

INFORME DE POSICIÓN

POLÍTICA DE DROGAS Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD

Junio de 2019





**COMISIÓN GLOBAL
DE POLÍTICA DE DROGAS**



LOUISE ARBOUR
Ex Alta Comisionada para los
Derechos Humanos, Canadá



PAVEL BÉM
Ex Alcalde de Praga,
República Checa



RICHARD BRANSON
Emprendedor, fundador
del Grupo Virgin,
cofundador de The Elders,
Reino Unido



**FERNANDO HENRIQUE
CARDOSO**
Ex Presidente de Brasil
(Presidente fundador)



MARIA CATTUI
Ex Secretaria General de la
Cámara Internacional de Comercio,
Suiza



HELEN CLARK
Ex Primera Ministra de Nueva
Zelanda y Administradora del
Programa de Naciones Unidas para
el Desarrollo



NICK CLEGG
Ex Vice Primer Ministro
de Reino Unido



RUTH DREIFUSS
Ex Presidenta de Suiza
y Ex Ministra del Interior
(Presidenta)



MOHAMED ELBARADEI
Director General Emérito
del Organismo Internacional
de Energía Atómica, Egipto



CÉSAR GAVIRIA
Ex Presidente de Colombia



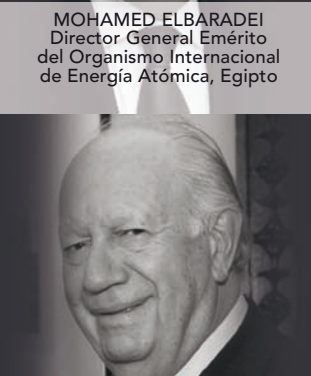
ANAND GROVER
Ex Relator Especial de las
Naciones Unidas sobre
el derecho a la salud, India



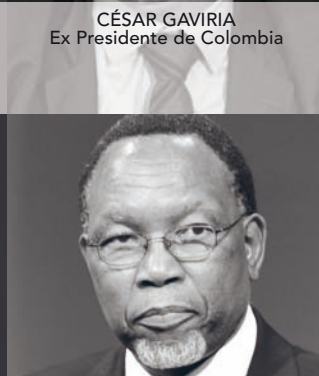
MICHEL KAZATCHKINE
Ex Director Ejecutivo del Fondo
Mundial para la lucha contra el VIH/
SIDA, la tuberculosis y la malaria,
Francia



ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ex Presidente de Polonia



RICARDO LAGOS
Ex Presidente de Chile



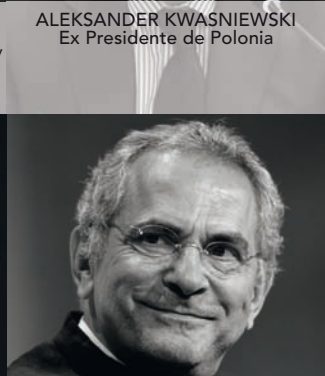
KGALEMA MOTLANTHE
Ex Presidente de Sudáfrica



OLUSEGUN OBASANJO
Ex Presidente de Nigeria



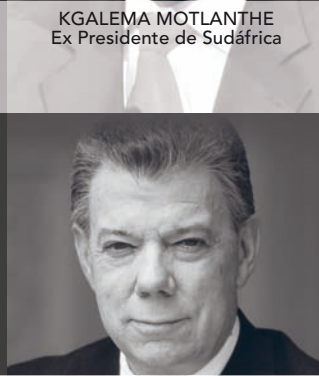
GEORGE PAPANDREOU
Ex Primer Ministro de Grecia



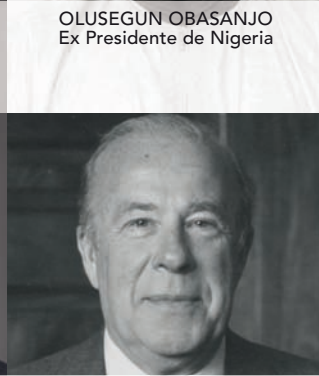
JOSÉ RAMOS-HORTA
Ex Presidente de Timor-Leste



JORGE SAMPAIO
Ex Presidente de Portugal



JUAN MANUEL SANTOS
Ex Presidente de Colombia



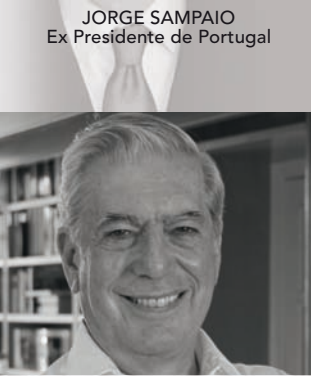
GEORGE SHULTZ
Ex Secretario de Estado de
Estados Unidos de América
(Presidencia honoraria)



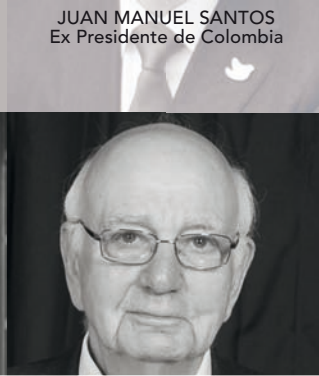
JAVIER SOLANA
Ex Alto Representante del Consejo
para la Política Exterior y de
Seguridad Común de la
Unión Europea, España



