcelamiento²⁶ o tratamiento contra su voluntad²⁷. La existencia de registros oficiales que se utilizan para identificar e incluir en listas a los consumidores de drogas y limitar sus derechos civiles también pueden disuadir a las personas de buscar tratamiento, pues se ha documentado que en las jurisdicciones de ese tipo se suele violar la confidencialidad de la información sobre los pacientes²⁸.

21. En algunos Estados se tipifica como delito la posesión de agujas, jeringuillas y otros accesorios, en contravención de las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos²⁹. 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. Se ha reconocido que la legislación que penaliza a los consumidores, e incluso al personal que realiza trabajos de campo, por la tenencia de esos accesorios es un obstáculo en la lucha contra el VIH³⁰.

²⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (Bangkok, 2004), pág. 55.

²⁶ R. Jürgens et al., “People who use drugs, HIV, and human rights”, *The Lancet* (2010). Puede consultarse en doi:10.1016/S0140-6736(10)60830-6, págs. 3 y 4.

²⁷ A/64/272, pág. 23.

²⁸ Open Society Institute, *The Effects of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (Nueva York, 2009), pág. 16.

²⁹ Publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.06.XIV.4, pág. 30.

³⁰ UNODC, ONUSIDA y OMS, “Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission”, *Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use* (Ginebra, 2004), pág. 2.

B. Discriminación y estigma

22. Los consumidores de drogas a menudo sufren discriminación en los entornos médicos. El acceso al tratamiento con fármacos antirretrovirales puede ser escaso para las personas que consumen drogas: en Europa Oriental, pese a que el 70% de las infecciones por el VIH se produjo entre las personas que consumen drogas inyectables, este grupo sólo representaba el 39% de la población total que vive con el VIH y recibe terapia antirretroviral³¹. Ello tal vez obedezca a las desigualdades estructurales que impiden el acceso de esos grupos al tratamiento; por ejemplo, debido a la falta de intervenciones selectivas. Sin embargo, también se han señalado casos de proveedores de servicios de salud que han negado el tratamiento con medicamentos antirretrovirales a personas que usan drogas³², lo que contraviene directamente el enfoque del derecho a la salud.

23. En ocasiones se niega también el acceso a otros tratamientos médicos a personas que son o fueron consumidores de drogas aunque no existan pruebas que justifiquen esa negativa. Se ha informado que en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, en contravención de las orientaciones oficiales, se ha denegado tratamiento contra la hepatitis C a personas que consumen o solían consumir drogas, argumentando que no seguirían el tratamiento³³. Entre las personas que usan drogas el cumplimiento del tratamiento no es necesariamente menor y debe evaluarse de manera individual.

24. La estigmatización generada o reforzada por los regímenes punitivos de tratamiento o aplicación de la ley también puede aumentar los riesgos para la salud. Los abusos y actos de violencia que infligen las autoridades a las personas que se inyectan drogas pueden aumentar la posibilidad de que padezcan enfermedades físicas y mentales³⁴. Se ha observado el uso selectivo de prácticas policiales, que van desde la vigilancia hasta el empleo de fuerza excesiva, contra poblaciones vulnerables y marginadas, y estas personas en última instancia internalizan el sufrimiento social y se vuelven cómplices de su propia subordinación³⁵.

C. Exposición a mayores riesgos con el consumo de drogas

25. La penalización del consumo de drogas también aumenta los riesgos a que se exponen los consumidores debido que produce alteraciones en los patrones de comportamiento en el consumo y en la composición de las drogas. Aunque es más común la contaminación con sustancias benignas que con sustancias perjudiciales³⁶, sigue existiendo la posibilidad de que se produzcan daños como consecuencia de la

³¹ OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector* (Ginebra, 2008), pág. 24.

³² D. Barrett et al., "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, 13º informe (2008), págs. 37 y 38.

³³ *Ibid.*, pág. 40.

³⁴ H. Cooper et al., "Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health", *American Journal of Public Health*, vol. 94, núm. 7 (2004), pág. 1116.

³⁵ T. Rhodes, "Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach", *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, núm. 3 (2009), pág. 196.

³⁶ C. Cole et al., *Cut: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs*, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University (Liverpool, 2010), págs. 10 y 11.

falta total de reglamentación. Recientemente fueron confirmados 33 casos de ántrax entre consumidores de Escocia, que se atribuyen a heroína contaminada³⁷.

26. La penalización del consumo y la posesión de drogas también puede contribuir a que los consumidores de drogas corran un mayor riesgo de contraer enfermedades. Se ha asociado un mayor grado de represión legal a una mayor prevalencia del VIH entre quienes consumen drogas inyectables, sin que ello implique una disminución de la prevalencia del consumo de esas drogas³⁸. Ello probablemente se deba a que las personas adoptan prácticas más riesgosas, como por ejemplo, comparten jeringuillas y material de inyección, se inyectan de forma apresurada o utilizan drogas en lugares poco seguros (como los sitios donde se venden drogas y se comparten los accesorios para inyectarse) por temor a ser detenidas o castigadas³⁹. La preparación apresurada de las drogas para evitar ser detectados por los agentes del orden también predispone a los consumidores de drogas a un mayor riesgo de sobredosis, accidentes vasculares o infecciones, como los abscesos. Esos riesgos se exacerban cuando la persona que consume drogas se muestra renuente, por temor, a pedir ayuda en la preparación e inyección de drogas⁴⁰.

27. Las redadas policiales y otras intervenciones asociadas a la penalización del consumo y la posesión de drogas también provocan el desplazamiento de los consumidores de drogas de las zonas atendidas por los programas de reducción de daños, disminuyendo así la posibilidad de que participen en los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, reciban terapias de sustitución de opiáceos y tengan acceso a los promotores de salud⁴¹. También se obstaculiza el acceso a la asistencia de emergencia en caso de sobredosis y, además, cuando se obstruye el acceso a las redes de inyección y suministradores de drogas habituales puede aumentar la incidencia de sobredosis. Los más afectados por el desplazamiento suelen ser los más marginados, a saber, las personas sin hogar, que no necesariamente pueden acceder a un recinto cerrado para consumir drogas⁴¹.

D. Efectos desproporcionados en las comunidades vulnerables y marginadas

28. Las políticas punitivas en relación con las drogas también surten efectos desproporcionados en las comunidades vulnerables. Por ejemplo, ha trascendido que en los Estados Unidos de América las tasas de detención de afroamericanos son habitualmente superiores a las de los estadounidenses blancos, aunque las tasas de delitos cometidos por ambos grupos son comparables⁴². Además, más del 80% de los arrestos son por posesión de drogas, no por su venta⁴³. La acumulación de delitos menores puede llevar al encarcelamiento y a una mayor marginación de esos individuos vulnerables, lo que hace que se expongan a más riesgos para su salud.

³⁷ Health Protection Scotland, "Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient" (Glasgow, 12 de abril de 2010). Puede consultarse en www.documents.hps.scot.nhs.uk.

³⁸ Friedman et al., op. cit., pág. 97.

³⁹ Ibid.; véase también Bluthenthal et al., op. cit., pág. 31.

⁴⁰ Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Do not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs* (Toronto, 2007), pág. 6.

⁴¹ Ibid., págs. 7 y 8.

⁴² Human Rights Watch, *Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States* (Nueva York, 2009), págs. 1 y 5.

⁴³ Ibid., pág. 12.

29. En la actualidad hay más de 9 millones de personas recluidas en establecimientos penitenciarios de todo el mundo⁴⁴. En muchas prisiones, las tasas de infección por el VIH son varias veces superiores a las registradas en las comunidades. Ello se atribuye al consumo de drogas inyectables previo al encarcelamiento y a los factores de riesgo característicos de esas poblaciones, como la pobreza y la marginación⁴⁵. En las instituciones penales la prevalencia de las infecciones por hepatitis es elevada, y las tasas de infección por hepatitis C superan a las del VIH⁴⁶. Dentro de las prisiones, el elevado número de consumidores de drogas inyectables, combinado con la falta de acceso a terapias de sustitución de opiáceos y a material de inyección estéril, crea enormes riesgos para los reclusos⁴⁷. Al ser liberados, los presos también exponen a otras personas a esos riesgos⁴⁶. Cuando no se aplican programas eficaces de reducción de daños y tratamiento de la drogodependencia en esos establecimientos se vulnera el disfrute del derecho a la salud.

IV. Tratamiento obligatorio de la drogodependencia e infracciones del derecho a la salud

30. Algunas de las violaciones más graves del derecho a la salud han ocurrido en el contexto del “tratamiento” de la drogodependencia. La penalización del consumo de drogas alimenta la percepción de que las personas que consumen drogas son delincuentes improductivos o degenerados morales, consideración que a su vez permite que proliferen los enfoques de tratamiento disciplinario. En lugar de aplicar una gestión médica basada en pruebas empíricas, los gobiernos y las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley coaccionan u obligan a los toxicómanos para que ingresen en centros en que son sometidos a maltratos y trabajos forzosos. Este enfoque discrimina a las personas que consumen drogas, pues les niega el acceso a servicios de atención de la salud y a tratamientos médicos apropiados.

31. En el presente informe se abordan los programas de tratamiento obligatorio que utilizan principalmente intervenciones disciplinarias, sin tener en cuenta las pruebas médicas. En esos programas no suele haber acceso a un personal médico capacitado para atender los trastornos relacionados con la drogodependencia como enfermedades⁴⁸. El trabajo forzoso, la reclusión en régimen de aislamiento y los tratamientos experimentales administrados sin consentimiento del paciente violan las normas internacionales de derechos humanos y son sucedáneos ilegítimos de medidas fundamentadas en pruebas, como la terapia de sustitución, las intervenciones psicológicas y otras formas de tratamiento administrado con el consentimiento pleno e informado del paciente.

⁴⁴ R. Walmsley, *World Prison Population List*, International Centre for Prison Studies (7ª ed., Londres, 2007), pág. 1.

⁴⁵ International Harm Reduction Association, *State of Global Harm Reduction* (Londres, 2010), pág. 105.

⁴⁶ *Ibid.*, pág. 106.

⁴⁷ A/HRC/10/44, párrs. 55 a 67.

⁴⁸ Véase OMS, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Ginebra, 2009). Puede consultarse en www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF545599-A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Ma17_Compulsory_Treatment.pdf (última consulta: 10 de junio de 2010).

32. El disfrute del derecho a la salud incluye, entre otras cosas, el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud que sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad⁴⁹ y el “derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales”⁴⁹. Además, el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos afirma que “nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud, incluso absteniéndose de administrar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales y sujetos a condiciones restrictivas para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas⁵⁰. En la administración de todo tratamiento de la drogodependencia se deberán cumplir los requisitos del consentimiento informado, incluido el derecho a negarse a recibirlo⁵¹.

33. El tratamiento obligatorio atenta contra el derecho a la salud de dos maneras. En primer lugar, este “tratamiento” por lo general ignora las prácticas médicas basadas en pruebas y por tanto deja de cumplir el requisito de calidad del derecho a la salud⁵², según argumenta el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En segundo lugar, con frecuencia el tratamiento se realiza en masa, sin tener en cuenta que cada persona debe dar su consentimiento informado.

34. La gestión médica correcta de la drogodependencia exige que el tratamiento se base en pruebas. Sin embargo, el catálogo de “tratamientos” de muchos centros de tratamiento obligatorio incluye trabajos forzados, detención, ejercicios de tipo militar, ejercicios físicos y tratamientos experimentales, entre otras intervenciones, cuya eficacia no ha sido respaldada por pruebas científicas. Casi entre el 90% y el 100% de las personas que consumen drogas vuelven a hacerlo después de haber sido obligadas a recibir tratamiento en ese tipo de centros⁵³.

35. Según se ha informado, algunos pacientes son sometidos a terapias aberrantes como la “terapia de azotes”⁵⁴. Se ha sabido también que hay pacientes que son obligados a trabajar casi 17 horas al día, durante toda la semana, bajo amenazas de golpizas y otros castigos corporales⁵⁵.

36. Esos tratamientos disciplinarios por lo general se utilizan en lugar de métodos fundamentados en pruebas y, como consecuencia de ellos, muchas personas dependientes de la heroína y otros opiáceos sufren los síntomas de abstinencia sin recibir medicamentos, en lugar de administrárseles fármacos o la terapia de sustitución de opiáceos. La clasificación de la metadona y la buprenorfina como sustancias ilícitas crea un obstáculo adicional al acceso a esos tratamientos de la

⁴⁹ Observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), párr. 12 d).

⁵⁰ *Ibid.*, párr. 34.

⁵¹ Véase A/64/272, párrs. 28 y 88 a 91.

⁵² Observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), nota 55.

⁵³ N. Crofts, “Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches”, en *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁴ V. Mendelevich, “Narcology: Drug treatment in Russia”, en *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁵ J. E. Cohen y J. J. Amon, “Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China”, *Public Library of Science (PLoS Med)*, 5(12): e234 2008.

drogodependencia⁵⁶. La imposición de tratamientos obligatorios a expensas de la terapia de sustitución de opiáceos y otras intervenciones de reducción de daños también aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades, en particular del VIH/SIDA⁵⁷.

37. En algunos países puede suceder que se obligue a las personas a recibir tratamientos innecesarios desde el punto de vista médico porque no se distingue entre los consumidores ocasionales de drogas y los toxicómanos⁵⁸. Muchas de esas personas también pueden ser sometidas a tratamientos experimentales. El hecho de que no se proporcione al paciente la información necesaria para que pueda dar su consentimiento plenamente informado vulnera su disfrute del derecho a la salud.