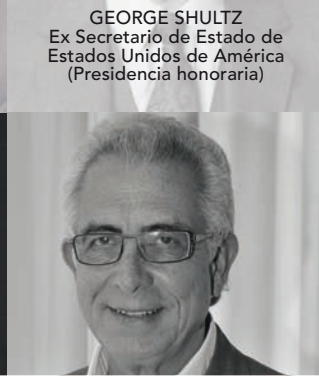
CASSAM UTEEM
Ex Presidente de Mauricio



MARIO VARGAS LLOSA
Escritor e intelectual público,
Perú



PAUL VOLCKER
Ex Presidente de la Reserva Federal
de Estados Unidos y del Consejo
para la Reconstrucción Económica



ERNESTO ZEDILLO
Ex Presidente de México

POLÍTICA DE DROGAS Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD

ÍNDICE

PREFACIO	4
RESUMEN EJECUTIVO	6
BREVE RESEÑA SOBRE EL ENCARCELAMIENTO Y LAS DROGAS	8
LAS CÁRCELES EN EL MUNDO	8
Recurso excesivo a la privación de libertad	8
Hacinamiento en las cárceles	9
DETENCIÓN Y PRISIÓN PREVENTIVA	9
Detención preventiva: derechos de las personas que usan drogas	10
Prisión preventiva: la fuente del hacinamiento carcelario	10
PERSONAS QUE USAN DROGAS Y CÁRCELES	12
La 'guerra contra las drogas' y los tratados internacionales	12
Uso de drogas entre personas reclusas	14
SALUD Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD	14
LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROLIFERAN EN LAS CÁRCELES	14
VIH, tuberculosis y hepatitis C impulsados por el encarcelamiento	14
Tuberculosis	15
Uso de drogas y malas condiciones de detención: la 'tormenta perfecta'	16
EL DERECHO A LA SALUD EN LAS CÁRCELES:	
OBLIGACIONES EN VIRTUD DEL DERECHO INTERNACIONAL	19
EXCARCELACIONES MAL PREPARADAS Y RIESGOS SANITARIOS	20
CENTROS DE DETENCIÓN OBLIGATORIA DE DROGAS Y DETENCIÓN ADMINISTRATIVA	23
CENTROS DE DETENCIÓN OBLIGATORIA RELACIONADOS CON LAS DROGAS	23
DETENCIÓN OBLIGATORIA EN CENTROS PRIVADOS DE TRATAMIENTO DE DROGAS	25
DETENCIÓN ADMINISTRATIVA	27
Mujeres embarazadas	27
Personas migrantes sin documentación	28
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	32



Reclusos en la cárcel de Mafanta, en Magburaka (Sierra Leona). En 2016, la Comisión de Derechos Humanos de Sierra Leona calificó de 'inhumanas' la depauperación y la falta de programas de rehabilitación y educación en las cárceles del país. © SAIDU BAH/AFP/Getty Images 2018

PREFACIO

El encarcelamiento representa la expresión más manifiesta de los fracasos de las políticas de drogas basadas en la prohibición: su incapacidad para reducir la demanda de drogas, a pesar de que los Estados lleven 30 años castigando su consumo, y su incapacidad para reducir la oferta de drogas y el poder de la delincuencia organizada transnacional, a pesar de que el régimen de fiscalización internacional de drogas lleva más de un siglo en funcionamiento. Por encima de todo, el encarcelamiento ejemplifica el costo humano de estas políticas fracasadas. La población penitenciaria a escala mundial se ha disparado en las últimas tres décadas, en gran parte debido al sistema represivo establecido por el régimen internacional de fiscalización de drogas y las leyes nacionales que se derivan de él. Desde nuestro punto de vista, la privación de libertad constituye la respuesta equivocada frente al uso de drogas y a los delitos de carácter leve y no violentos generados por el mercado ilegal. Por este motivo, desde que se estableció, la Comisión Global de Política de Drogas ha estado abogando por que se despenalice el consumo de drogas ilegales, así como por que se apliquen alternativas al encarcelamiento a las personas que han cometido un delito porque se han visto obligadas a recurrir a actividades ilegales, ya sea por la falta de otras oportunidades para ganarse la vida o porque se han visto coaccionadas por organizaciones delictivas.

La cárcel constituye, indefectiblemente, una respuesta ineficaz, ya que no tiene en cuenta las causas sociales y psicológicas que radican en el consumo problemático de drogas, la marginación económica y social de los productores tradicionales de coca, cannabis o amapola, ni la situación de las mujeres que se dedican al contrabando de pequeñas cantidades de drogas, vendedores en la calle o vigilantes. La cárcel también es la respuesta equivocada porque las personas que están reclusas son vulnerables, están expuestas a riesgos para los cuales no están bien preparadas y dependen de quienes dirigen su vida diaria. Aquí se encuentra la paradoja del encarcelamiento: la privación de libertad implica, de forma inevitable, que la persona no pueda pensar por sí misma y autosostenerse, en un entorno donde existe un alto riesgo de violencia, se pueden dar situaciones de promiscuidad, y la persona está aislada de amigos y familiares.