38. Como se examinó en un informe anterior del Relator Especial⁵⁹, el requisito del consentimiento informado para seguir un tratamiento es un elemento fundamental del derecho a la salud, y ese requisito se cumple muy raras veces al administrar un tratamiento punitivo de manera forzosa. Las decisiones sobre la capacidad y la competencia y la necesidad de obtener el consentimiento informado deben adoptarse según las circunstancias de cada caso. El tratamiento prima facie en masa no cumple esas condiciones. Ha trascendido que en algunos países se han producidos arrestos en masa de consumidores de drogas, que luego han sido obligados a ingresar en centros de tratamiento obligatorio⁶⁰. Como resultado de este enfoque se obliga a las personas a recibir tratamiento sobre la base de exámenes médicos superficiales e insuficientes —si es que han llegado a realizarse.

39. Las personas que consumen drogas o son drogodependientes no carecen automáticamente de la capacidad para consentir en recibir tratamiento. La presunción de incapacidad basada en el consumo o la dependencia de drogas crea grandes posibilidades de que se cometan abusos. En muchos casos, la determinación de la incapacidad individual no es más que un pretexto para administrar un tratamiento obligatorio a las personas que consumen drogas. En vez de negar a los consumidores de drogas el derecho a ser partícipes de un tratamiento al que hayan dado su consentimiento deberían establecerse mecanismos de apoyo apropiados para superar los obstáculos que impiden obtener el consentimiento informado.

V. Acceso a los medicamentos sujetos a finalización

40. Millones de personas en todo el mundo necesitan medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor, la drogodependencia y otros problemas de salud, pero la disponibilidad de esas medicinas con frecuencia se ve limitada por reglamentos restrictivos, el funcionamiento deficiente del sistema de suministro y distribución y

⁵⁶ Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (Nueva York, 2009), pág. 87.

⁵⁷ Véase Open Society Institute, "Detention as Treatment" (mayo de 2010); R. Pearshouse, "Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 2002" (2009).

⁵⁸ OMS, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Ginebra, 2009). Puede consultarse en www.wpro.who.int/.

⁵⁹ Véase A/64/272.

⁶⁰ Véase D. Barrett et al., "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, 13º informe (2008).

la insuficiente capacidad del sistema de atención de la salud. Entre los países desarrollados y los países en desarrollo existe una alarmante diferencia en lo que se refiere a la disponibilidad y el suministro de medicamentos esenciales. Aunque en el mundo en desarrollo vive casi la mitad de los pacientes de cáncer del mundo y se producen casi todas las nuevas infecciones por el VIH, sólo se consume el 6% de la oferta de morfina para fines lícitos⁶¹. Alrededor del 89% de todos los medicamentos fiscalizados, incluida la morfina, se consume en América del Norte y Europa⁶². En su resolución 2005/25, el Consejo Económico y Social reconoció la necesidad de eliminar las barreras a la utilización de analgésicos opiáceos⁶³ y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha llegado a la conclusión en reiteradas ocasiones que la disponibilidad de medicamentos esenciales fiscalizados es demasiado limitada en muchos países⁶⁴.

41. Esos medicamentos suelen estar sometidos a restricciones excesivas por temor a que sean desviados de los usos médicos legítimos a usos ilícitos⁶⁴. Aunque es importante impedir el desvío de medicamentos, debe encontrarse un equilibrio entre ese riesgo y las necesidades del paciente que va a recibir tratamiento. La Convención Única sobre Estupefacientes reconoce el uso médico de los estupefacientes que son indispensables para mitigar el dolor⁶⁵. La UNODC y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ejercen funciones de supervisión con el fin de asegurar que los Estados cumplan las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados de fiscalización de drogas. Dado que muchas de las barreras que obstaculizan el acceso a los medicamentos esenciales fiscalizados son de carácter reglamentario, es posible cambiarlas con rapidez y sin grandes costos. Sin embargo, muchos países no han logrado adaptar sus sistemas de fiscalización de drogas de manera que se mantenga un suministro adecuado de medicamentos; esos sistemas a menudo se habían implantado antes de que se dieran a conocer o concibieran los métodos contemporáneos de tratamiento del dolor crónico y la drogodependencia⁶⁶. Ello constituye una infracción del derecho a la salud, pues el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha explicado que facilitar medicamentos esenciales es una obligación básica mínima dimanante de ese derecho⁶⁷ y que los Estados deben cumplir inmediatamente esta obligación inderogable independientemente de la limitación de recursos⁶⁸.

42. La restricción del acceso a los opiáceos tiene consecuencias obvias para la disponibilidad de la terapia de sustitución de opiáceos (véase el examen de este tema más adelante en la sección VI). No obstante, existen otras tres esferas principales en las que el acceso a los medicamentos fiscalizados resulta esencial: a) el tratamiento del dolor moderado a intenso, incluso como parte de los cuidados

⁶¹ Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.08.XI.1), pág. 22. Puede consultarse en www.incb.org/incb/es/annual-report-2007.html.

⁶² OMS, *Access to Controlled Medications Programme: Biennial Report 2006-2007* (WHO/PSM/QSM/2008), pág. 1.

⁶³ E/2005/INF/2/Add.1, pág. 74.

⁶⁴ Véase Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.09.XI.1).

⁶⁵ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, segundo preámbulo.

⁶⁶ OMS, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment* (Ginebra, 2000), pág. 6.

⁶⁷ Observación general núm. 14 (2000) (E/C.12/2000/4), párr. 43.

⁶⁸ *Ibid.*, párr. 47.

paliativos de personas que padecen enfermedades que acortan la vida; b) determinadas situaciones obstétricas de emergencia; y c) el tratamiento de la epilepsia.

43. El objetivo de los cuidados paliativos consiste en alcanzar la mejor calidad de vida posible para pacientes diagnosticados con enfermedades que pueden causar la muerte, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento⁶⁹. El dolor moderado a intenso es un síntoma común de esas enfermedades, entre ellas los tumores malignos en estadios avanzados, que requieren la administración de analgésicos opiáceos⁷⁰. La OMS califica a estos y otros analgésicos como medicamentos esenciales. Entre el 60% y el 90% de los pacientes con cáncer avanzado padecen dolor moderado a intenso que es necesario aliviar por esos medios, y es posible que alrededor del 85% de las personas que viven con el VIH sufran dolor sin recibir tratamiento para aliviarlo⁷¹. Puede darse el caso de que a pacientes con VIH que también son drogodependientes se les niegue el acceso tanto a la terapia de sustitución de opiáceos como a los cuidados paliativos. Las consecuencias del dolor crónico para el cual no se administra tratamiento no solo son físicas. Las personas que sufren dolor crónico tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad⁷¹. Los pacientes con dolor intenso a moderado que en lo fundamental no tienen acceso a cuidados paliativos manifiestan que preferirían morir en lugar de seguir viviendo con dolores intensos sin recibir alivio⁷².

44. Hay medicamentos sujetos a fiscalización que también son necesarios en tratamientos obstétricos de urgencia y en el tratamiento de la epilepsia pero el acceso a ellos sigue siendo limitado. Cada año, la hemorragia puerperal causa más de 100.000 muertes maternas⁷³. El uso de oxitocina y ergometrina, dos medicamentos fiscalizados que se utilizan en tratamientos obstétricos pero son de difícil acceso, reduce en más de la mitad el riesgo de hemorragia puerperal grave⁷³. De manera análoga, alrededor del 75% de los enfermos epilépticos de los países en desarrollo y hasta el 90% de los enfermos epilépticos de África no son tratados con medicamentos esenciales, en particular fenobarbital, lo que obedece en parte a que este es un medicamento fiscalizado⁷⁴.