A pesar de que estén prohibidas, la realidad es que las drogas ilegales y otras sustancias psicoactivas están muy presentes en las cárceles. Por lo tanto, si las personas reclusas que consumen drogas también carecen de acceso a los medios que les permitirían reducir los daños

asociados con el uso, estarán expuestas a riesgos para la salud que son mucho mayores de lo que podrían ser fuera de la cárcel. Así pues, resulta fundamental que se ofrezca un abanico amplio de opciones de tratamiento para la dependencia, como las terapias de mantenimiento con opioides, y que se autorice el acceso a servicios de reducción de daños. Todas estas medidas, que han demostrado su eficacia para proteger a las personas frente a la transmisión del VIH, la hepatitis y la tuberculosis, se deben aplicar en los centros de detención, establecimientos que son, por sí mismos, más 'patógenos', algo que se ve exacerbado por el hacinamiento. También se debe prestar una atención especial a los riesgos a los que están expuestas las personas que usan drogas cuando salen de la cárcel, ya que la transición hacia sus vidas anteriores está marcada por unas mayores tasas de sobredosis que en la población general.

La detención puede adoptar muchas formas: centros carcelarios y penitenciarios para la detención o la prisión preventiva, o la ejecución de una condena, centros de detención para personas refugiadas y migrantes en situación ilegal que esperan que se decida sobre su solicitud de asilo, y centros de tratamiento obligatorio de drogas. Los derechos humanos en estos establecimientos se deben respetar del mismo modo que en la comunidad general: las personas que están reclusas deben estar protegidas frente a los tratos crueles, inhumanos o degradantes, y deben gozar de acceso a servicios eficaces de atención, prevención y tratamiento, basados en el consentimiento del paciente y la confidencialidad. La garantía de estos derechos entre las personas reclusas es responsabilidad compartida de profesionales de la salud, personal penitenciario y autoridades estatales, que legislan, juzgan o asignan presupuestos y destinan fondos; todos estos actores comparten la responsabilidad de velar por que se respeten estos derechos de las personas privadas de libertad. No existe castigo ni pena de cárcel que anule estos derechos.

La Comisión Global, que sigue abogando por reformas más sostenibles y de mayor alcance en el ámbito de las políticas de drogas, no puede ignorar la situación de encarcelamiento y violaciones de derechos humanos afines que impera en la actualidad. Esta situación urge a que las autoridades políticas, penitenciarias y médicas asuman las responsabilidades que les corresponden.

Ruth Dreifuss, *Expresidenta de Suiza*



RESUMEN EJECUTIVO

Desde que se estableció, la Comisión Global de Política de Drogas ha estado abogando por que se despenalice el consumo de drogas ilegales, así como por que a quienes han cometido un delito leve y no violento se les apliquen alternativas al encarcelamiento. Actualmente, hay más de 10 millones de personas encarceladas en el mundo. Una de cada cinco está presa por un delito relacionado con drogas y, de estas, el 83 % cumple condena simplemente por la posesión para uso personal. La Comisión considera que el encarcelamiento representa un reflejo de la incapacidad de las políticas de drogas basadas en la prohibición para lograr sus objetivos, así como del fracaso por la no-aplicación de políticas que priorizarían la salud y los derechos de las personas y las comunidades por encima de la vía de la justicia penal.

La cárcel es la consecuencia de los fracasos de la política de drogas: su incapacidad para reducir la demanda y la oferta de drogas, y el poder de la delincuencia organizada transnacional. Cuando un Estado practica una privación de libertad, le corresponde un deber de cuidado y una responsabilidad especial con respecto a las personas reclusas. Sin embargo, muchos Estados no cumplen con estas obligaciones en varios sentidos.

El recurso excesivo a la privación de libertad se produce cuando la política de justicia penal de un Estado prevé una pena de encarcelamiento en los casos de delitos leves y no violentos que podrían resolverse a través de una multa, libertad vigilada, sanciones administrativas o libertad condicional. El encarcelamiento excesivo también es fruto de que se impongan unas penas desproporcionadamente largas a los delitos leves y no violentos. De hecho, la mayoría de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas son personas que las consumen o microtraficantes. Además, algunos países, imponen de manera obligatoria la prisión preventiva en todos los delitos relacionados con drogas, independientemente de si se trata de delitos de carácter leve o grave. Los miembros de minorías étnicas tienen muchas más probabilidades de ser detenidos, acusados y condenados a penas de cárcel por delitos relacionados con drogas. Este hecho está estrechamente

vinculado con el hacinamiento carcelario, que constituye una realidad en más de la mitad de los países del mundo. El hacinamiento genera un obstáculo importante para que se cumplan unas normas mínimas en el tratamiento de las personas detenidas y se protejan sus derechos humanos. Estos derechos humanos están estipulados por el derecho y los tratados internacionales, y los Estados tienen la obligación de hacerlos efectivos con carácter universal, tanto si las personas se encuentran en la comunidad como en la cárcel. Entre ellos, cabe citar el derecho a la salud; el derecho a un trato humano y al respeto de la dignidad; el derecho a la vida; el derecho a la seguridad personal; la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a la privacidad y a un alojamiento adecuado; y el derecho a alimentación, agua y saneamiento. El hacinamiento carcelario también contribuye al aumento de los índices de violencia, los problemas de salud mental, las autolesiones y los suicidios. Además, genera un entorno de alto riesgo para la transmisión del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis, lo que conlleva consecuencias más amplias para la sociedad en materia de salud pública cuando las personas salen de la cárcel.

Estas prácticas se siguen repitiendo, a pesar de que se ha demostrado que el encarcelamiento es contraproducente en el proceso de rehabilitación y reintegración de las personas acusadas de delitos leves. En lo que respecta a las drogas, la detención carece de reconocimiento científico como una forma eficaz de lograr que las personas abandonen el uso. De hecho, el uso de drogas en las cárceles es estadísticamente más alto que fuera de ellas: en torno al 20 % de las personas encarceladas en el mundo usan drogas, frente al 5,3 % estimado entre la población general. Las cárceles pueden ser un entorno en el que una persona se inicia en el uso de drogas o en el uso de drogas distintas y más nocivas. También se ha calculado que entre el 56 % y el 90 % de las personas que se inyectan drogas han estado encarceladas en algún momento de su vida.

Los Estados tienen la responsabilidad de proteger el derecho a la salud de las personas privadas de libertad, y las personas reclusas deberían gozar de los mismos estándares de atención

sanitaria que los que estén disponibles en la comunidad exterior. Esto es aplicable a todas las personas sin discriminación, incluidas las personas que usan drogas y las personas que presentan una dependencia de las drogas. Los Estados han incumplido en gran medida estas normas. Por ejemplo, en 2016, solo 52 países administraron tratamiento de mantenimiento con opioides en las cárceles. La situación se agrava en el caso de los programas de agujas y jeringuillas, que se ofrecen en las cárceles de apenas 10 países, ya que la resistencia a que se apliquen es elevada entre las autoridades y el personal penitenciario. El tratamiento del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis también suele estar menos disponible en los entornos penitenciarios.

Las cárceles constituyen entornos de alto riesgo para enfermedades transmisibles como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis. La tuberculosis representa una de las epidemias con un crecimiento más rápido entre las poblaciones penitenciarias y una de las causas principales de muerte, en especial en los países de ingresos bajos y medios. Se ha constatado una correlación directa entre las tasas de encarcelamiento y la incidencia de la tuberculosis en la población general. Las cárceles, el uso de drogas y el VIH son factores de riesgo independientes para el desarrollo de la tuberculosis y se potencian mutuamente para dar lugar a un fenómeno comórbido sinérgico. Otro problema radica en la continuidad del tratamiento y la atención, tanto para las personas que reciben tratamiento en el momento de ingresar en la cárcel –incluido para el VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y la dependencia de las drogas– como para las que necesitan atención al salir de ella.

Estos problemas se ven exacerbados en los países que detienen a personas por delitos relacionados con drogas sin inscribirlos en los registros, acusarlos o llevarlos sin demora ante un juez. En algunos, incluso funcionan centros de detención obligatoria relacionados con las drogas, donde las personas que usan drogas –o que solo se sospecha que las usan– se ven internadas contra su voluntad con el objetivo de obligarlas a que abandonen el uso. Algunas fuentes calculan que hay más de

600 000 personas detenidas en este tipo de centros en al menos 15 Estados. Ni la detención ni el trabajo forzoso han sido reconocidos por la ciencia como tratamiento para los trastornos por uso de drogas. Las tasas de recaída de las personas que han salido de los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas son muy altas, y superiores a las de quienes se acogen a un tratamiento voluntario. El tratamiento de drogas no debería implicar al sistema de justicia penal.

RECOMENDACIONES

Con miras a enfrentar esta 'tormenta perfecta' de hacinamiento carcelario y atención médica inadecuada para un grupo vulnerable de personas que usan drogas y se encuentran privadas de libertad, la Comisión Global de Política de Drogas formula las recomendaciones siguientes:

- Los Estados deben acabar con todas las sanciones, tanto penales como civiles, impuestas por posesión y cultivo de drogas para uso personal
- Los Estados deben poner fin a las condenas y los castigos desproporcionados por delitos relacionados con las drogas, y reconocer que el recurso excesivo a la privación de libertad repercute negativamente en la salud pública y la cohesión social.
- Los Estados deben velar por que se ofrezca una atención primaria de salud, y por que el derecho a la salud sea aplicable a todas las personas sin discriminación, sin exceptuar a las recluidas en contra de su voluntad.
- Las prácticas que violan los derechos humanos de las personas privadas de libertad se deben prohibir, quienes las cometen deben comparecer ante la justicia y se debe conceder una indemnización a las víctimas, según lo dispuesto por la legislación de derechos humanos.

BREVE RESEÑA SOBRE EL ENCARCELAMIENTO Y LAS DROGAS

Desde que se estableció, la Comisión Global de Política de Drogas ha estado abogando por que se despenalice el consumo de drogas ilegales, así como por que a quienes han cometido un delito leve y no violento se les apliquen alternativas al encarcelamiento.

Actualmente, hay más de 10 millones de personas encarceladas en el mundo. Una de cada cinco está presa por un delito relacionado con drogas y, de estas, el 83 % cumple condena simplemente por la posesión para uso personal. La Comisión considera que el encarcelamiento representa un reflejo de la incapacidad de las políticas de drogas basadas en la prohibición para lograr sus objetivos, así como del fracaso en la aplicación de políticas que priorizarían la salud y los derechos de las personas y las comunidades por encima de la vía de la justicia penal.