45. El cumplimiento de las disposiciones de almacenamiento, suministro y prescripción de medicamentos sujetos a fiscalización puede ser oneroso para las instituciones y los trabajadores de la salud y crea obstáculos para el suministro de esos medicamentos. Por ejemplo, se imponen restricciones a la concesión de licencias a instituciones médicas para que prescriban medicamentos fiscalizados. Se ha informado que en algunos países solo se permite prescribir opiáceos a hospitales

⁶⁹ OMS, *WHO Definition of Palliative Care* (Ginebra, 2010). Puede consultarse en www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

⁷⁰ OMS, *Pain Relief Ladder* (Ginebra, 2010). Puede consultarse en www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

⁷¹ O. Gureje et al., "Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care", *JAMA*, vol. 80 (1998), págs. 147 a 151.

⁷² Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (Nueva York, 2009), págs. 18 a 20.

⁷³ OMS, *Datos y cifras núm. 336*, "Medicamentos: accesos a los medicamentos fiscalizados (sustancias narcóticas y psicotrópicas)", junio de 2010, pág. 10. Puede consultarse en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/es/index.html.

⁷⁴ *Ibid.*, pág. 1.

de “Nivel 1”⁷⁵. Los reglamentos también limitan el tipo o la cantidad de sustancias que puede recetar un médico. En algunos Estados se exige a los profesionales de la salud que, además de sus licencias profesionales, obtengan permisos especiales para recetar morfina⁷⁶. Las leyes de carácter restrictivo son un problema particular en los casos de la metadona y la buprenorfina, medicamentos utilizados en la terapia de sustitución de opiáceos. En algunos Estados se ha prohibido el uso de estos medicamentos⁷⁷.

46. Existen muchos mitos sobre el uso de los medicamentos sujetos a fiscalización: se dice, por ejemplo, que causan adicción, que no tratan el dolor de manera apropiada o que no es posible tratar el dolor crónico o terminal. Los propios profesionales de la salud suelen conocer poco sobre cuidados paliativos y se sienten incómodos al prescribir analgésicos opiáceos por temor a que creen dependencia⁷⁵, aunque las conclusiones de decenas de estudios afirmen lo contrario⁷⁸. En los lugares donde no se ofrece una capacitación apropiada, los profesionales de la salud tal vez no estén seguros de las implicaciones legales que entraña recetar esos medicamentos, sobre todo en caso de pacientes que consumen drogas ilícitas, y tal vez eviten hacerlo, lo que limita aún más la disponibilidad de medicamentos esenciales.

47. La asequibilidad es un elemento central del requisito de acceso inherente al derecho a la salud. Los medicamentos sujetos a fiscalización no tienen que ser gratuitos, pero su costo debe ser asequible. Sin embargo, incluso las medicinas que pueden fabricarse a bajo costo no son necesariamente asequibles para los consumidores, porque los fabricantes incurren en gastos considerables para cumplir los reglamentos, gastos que se transfieren al consumidor con el precio de mercado del medicamento. Por ejemplo, Cipla, un fabricante de medicamentos genéricos de la India, produce tabletas de morfina de 10 miligramos que se venden al por mayor a 0,017 centavos de dólar de los Estados Unidos cada una; sin embargo, el costo medio de la morfina suficiente para un mes de tratamiento en países de ingresos bajos y medianos es de 112 dólares, contra 53 dólares en los países industrializados⁷⁹. Además, se suele promover más el uso de medicamentos no genéricos en comparación con similares genéricos más baratos pero igualmente seguros y eficaces. Los medicamentos de marca suelen ser más costosos y, por consiguiente, no son asequibles para grandes sectores de la población, especialmente los grupos vulnerables, como los consumidores de drogas y las personas que viven con el VIH.

⁷⁵ Human Rights Watch, *Please, do not make us suffer any more ... Access to Pain Treatment as a Human Right*, (Nueva York, 2009), pág. 25.

⁷⁶ *Ibid.*, pág. 30.

⁷⁷ Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs* (Nueva York, 2009), pág. 84.

⁷⁸ OMS, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy* (Ginebra, 2000), págs. 8 y 9.

⁷⁹ S. Burris y C. Davis, “A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care”, *Centers for Law and the Public's Health: A Collaborative at the Johns Hopkins and Georgetown Universities* (2008), pág. 18.

VI. Un enfoque de la fiscalización de las drogas basado en los derechos humanos

48. Resulta prioritario que se adopte un enfoque basado en los derechos humanos en la lucha contra las drogas para prevenir las continuas violaciones de derechos derivadas de los enfoques aplicados actualmente a la restricción del suministro y la demanda, y que se avance hacia la creación de un sistema humano, que cumpla sus propios objetivos en materia de salud. En la actualidad, existe una falta de coordinación y de debate entre los organismos que se ocupan de la lucha contra las drogas y los que se ocupan de los derechos humanos en el ámbito internacional. Los enfoques basados en el cumplimiento de la ley se enmarcan, desde el punto de vista institucional, en el régimen internacional de fiscalización de las drogas, dado que estas actividades están radicadas en la UNODC, que dirige las iniciativas de las Naciones Unidas en la lucha contra la delincuencia organizada. Esta vinculación entre las esferas de la imposición de la ley y de la fiscalización de las drogas impide en parte que se adopte un enfoque basado en los derechos humanos y que se colabore con los organismos de las Naciones Unidas competentes en este ámbito.

49. Es necesario que se entienda que el sistema internacional de fiscalización de drogas vigente es ineficaz y hay que emprender reformas en todas las instancias normativas. Los gobiernos nacionales deberían implantar programas y normas encaminados a reducir los daños ocasionados por las drogas, destipificar o despenalizar su consumo y posesión, y reformar las regulaciones relativas a los medicamentos esenciales. Los organismos de las Naciones Unidas que participan en la lucha contra las drogas deben asegurar que exista coherencia en todo el sistema adoptando un enfoque de la fiscalización de drogas basado en los derechos humanos, lo que implica necesariamente el reconocimiento de que los derechos humanos son esenciales en su actividad. Estos cambios del sistema internacional también deberían marcar la pauta para las reformas nacionales y dotarlas de legitimidad.

A. Reducción de los daños ocasionados por las drogas y tratamiento basado en pruebas empíricas

50. Las iniciativas orientadas a reducir los daños tienen por objeto reducir los perjuicios asociados al uso de sustancias psicoactivas sin desaconsejar necesariamente su consumo⁸⁰, y es posible que se den en regímenes jurídicos restrictivos. Entre estas iniciativas figuran los programas de distribución de agujas y jeringuillas, la prescripción de medicamentos sustitutivos, las salas habilitadas para el consumo de drogas, los programas orientados a cambiar la vía de administración intravenosa, las prácticas para prevenir la sobredosis y los programas de extensión e información.