Cuando un Estado practica una privación de libertad, le corresponde un deber de cuidado y una responsabilidad especial con respecto a las personas reclusas. El incumplimiento de este deber puede comprometer la responsabilidad del Estado en virtud del derecho nacional e internacional.^{1,2}

LAS CÁRCELES EN EL MUNDO

En septiembre de 2018, se calculaba que había 10,74 millones de personas encarceladas en el mundo, incluidas quienes se encuentran en prisión preventiva. Las cárceles son las instituciones donde un mayor número de personas se hallan privadas de libertad en todo el mundo.^{3,4}

Desde el año 2000, la población penitenciaria mundial ha aumentado un 24 %, un porcentaje que coincide aproximadamente con el crecimiento de la población mundial. Sin embargo, se han producido variaciones notables en el aumento de la población penitenciaria por regiones, con un incremento del 86 % en Oceanía, el 41 % en las Américas, el 38 % en Asia y el 29 % en África. En Europa, la población penitenciaria ha disminuido un 22 %, en gran parte debido al descenso de la población penitenciaria en la Federación de Rusia y en Europa Central y Oriental, atribuible sobre todo a una fuerte caída en los índices de delitos

graves.⁵ Los mayores aumentos en las poblaciones penitenciarias se han registrado en Sudamérica (175 %) y el Sudeste Asiático (122 %).⁶

Los 10 países con el mayor número de personas encarceladas, sin contar a quienes se encuentran en detención administrativa, son los Estados Unidos (2,1 millones), China (1,65 millones, no incluidas las personas en prisión preventiva), Brasil (690 000), la Federación de Rusia (583 000), India (420 000), Tailandia (364 000), Indonesia (233 000), Irán (230 000), México (204 000) y Filipinas (188 000).⁷

Recurso excesivo a la privación de libertad

El encarcelamiento se debería utilizar solo cuando es necesario para atender a las necesidades de seguridad y protección de las personas o cuando no resulten adecuadas otras medidas que no impliquen la privación de libertad; además, debería ser estrictamente proporcional al delito cometido.⁸ Se constata un recurso excesivo a la privación de libertad cuando, por ejemplo, un Estado emplea la prisión preventiva u otras medidas privativas de libertad en exceso y no respeta las normas de derechos humanos en el proceso de justicia penal.⁹ También se puede producir cuando la política de justicia penal de un Estado prevé una pena de encarcelamiento en los casos de delitos leves y no violentos que podrían resolverse a través de una multa, libertad vigilada, sanciones administrativas o libertad condicional.

Desviar del sistema los casos leves y no violentos puede resultar apropiado en muchos casos, en especial en los relacionados con el uso o posesión de drogas para uso personal u otros delitos leves relacionados con las drogas, y en casos de personas con problemas de salud mental, niños y niñas, y madres con hijos dependientes. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) ha observado que el encarcelamiento ha demostrado ser contraproducente en el proceso de rehabilitación y reintegración de las personas acusadas de delitos leves, así como de determinadas poblaciones vulnerables.¹⁰ Un mejor acceso a representación letrada

da y asistencia judicial también puede ayudar a reducir el recurso excesivo a la privación de libertad.¹¹

Hacinamiento en las cárceles

El hacinamiento carcelario, definido como aquella situación en que los países cuentan con una población penitenciaria que supera el 100 % de la capacidad oficial, constituye una realidad en más de la mitad de los países del mundo. Además, en más del 20 % de los países, se vive un hacinamiento carcelario grave, con una población penitenciaria que excede el 150 % de la capacidad oficial.¹²

El hacinamiento es uno de los factores principales que conduce a condiciones inadecuadas en las cárceles y genera un obstáculo importante para que las autoridades penitenciarias cumplan con sus obligaciones de garantizar el acceso a los servicios de salud y la protección de los derechos humanos de las personas reclusas. Entre los derechos de las personas encarceladas que pueden verse menoscabados por el hacinamiento en las cárceles se cuentan, entre otros, el derecho a la salud; el derecho a un trato humano y al respeto de la dignidad; el derecho a la vida; el derecho a la seguridad personal; la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a la privacidad y a un alojamiento adecuado; y el derecho a alimentación, agua y saneamiento.¹³

El hacinamiento impone una pesada carga sobre los recursos carcelarios y puede traducirse en un nivel de personal insuficiente, que puede dar lugar a la incapacidad de garantizar el derecho de las personas detenidas a la seguridad y a la protección de los actos de violencia entre ellas. Asimismo, puede ocasionar tensiones graves entre el personal correccional y las personas encarceladas, que puede tener efectos sobre las normas disciplinarias y dar lugar a disturbios, huelgas de hambre y motines para protestar contra las condiciones de reclusión.¹⁴

El hacinamiento puede llevar a situaciones en que las personas

“Los estudios demuestran que los Estados Unidos tienen una de las tasas más altas de uso de drogas del mundo. Pero mientras que la restricción de la oferta no ha logrado frenar el uso indebido, la agresiva actuación policial ha llevado a que miles de jóvenes consumidores de drogas llenen las prisiones estadounidenses, donde aprenden cómo convertirse en verdaderos delincuentes.”

George P. Shultz, presidente honorario de la Comisión Global de Política de Drogas.^[1]

detenidas duermen por turnos o unas encima de las otras, comparten cama o se atan a los barrotes de las ventanas para poder dormir de pie. El hacinamiento carcelario también puede contribuir al aumento de los índices de violencia, los problemas de salud mental, las autolesiones y los suicidios. Puede poner en peligro los programas de educación y formación profesional, las actividades recreativas y el objetivo de rehabilitar a las personas reclusas y prepararlas para que, tras salir en libertad, se reintegren con éxito en la sociedad.¹⁵ El hacinamiento en las

cárceles puede generar un entorno de alto riesgo para la transmisión del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis, lo que conlleva consecuencias más amplias para la sociedad en materia de salud pública cuando las personas salen de la cárcel.¹⁶

DETENCIÓN Y PRISIÓN PREVENTIVA

La detención preventiva y la prisión preventiva aluden a dos situaciones ligeramente distintas. La detención preventiva se refiere a una circunstancia en la que la persona es detenida y, después, puesta en libertad sin cargos. La duración de este tipo de confinamiento en la mayoría de los países oscila entre las 24 y las 72 horas, un período que se ajusta al derecho internacional de los derechos humanos. En un número significativo de Estados, muchas personas son arrestadas, detenidas y, posteriormente, puestas en libertad con relativa rapidez sin acusación formal.¹⁷

La prisión preventiva es una circunstancia en que una persona ha sido detenida y acusada de un delito, y un juez ha determinado que debe permanecer en prisión preventiva hasta que se celebre el juicio. Que la persona detenida y acusada permanezca en prisión preventiva no constituye la regla general y, en efecto, la ONU ha determinado que, en el derecho internacional, la prisión preventiva “debe ser la excepción, no la regla”.¹⁸

^[1] NYT, 31 de diciembre de 2017

Detención preventiva: un periodo de vulnerabilidad

Si una persona es detenida y no es puesta en libertad sin demora y sin cargos, la legislación de derechos humanos obliga a los Estados a acusar a esa persona de un delito penal, y de llevarla dentro de un plazo breve ante un juez, que determinará si la detención fue arbitraria. Para que una detención se ajuste al derecho, debe sustentarse en un fundamento previsto por la ley penal, y debe efectuarse con arreglo a los debidos procedimientos jurídicos.¹⁹ El Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos ha expresado su preocupación por que, en algunos países, se ha informado de personas detenidas por delitos relacionados con las drogas a quienes no se ha inscrito en los registros, no se ha acusado ni se ha llevado sin demora ante un juez.^{20,21}

En situaciones de detención preventiva, una preocupación grave relativa a las personas detenidas por delitos relacionados con drogas que aún no han sido acusadas de ningún delito es que puedan ser sometidas a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En muchos países, los organismos encargados de hacer cumplir la ley se basan en gran medida en las confesiones como elemento de prueba de que una persona ha perpetrado un delito. Por lo tanto, puede que las fuerzas policiales detengan a una persona solo porque sospechan que ha cometido un delito relacionado con las drogas, y que utilicen unos intensos síntomas de abstinencia y otras formas de castigo hasta que la persona confiese un delito. La tortura y otras formas de malos tratos también se emplean para obtener información sobre otras personas que usan drogas y que participan en el tráfico.²²

Prisión preventiva: la fuente del hacinamiento carcelario

El uso excesivo de la prisión preventiva para los delitos relacionados con drogas ha contribuido de manera significativa al hacinamiento en las cárceles. Se ha informado de que

las autoridades policiales de algunos países han actuado en zonas donde se ubican centros de tratamiento de drogas, o cerca de ellos, con el fin de practicar detenciones. Las personas que usan drogas pueden constituir un blanco fácil de detención por parte de agentes policiales que se sienten presionados para cumplir con determinados objetivos o cuotas de detención. También se ha denunciado que las personas que usan drogas pueden verse sometidas al acoso de agentes policiales, que les exigirían dinero o sexo a cambio de evitar la detención.

Los factores que se tienen en cuenta para determinar si una persona es puesta en libertad o recluida en prisión preventiva entrañan, entre otros, si existe un riesgo de fuga, si existe un peligro de destrucción de pruebas y si existe una probabilidad razonable de que la persona pueda cometer otro delito. Si la persona queda en libertad antes del juicio, se pueden requerir garantías para que comparezca en todas las etapas de las actuaciones judiciales. El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha establecido que la prisión preventiva no debería ser obligatoria para un determinado tipo de delito y que tampoco debería dictarse por un período basado en la pena que podría corresponder al delito en cuestión.²³ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos también ha declarado que la imposición indiscriminada de la prisión preventiva para determinados tipos de delitos constituye una violación de los derechos humanos.²⁴

“La penalización y el castigo generalizados de las personas que usan drogas, y el hacinamiento en las cárceles, significan que la guerra contra las drogas representa, en gran medida, una guerra contra quienes las consumen: una guerra contra las personas.”