51. Los programas de distribución de agujas y jeringuillas, consistentes en facilitar material esterilizado para inyecciones a las personas que se administran drogas por vía intravenosa, han recibido el respaldo de la Organización Mundial de la Salud, que señala que existen pruebas convincentes de que contribuyen a reducir notablemente la infección por el VIH de manera rentable y sin consecuencias

⁸⁰ International Harm Reduction Association, *What is harm reduction?* (Londres, 2010), pág. 1.

negativas de importancia⁸¹. La aplicación de este tipo de programas se ajusta a principios básicos en el ámbito de la salud pública, según los cuales la eliminación del medio de transmisión (en este caso, las agujas infectadas) reduce el contagio de la enfermedad que trasmite⁸².

52. La terapia de sustitución de opiáceos es un enfoque terapéutico basado en pruebas empíricas consistente en la prescripción de medicamentos sucedáneos, como la metadona o la buprenorfina, para combatir la dependencia de los opiáceos. Este tipo de tratamiento reduce el consumo de drogas inyectables y el uso compartido de material para inyectarlas, por lo que disminuye el riesgo de contraer el VIH y otros virus transmitidos a través de la sangre⁸³. Disponer de la terapia de sustitución de opiáceos a escala mundial podría reducir las nuevas infecciones por el VIH en más de 100.000 casos⁸⁴, limitar considerablemente la incidencia de otras enfermedades transmitidas a través de la sangre, y recortar en casi un 90%⁸⁴ las muertes por sobredosis de opiáceos. En los lugares en los que no se dispone de este tipo de terapia, se observa una mayor incidencia de casos de sobredosis tras el tratamiento de la drogodependencia, debido a la menor tolerancia del individuo a la droga⁸⁵. Además, según indican numerosos estudios, el apoyo farmacológico resulta eficaz para tratar el síndrome de abstinencia de opiáceos⁸⁶ y prevenir que se recaiga en el uso de la droga⁸⁷.

53. Hay otras iniciativas como los programas informativos que también están concebidas para reducir al mínimo los daños que sufren los consumidores de drogas. En la actualidad existe poca información sobre su eficacia, debido en muchos casos a que están integrados en otros programas, pero su uso es frecuente⁸⁸. Según las conclusiones de un meta-análisis, los programas informativos redundan en cambios de comportamiento entre los drogodependientes que ayudan a reducir los riesgos, pero sus resultados varían dependiendo del diseño del programa⁸⁹. Los programas de extensión se utilizan para contactar a las personas que consumen drogas dentro de sus propias comunidades y facilitarles información, así como para referirlos a los servicios médicos y de análisis clínicos, entre otras actividades. Se ha observado

⁸¹ OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Ginebra, 2004), pág. 28.

⁸² S. Burris et al., "Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action", *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, núm. 3 (2000), pág. 219.

⁸³ L. Gowing et al., "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, núm. 4 (2008), págs. 27 a 29.

⁸⁴ OMS, *Nota informativa 2007: Access to Controlled Medications Programme* (Ginebra, 2007), pág. 1.

⁸⁵ Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009), pág. 18.

⁸⁶ Véase L. Gowing et al., "Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, núm. 3 (2009).

⁸⁷ L. Gowing et al., "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, núm. 4 (2008).

⁸⁸ N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", pág. 30. Disponible en www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html.

⁸⁹ J. E. Cross et al., "The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users", *Quality & Quantity*, vol. 32, núm. 2 (1998), pág. 176.

una disminución de alrededor del 27% en los comportamientos de riesgo tras mantener contacto con los servicios de extensión⁹⁰.

54. Otras iniciativas, como las clases de primeros auxilios y la administración de naloxona, un antagonista puro de los opiáceos que se utiliza para combatir la depresión del sistema nervioso central asociada a la sobredosis de ese tipo de sustancias, también contribuyen a reducir los daños asociados a la sobredosis de drogas, al igual que las salas habilitadas para el consumo de drogas, donde los consumidores se administran las drogas en un entorno asistido. Entre las ventajas que pueden ofrecer estas salas figuran la prevención del contagio de enfermedades y un menor deterioro de las venas, así como la promoción del tratamiento y de otros servicios. Existen pruebas de que este tipo de salas ha contribuido a una disminución de los índices de sobredosis y a un mayor acceso a los servicios médicos y sociales⁹¹.

55. Conforme al artículo 12 c) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los países están obligados a adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las epidemias. Dado que la infección por el VIH ha cobrado proporciones de epidemia entre los grupos que utilizan drogas, en especial en las prisiones, los Estados están explícitamente obligados a adoptar medidas directas al respecto. En el párrafo 1) b) del artículo 15 del Pacto también se estipula que toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del progreso científico. Dado que existe un importante cúmulo de pruebas que demuestran la eficacia de los programas y las medidas de reducción de daños, los Estados partes tienen la obligación de aplicar este tipo de iniciativas, cuya aplicación sigue siendo insuficiente en todo el mundo. En la actualidad, 93 países y territorios apoyan el enfoque basado en la reducción de los daños causados por las drogas⁹². En 2009, 82 países contaban con programas de distribución de agujas y jeringuillas, 70 países disponían de programas de terapia de sustitución de opiáceos, y en 66 existían iniciativas de ambos tipos⁹³. Sin embargo, se ha confirmado que 55 países donde se consumen drogas inyectables carecen de programas de distribución de agujas y jeringuillas, y en 66 no había terapia de sustitución de opiáceos⁹⁴. Suscita especial preocupación que este tipo de terapia no se encuentre disponible en 29 países de África y el Oriente Medio, sobre todo habida cuenta del grave problema que plantea la infección por el VIH en toda África⁹⁴.

1. VIH/SIDA

56. La legislación y las medidas en materia de drogas repercuten en la lucha contra la infección por el VIH debido a los hábitos asociados al consumo de drogas, en especial, a la práctica de compartir agujas mediante la cual se puede contagiar el VIH. Aproximadamente, 1 de cada 10 nuevas infecciones por el VIH en el mundo se debe al uso de drogas inyectables, y hasta un 90% de las infecciones se da entre los

⁹⁰ A. Ritter y J. Cameron, "A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs", *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, núm. 6 (2006), pág. 615.

⁹¹ N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", págs. 31 y 32.

⁹² International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction 2010* (Londres, 2010), pág. 8.

⁹³ B. Mathers et al., "HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage", *The Lancet*, vol. 375 (2010), págs. 1018 y 1019.

⁹⁴ *Ibid.*, págs. 1019 a 1021.

consumidores de drogas inyectables en regiones como Europa Oriental y Asia Central⁹⁵. En los lugares donde no se aplican medidas para reducir los daños, la prevalencia del VIH en este grupo puede ascender al 40% o incluso a un porcentaje superior en el plazo de uno o dos años a partir de la introducción del virus en la comunidad⁹⁶.