Kofi Annan, integrante de la Comisión Global de Política de Drogas, 2016.^[2]

Todas estas prácticas deben considerarse como arrestos y detenciones arbitrarias, y como causa de un aumento del número de personas privadas de libertad. Asimismo, se ha informado de que las personas en zonas pobres o marginadas, donde suele haber más actividad en la calle, también pueden ser blanco de la actuación policial o de un exceso de esta. Los informes indican que las medidas de represión contra las personas que usan drogas y los microtraficantes se dirigen de manera desproporcionada contra las minorías, las mujeres y las personas pobres.²⁵ El Comité para

Testimonio

Nayeli - Bolivia

Cuando entré por primera vez en una cárcel, tenía cinco años. Sorprendieron a mi papá transportando dos toneladas y media de pasta base de cocaína. Toda la familia, los siete hijos, pasamos a ser internos con mi papá. Durante el día, de 7 de la mañana a 5 de la tarde, íbamos a una guardería infantil fuera de la cárcel. Vivimos allí durante siete años, todo el período de la condena.

Cuando salió, no podía alimentarnos a todos. Cuando llegué al 5° grado, decidí empezar a trabajar a media jornada en una banda de cumbia. Más tarde, dejé los estudios para trabajar a tiempo completo en el mundo de la música y, así, ayudar a mantener mi familia. Por desgracia, un miembro de la banda me violó. Fue la primera vez que mantuve relaciones sexuales, pero me quedé embarazada. El padre de mi hijo lo rechazó; se trasladó a España, donde se casó y empezó otra familia. Cuando volvió, siete años más tarde, se llevó a mi hijo.

La pareja que tuve después me pegaba y me engañaba, pero yo pensaba que las cosas cambiarían si nos trasladábamos a Argentina. Estaba equivocada. Allí tuve otro hijo, con el que volví a Bolivia y empecé a trabajar como secretaria en una compañía de taxis. El salario era poca cosa. Al cabo de un tiempo, alguien me ofreció 1500 dólares a cambio de tragar unas 'pequeñas cápsulas' y transportarlas en mi estómago hasta Chile. La primera vez, me tragué 900 gramos de cocaína. Lo hice dos veces.

En 2014, me detuvieron en casa, mientras me preparaba para el tercer viaje. Me pude acoger a un indulto del Gobierno, pensado para reducir el hacinamiento en las cárceles, por lo que solo pasé cuatro meses en prisión.

Cuando salí, conseguí un préstamo para empezar un pequeño negocio, pero no salió bien. No podía devolver el préstamo, así que accedí a volver a Chile con tres paquetes grandes de pasta base de cocaína pegados a mis piernas, a cambio de 2000 dólares. Nunca llegué a salir de Chochabamba. El novio de mi amiga me denunció a la policía. Volví a la cárcel en 2015, y me condenaron a ocho años. Como reincidente, ya no puedo beneficiarme de un indulto. Ahora vivo allí con mi segundo hijo.

La vida en la cárcel es muy triste, y quienes no tenemos a nadie nos sentimos siempre solas. Mi mamá solía venir a visitarme, pero falleció, y no pude ir a su funeral. Me pregunto qué he hecho para merecer esto. Sé que mucha gente sufre a causa de las drogas, pero no soy una asesina.

La vida en la cárcel es dura. A veces, no hay agua para ducharse o lavarse las manos o la ropa. No siempre tengo suficiente dinero para comprar comida para mi hijo y para mí. La gente, a veces, dona frutas y hortalizas, pero las reclusas se pelean para conseguirlas. Si necesitas ir al hospital, tienes que lidiar con el sistema para conseguir un permiso especial. No puedes salir sin ese permiso; tienes que demostrar que estás enferma.

Cuando salga, quiero irme lejos, muy lejos de aquí. No quiero quedarme en Chochabamba. Quiero trasladarme a algún otro lugar con mi hijo menor y empezar una nueva vida. No veo a mi hijo mayor desde 2015. No sabe que estoy en la cárcel y no quiero que lo descubra. Me da vergüenza. Cuando salga en libertad, quiero conseguir su custodia. Me gustaría explicarle tantas cosas... Espero que me perdone.

la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer expresó su preocupación por el número de mujeres encarceladas por delitos relacionados con drogas en el Reino Unido y observó que este hecho podría ser un reflejo de la pobreza de las mujeres.²⁶ En algunos Estados, la prisión preventiva por delitos relacionados con drogas puede prolongarse durante meses y, en ocasiones, incluso años. Algunos países, como Bolivia, Brasil, Ecuador y México, imponen de manera obligatoria la prisión preventiva en todos los delitos relacionados con drogas, independientemente de si se trata de delitos de carácter leve o grave.²⁷

PERSONAS QUE USAN DROGAS Y CÁRCELES

Se ha calculado que aproximadamente una de cada cinco personas reclusas en el mundo, más de dos millones de personas, está encarcelada por un delito de drogas.²⁸ De ellas, en torno al 83 % cumple condena por posesión para uso personal.²⁹ La mayoría de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas se dedican al comercio de pequeña escala o el microtráfico. En los Estados Unidos, la mayoría de las personas que han cometido un delito de drogas de pequeña escala carecen de antecedentes de violencia.³⁰ En Colombia, se ha calculado que solo el 2 % del total de personas presas por delitos de drogas son mandos medios o altos del comercio de drogas.³¹ El encarcelamiento excesivo de los delitos relacionados con drogas es fruto de que se impongan unas penas desproporcionadamente largas a los delitos leves y no violentos. En muchos países, las penas mínimas obligatorias y las penas desproporcionadamente largas han dado lugar a unas penas por delitos relacionados con drogas que son más prolongadas que en casos de asesinato, violación, secuestro o atraco bancario.³²