57. El riesgo de transmisión del virus a través del uso compartido de agujas se puede atajar utilizando los principios de reducción de daños. La puesta en marcha de programas de distribución de agujas y jeringuillas se corresponde en gran medida con una reducción de los comportamientos de riesgo que predisponen a los consumidores de drogas inyectables a contraer el VIH⁹⁷. Este tipo de programas tiene otras ventajas como el aumento de la participación en los programas de tratamiento del VIH⁹⁸. Sin embargo, la cobertura actual de los programas de distribución de agujas y jeringuillas, la terapia de sustitución de los opiáceos y el tratamiento con antirretrovirales no basta para prevenir la transmisión del VIH en la inmensa mayoría de los países donde se consumen drogas inyectables⁹⁹. La financiación destinada a lograr que los consumidores de drogas inyectables tengan acceso universal a los servicios de prevención de la infección por el VIH asciende en la actualidad a la vigésima parte del monto necesario¹⁰⁰.

58. Las Naciones Unidas han declarado que se deberían realizar actividades de extensión, programas de distribución de agujas y jeringuillas y tratamientos de la dependencia basados en pruebas empíricas (entre otros, terapia de sustitución de los opiáceos) para reducir al máximo el riesgo de transmisión del VIH entre los usuarios de drogas¹⁰¹. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoció que las actividades encaminadas a reducir los daños ocasionados por las drogas constituían un elemento esencial de las respuestas nacionales a la dependencia de drogas ilícitas y ha formulado recomendaciones a los Estados partes. En su resolución 12/27, el Consejo de Derechos Humanos también reconoció la necesidad de ofrecer un completo “conjunto de servicios a los usuarios de drogas inyectables, entre ellos programas de reducción de daños en relación con el VIH”¹⁰².

2. Centros de detención

59. Los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud absteniéndose de denegar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos¹⁰³. Muchos Estados han empezado a aplicar programas de reducción de daños en los centros de

⁹⁵ OMS (Europa), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (Copenhague, 2005), pág. 3.

⁹⁶ *Ibid.*, pág. 5.

⁹⁷ A. Wodak y A. Cooney, “Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence”, *Substance Use & Misuse*, (2006), vol. 41, núms. 6 y 7, pág. 792.

⁹⁸ *Ibid.*, pág. 799.

⁹⁹ Mathers et al., “HIV prevention”, pág. 1025.

¹⁰⁰ G. V. Stimson et al., “Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis” (International Harm Reduction Association, 2010).

¹⁰¹ Subcomité de Fiscalización de Drogas del Comité Administrativo de Coordinación (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Anexo al informe del octavo período de sesiones del Subcomité de Fiscalización de Drogas (28 y 29 de septiembre de 2000), párrs. 3 a 10.

¹⁰² A/HRC/12/50, secc. I.

¹⁰³ Observación general núm. 14 (E/C.12/2000/4), párr. 34.

tratamiento, en vista de que los regímenes punitivos anteriores han generado las tasas de incidencia del VIH de más rápido crecimiento en el mundo¹⁰⁴. No obstante, en la actualidad solo existen programas de distribución de agujas y jeringuillas en los centros de detención de 10 países, y menos de 40 países ofrecen la terapia de sustitución de opiáceos como mínimo en un centro penitenciario¹⁰⁵.

60. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales impone a los Estados partes diversas obligaciones de efecto inmediato, como la garantía de que los derechos serán ejercidos sin discriminación alguna¹⁰⁶. Facilitar programas de reducción de daños y tratamientos basados en pruebas empíricas al público en general, pero no a las personas detenidas, contraviene la legislación internacional. De hecho, dados los riesgos para la salud que conlleva el encarcelamiento, el Relator Especial considera que probablemente sea necesario aplicar nuevas medidas en las prisiones para cumplir los objetivos en materia de salud pública. En el contexto del VIH y de las actividades de reducción de daños, ello exige la puesta en marcha de servicios de reducción de daños en los centros de detención incluso allí donde aún no se ofrecen a la comunidad, ya que el principio de equivalencia resulta insuficiente para hacer frente a la epidemia entre los reclusos¹⁰⁷.

61. En la Recomendación de Madrid de 2009 se señala que hay pruebas abrumadoras de la eficacia de las medidas de protección de la salud, entre otras, las medidas de reducción de daños, en las prisiones¹⁰⁸. En la Recomendación de Madrid se establece que el tratamiento de los usuarios de drogas, junto con medidas de reducción de daños como los programas de distribución de agujas y jeringuillas, constituyen una necesidad urgente en todos los sistemas penitenciarios¹⁰⁹. También se observa que el tratamiento de la drogodependencia es de una gran eficacia para reducir la delincuencia: el tratamiento o la atención dentro de la prisión, o bien como alternativa a la reclusión, reduce las tasas de recaída, la transmisión del VIH y la reincidencia en el delito¹¹⁰. De este modo, el tratamiento de la drogodependencia protege no solo al individuo, sino a la sociedad en su conjunto, y combate el círculo vicioso de la reincidencia, que expone al riesgo a otros detenidos. Dado que los programas de reducción de daños son rentables y relativamente fáciles de gestionar en entornos cerrados, su aplicación en los centros de detención debería revestir carácter de urgencia.

¹⁰⁴ Open Society Institute, “At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global ‘War on Drugs’” (2009), pág. 81.

¹⁰⁵ International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction 2010* (Londres, 2010), pág. 105.

¹⁰⁶ E/C.12/2000/4, párr. 30.

¹⁰⁷ Véase R. Lines, “From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons”, *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, núm. 4 (2006), págs. 269 a 280.

¹⁰⁸ OMS (Europa), *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* (Madrid, 2009), pág. 3.

¹⁰⁹ *Ibid.*, pág. 4.

¹¹⁰ UNODC y OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Ginebra, 2008), pág. 14.

B. Destipificación y despenalización

62. El Relator Especial considera que continuar imponiendo condenas penales por el consumo y la posesión de drogas perpetúa muchos de los principales riesgos ligados al uso de estas sustancias, y aboga por que se estudien enfoques menos restrictivos de la fiscalización de drogas, como la destipificación o la despenalización. La destipificación como delito del consumo de drogas no se puede equiparar sin más a la *legalización*. En el caso de la destipificación, el consumo y la tenencia de drogas pueden seguir estando jurídicamente prohibidos, pero, o bien no se aplican condenas penales por dichos delitos, o solo se imponen condenas leves. La destipificación conlleva por lo general la total supresión de las sentencias penales por la conducta en cuestión (en su lugar, se podrán aplicar sanciones administrativas), mientras que la despenalización exige la eliminación de las sentencias privativas de libertad, aunque la conducta sigue siendo constitutiva de delito penal¹¹¹. En cambio, la legalización implica que no pesan prohibiciones sobre la conducta en cuestión.

63. Los tratados internacionales en materia de fiscalización de drogas dan cabida a un buen número de interpretaciones de buena fe que permiten las reformas legislativas nacionales¹¹², incluso si no se introducen cambios importantes en el régimen internacional de fiscalización de las drogas. Por ejemplo, el párrafo 2) del artículo 3, de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 se estipula que la obligación de tipificar como delito el consumo personal está supeditada a los principios constitucionales del Estado y a los conceptos de su ordenamiento jurídico. Por ejemplo, el Tribunal Supremo de Argentina dictaminó recientemente que la aplicación de sanciones penales por posesión de marihuana para consumo personal es inconstitucional. Por consiguiente, Argentina ha adoptado medidas legislativas para destipificar como delito el consumo personal de drogas. México también destipificó recientemente la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal. Ambos países recibieron críticas de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, basadas sobre todo en que las enmiendas transmiten un mensaje erróneo a la opinión pública¹¹³.

64. Asimismo, en 2001 Portugal destipificó la adquisición, la tenencia y el consumo de todas las drogas ilícitas para uso personal, que tipificó como infracciones administrativas¹¹⁴. En esta legislación se prevé la imposición de sanciones pecuniarias y no pecuniarias, y se dispone la anulación de las sanciones si el infractor se somete a tratamiento. Frente a la reacción de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en el caso de Argentina y México, se ha considerado que la destipificación hasta este grado está en consonancia con la Convención de 1988¹¹⁵. La impresión general fue que, lejos de indicar al público

¹¹¹ G. Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Cato Institute, Washington, D.C., 2009), pág. 2.

¹¹² G. Harris, "Decriminalisation: pushing the limits of drug control", Conferencia de la International Harm Reduction Association, Liverpool, 27 de abril de 2010.

¹¹³ INCB, *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009* (E/INCB/2009/1), págs. 68 y 75.

¹¹⁴ Artículo 2 1), Decreto ley núm. 183/2001, de 21 de junio de 2001 (Portugal).

¹¹⁵ INCB, *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2004* (E/INCB/2004/1), págs. 80.

que se toleraba el uso de drogas, la destipificación era la opción más indicada para reducir al máximo los problemas ligados a las drogas en Portugal, principalmente porque eliminaba el estigma que pesaba sobre el consumo de drogas y propiciaba que un número mayor de usuarios accediera al tratamiento¹¹⁶.

65. Varios Estados más han despenalizado diversas modalidades de consumo y posesión de drogas, ya sea promulgando legislación al efecto o mediante la despenalización de hecho, de modo que la legislación en materia de drogas no se aplique de manera estricta. En España se mantienen las sanciones penales por consumo de drogas, aunque nunca se encarcela a los encausados únicamente por cargos de consumo¹¹⁶. En los Países Bajos y en Alemania la posesión para uso personal sigue siendo ilegal de iure, pero no se imponen condenas por contravenir estas leyes¹¹⁷. No obstante, está claro que esta solución es, en el mejor de los casos, insuficiente.

66. La destipificación y la despenalización entrañan la posibilidad de reducir los riesgos asociados al uso de drogas y aumentar la participación de quienes las consumen en los tratamientos. En Portugal, tras la destipificación, el consumo de drogas disminuyó en cifras absolutas entre los principales grupos demográficos y descendieron tanto la mortalidad ligada a la droga como las nuevas infecciones por el VIH entre los drogodependientes¹¹⁸. El número de personas sometidas a terapia de sustitución también ascendió de 6.040 a 14.877 entre 1999 y 2003¹¹⁹.

67. Cabe destacar que, por ejemplo en Portugal, la destipificación se produjo de forma paralela a otras iniciativas, como una notable ampliación de los programas de tratamiento de drogas, campañas de información sobre las drogas y la reorientación de las actividades policiales hacia la interrupción de las operaciones de tráfico de drogas¹¹⁹, lo que demuestra que, por sí solo, la reforma legislativa no basta para reducir de manera importante los daños ocasionados por el uso de drogas. Cuando la destipificación viene acompañada por programas de tratamiento, campañas de información y otras iniciativas realizadas a la escala necesaria, por ejemplo, para frenar la propagación de los virus de transmisión sanguínea, es cuando el derecho a la salud de todas las personas se ejerce de una manera más eficaz.

68. La despenalización de ciertos delitos relacionados con las drogas también redundaría en una disminución de las tasas de encarcelamiento, lo que a su vez reduciría los riesgos para la salud ligados a la reclusión penitenciaria. La penalización excesiva también puede generar saturación y malas condiciones en las cárceles, y de por sí ha creado una tendencia favorable a que se suavicen ciertas leyes relativas al uso de drogas¹²⁰. La despenalización se ha llevado a cabo recientemente en Brasil, donde se abolieron las penas de prisión por posesión de drogas para uso personal, que se reemplazaron por programas informativos¹²¹.

69. Además de los cambios legislativos, revisten especial importancia la reeducación y la sensibilización del personal encargado de hacer cumplir la ley,

¹¹⁶ C. Hughes y A. Stevens, "What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?" *British Journal of Criminology* (de próxima publicación).

¹¹⁷ M. Jelsma, "Salir de la oscuridad", *Newsweek Argentina*, 19 de agosto de 2009.

¹¹⁸ *Ibid.*, págs. 15 a 17.

¹¹⁹ C. Hughes y A. Stevens, "The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14 (2007), pág. 2.

¹²⁰ *Ibid.*, pág. 9.

¹²¹ Véase la Ley núm. 11.343/2006, artículo 28.

especialmente en vista del riesgo que crean las prácticas policiales estrictas. Por ejemplo, durante la década de 1980 la prevalencia del VIH era mucho más elevada entre las personas que se inyectaban drogas en Edimburgo, donde la policía imponía rigurosamente las leyes que prohibían la posesión de agujas, que en la cercana ciudad de Glasgow, donde la ley no se imponía de manera tan estricta¹²². Toda iniciativa encaminada a destipificar o despenalizar el uso o la posesión de drogas debe ir acompañada por estrategias adecuadas para garantizar que remita el temor y la estigmatización reforzados por un exceso de medidas policiales.

C. Uso de indicadores y directrices relativos a los derechos humanos

70. La formulación de directrices internacionales relativas a la aplicación de los tratados internacionales de fiscalización de drogas permitiría que se abordara detalladamente la relación entre las iniciativas de lucha contra las drogas y los derechos humanos y que los Estados determinaran si esas iniciativas están en consonancia con el enfoque centrado en el derecho a la salud. Tales directrices deberían resaltar el carácter vulnerable de los grupos marginados, como los usuarios de drogas y las personas que viven con el VIH, los más expuestos a las violaciones de los derechos humanos derivadas de los regímenes de fiscalización de drogas. Estas directrices deben ser fruto de un proceso de consulta incluyente, participativo y transparente con los grupos afectados. Ya se han creado directrices internacionales que sirven de pauta para las medidas y los programas nacionales en materia de VIH y en las actividades contra el terrorismo, que destacan cómo se deben aplicar las normas relativas a los derechos humanos en cada contexto y enumeran medidas prácticas que los Estados deberían emprender para tratar estos temas con arreglo a un enfoque basado en los derechos humanos.

71. Durante los últimos 10 años, en este procedimiento también se ha estudiado el uso de indicadores sanitarios, como parte de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos¹²³. Un enfoque basado en los derechos humanos es aquel que requiere “mecanismos de supervisión y de rendición de cuentas eficaces, transparentes y accesibles”¹²³. Los indicadores basados en los derechos humanos se están utilizando en muchas esferas, como las de la reducción de la pobreza y el desarrollo y en otras de vital importancia, para garantizar que los Estados cumplan todas las obligaciones que emanan de los distintos derechos humanos. El anterior Relator Especial sugirió tres categorías de indicadores: indicadores estructurales, de proceso y de resultados. Los indicadores estructurales, que con frecuencia se enmarcan en una pregunta que requiere una respuesta sí/no, se ocupan de si existen o no estructuras y mecanismos fundamentales, mientras que los indicadores de proceso y de resultados utilizan referencias que se cuantifican frecuentemente mediante un porcentaje o una cifra, y que por tanto exigen una investigación y un análisis más complejos¹²⁴. Los indicadores de proceso miden las iniciativas del Estado orientadas a hacer valer el derecho a la salud, mientras que los indicadores de resultados miden el efecto de dichas iniciativas sobre la salud de la población. Estos indicadores crean unos criterios que se pueden aplicar a los Estados, lo que les

¹²² R. MacCoun y P. Reuter, “Harm Reduction in Europe”, *Drug war heresies: learning from other vices, times and places* (Cambridge, 2001) pág. 266.

¹²³ Véase E/CN.4/2006/48, secc. II.

¹²⁴ Véase A/58/427, párr. 25.

permite cuantificar sus logros graduales, así como demostrar con datos las deficiencias cuando se producen.

72. El Relator Especial sugiere que las organizaciones internacionales creen indicadores similares a los descritos anteriormente:

- a) Indicadores estructurales:
 - i) Disponibilidad de la terapia de sustitución de opiáceos, los programas de distribución de agujas y jeringuillas y otras iniciativas de reducción de daños;
 - ii) Adopción por parte del Estado de una lista de medicamentos esenciales;
 - iii) Disponibilidad de dichos medicamentos esenciales;
 - iv) Aplicación de medidas alternativas o legislación similar para las personas dependientes de las drogas sometidas al sistema de justicia penal;
- b) Indicadores de proceso:
 - i) Porcentaje de centros de detención en los que se aplican medidas de reducción de daños;
 - ii) Porcentaje de consumidores de drogas que reciben terapia antirretroviral (si procede);
 - iii) Porcentaje de personas dependientes de las drogas que recibe el tratamiento adecuado (conforme a lo estipulado por la UNODC y la OMS);
- c) Indicadores de resultados:
 - i) Porcentaje de consumidores de drogas infectados con el VIH;
 - ii) Porcentaje de personas recluidas en centros de detención infectadas con el VIH.

D. Marcos reguladores alternativos en materia de fiscalización de drogas

73. El Relator Especial considera que existe la necesidad a largo plazo de estudiar alternativas al sistema actual de control de drogas. Podría utilizarse como modelo el Convenio Marco para el Control del Tabaco, y regular ciertos medicamentos fiscalizados de manera similar al tabaco. El Convenio Marco, cuyo propósito es reducir el daño social, ambiental y para la salud pública asociado al humo del tabaco mediante la creación de un marco que permita una disminución constante del consumo del tabaco en el mundo, representa un cambio de paradigma en la formulación de una estrategia reguladora de las sustancias que crean dependencia, a fin de proteger a los consumidores de drogas y los toxicómanos al tiempo que se reducen al máximo los daños asociados a las drogas. Un nuevo marco regulador relativo a las drogas distintas del tabaco exigirá que se evalúen las pruebas científicas de los efectos de una droga sobre el individuo y sobre el público, así como las repercusiones en materia de salud pública y derechos humanos de cada sustancia sujeta a fiscalización. La incorporación a este programa se decidiría caso por caso.

74. Las medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco no relacionadas con los precios ofrecen el mejor ejemplo del tipo de salvaguardias y regulaciones

que podrían reemplazar el marco vigente basado en la imposición de la ley. Entre tales medidas figura la reglamentación del contenido de las drogas, las campañas de educación y sensibilización, así como las iniciativas encaminadas a reducir la dependencia y abandonar el consumo. La aplicación de este tipo de medidas hará valer el derecho a la salud, entre otros medios, garantizando la oferta de drogas sin adulterar, creando conciencia a nivel individual y comunitario para reducir al máximo los riesgos, y asegurando el acceso al tratamiento adecuado cuando sea necesario. Por lo general, el grado de aplicación de la práctica totalidad de estas medidas por las partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco es elevado, lo que sugiere que podría darse el mismo caso con las drogas actualmente sujetas a fiscalización.

75. Además, el marco propuesto permitiría el consumo de drogas como práctica tradicional y arraigada en la cultura, cuyas repercusiones para la salud pública son muy limitadas, según se ha demostrado. Tal es el caso de la hoja de coca en Bolivia y de diversas variantes del cannabis en la India. El régimen existente ha privado a millones de personas de su forma de ganarse la vida y les ha vedado el uso tradicional de las drogas debido a las prohibiciones sobre el cultivo y a los métodos de erradicación, extremadamente dañinos, utilizados para limitar la producción. Este tipo de sanciones ni se justifican ni contribuyen a restringir el uso de las drogas.

VII. Recomendaciones

76. **Los Estados Miembros deberían:**

- **Garantizar que todas las medidas encaminadas a reducir los daños ocasionados por las drogas (conforme los detalla el ONUSIDA) y los servicios destinados a tratar la dependencia de las drogas, en especial, la terapia de sustitución de opiáceos, estén a disposición de los consumidores de drogas, sobre todo entre la población penitenciaria.**
- **Destipificar como delito o despenalizar la posesión y el uso de drogas.**
- **Derogar o reformar de manera importante la legislación y las normas que coartan la prestación de servicios de salud esenciales a los consumidores de drogas, y examinar las iniciativas relativas a la imposición de la ley en materia de fiscalización de drogas para garantizar que se cumplan las obligaciones ligadas a los derechos humanos.**
- **Enmendar las leyes, las regulaciones y las normas para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales sujetos a fiscalización.**

77. **Los organismos de las Naciones Unidas competentes en materia de fiscalización de drogas deberían:**

- **Integrar los derechos humanos en la respuesta al problema de las drogas a través de leyes, medidas y programas.**
- **Fomentar una mayor relación y diálogo entre las entidades de las Naciones Unidas que se interesan por los efectos del consumo y el mercado de las drogas, y las políticas y los programas de fiscalización de drogas.**
- **Estudiar la creación de un mecanismo permanente, como una comisión independiente, que permitiera a las entidades que operan en el ámbito de**

los derechos humanos contribuir a la elaboración de la normativa en materia de drogas, y supervisar su aplicación nacional, con el objetivo principal de velar por la salud y los derechos humanos de los consumidores de drogas y las comunidades en las que viven.

- Formular directrices que sirvan de referencia a las entidades competentes para adoptar un enfoque de la fiscalización de drogas basado en los derechos humanos, y crear e implantar indicadores basados en los derechos en el ámbito de la fiscalización de drogas y del derecho a la salud.
 - Considerar a largo plazo la creación de un marco regulador alternativo en materia de drogas, basado en modelos como el Convenio Marco para el Control del Tabaco.
-