La 'guerra contra las drogas' y los tratados internacionales

En los Estados Unidos, la elevada tasa de encarcelamiento por delitos relacionados con drogas se remonta al momento en que comenzó la 'guerra contra las drogas', en 1971. En 1980,

había 40 900 personas reclusas por delitos relacionados con drogas en cárceles federales y estatales; en 2015, esa cifra había aumentado de forma drástica y alcanzaba las 469 545.³³ Este incremento notable de los encarcelamientos por delitos relacionados con drogas también se vio impulsado por la aprobación de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Este tratado exigía que se tipificara como delito penal el uso personal de drogas, así como su posesión y adquisición, salvo en el caso de que ello resultara incompatible con los principios constitucionales y los conceptos fundamentales del ordenamiento jurídico del Estado (artículo 3 c) i)). También exigía que se tipificara como delito penal (pero sin prever la no aplicación en los casos en que no se ajustara a los principios constitucionales y los conceptos fundamentales del ordenamiento jurídico del Estado) "la producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta, la oferta para la venta, la distribución, la venta, la entrega" de cualquier droga ilícita (artículo 3 a) i)).

Aunque las tasas de uso de drogas entre minorías étnicas y poblaciones mayoritarias son parecidas en Australia, Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido, según estudios sobre este tema, los miembros de minorías étnicas tienen muchas más probabilidades de ser detenidos, acusados y condenados a penas de cárcel por delitos relacionados con drogas.³⁴ Se ha planteado que, además de la discriminación racial, este hecho podría deberse a un mayor control policial en los barrios pobres y en las zonas donde se concentran las minorías étnicas.

Los tratados internacionales sobre drogas contemplan que se desvíen del sistema de justicia penal los delitos relacionados con drogas de carácter leve, siempre que ello sea compatible con los principios constitucionales y los conceptos fundamentales del ordenamiento jurídico del Estado.³⁶ No obstante, y a pesar de que tanto la UNODC como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han instado a que se desvíe del sistema penal a las personas con un uso problemático de drogas,³⁷ muchos países siguen castigando con severidad los delitos leves relacionados con drogas, como el uso y la posesión para uso personal. Muchos países también establecen umbrales bajos

Testimonio

Yatie Jonet – Malasia

Dejé los estudios cuando tenía solo 15 años, quizá porque mis padres no sabían lo suficiente sobre los problemas que afectan a los adolescentes ni cómo tratar con ellos. Tras abandonar la escuela secundaria, tomé mi propio camino y, sin ser consciente de las consecuencias, empecé a consumir drogas todos los días, con diferentes vías y métodos de consumo, la mayoría de ellos perjudiciales. No tenía ni idea; no disponía de ningún tipo de información. Me inyecté drogas durante dos años y terminé contrayendo la hepatitis C en 2013, cuatro años después de salir por última vez de los centros de detención donde estuve internada.

Para poder costear mi dosis diaria, cometía pequeños delitos y, después de que detuvieran y encarcelaran a mi pareja por un delito de drogas, empecé a venderlas. Muchas veces, para no terminar en la cárcel, no me quedaba más remedio que sobornar a los agentes de la policía con dinero y sexo. No he dicho nada sobre este tema hasta el día de hoy por miedo a que me asesinaran o me hicieran desaparecer por la fuerza.

Pero claro, me detenían a menudo. A veces, me mantenían recluida en una celda durante un mes, un mes y medio, sin acceso a tratamiento, antes de enviarme a la cárcel. He estado entrando y saliendo de la cárcel, y tengo antecedentes penales de por vida, a causa de mis delitos relacionados con las drogas, al igual que les sucede a otras personas usuarias. Somos un blanco fácil de atrapar una y otra vez. En Malasia, si usas drogas, eres vista como el enemigo público número uno.

Además de no tener acceso a una atención médica adecuada, no pude ser madre de mi hijo. Perdí lo esencial de la maternidad, incapaz de sentir y alimentar mis instintos maternales porque me separaban constantemente de él, ya sea porque temía perder mi suministro de drogas si me quedaba con mi familia en lugar de mi novio/traficante, o cuando estaba en la cárcel.

Finalmente, conseguí dejar de inyectarme drogas y empecé a trabajar como agente de extensión, compartiendo apasionadamente información esencial sobre los programas de reducción de daños y enfatizando el tratamiento y la atención médica, y compartiendo mis experiencias personales. Después de varios años sirviendo a mi comunidad con una organización de la sociedad civil, me convertí en la persona que soy hoy a pesar de que no se me atendiera de manera adecuada y de que me rechazaran por ser yo misma. Ahora persigo mis objetivos abogando por la necesidad urgente de reformar la política mundial de drogas y proteger los derechos humanos fundamentales, promoviendo un país que ofrezca un entorno adecuado y seguro para nuestras generaciones futuras.

En general, casi todo el mundo se mostraba en contra de mi actitud abierta sobre mi uso activo de drogas y me acusaban constantemente de 'liberal', incluso personas de mi comunidad a las que aprecio mucho, procedentes de contextos diferentes y entre las que incluso había personas que habían consumido drogas en el pasado y hoy conviven con antecedentes penales y enfermedades infecciosas. Y a pesar de que han dejado de usar drogas, siguen sin ser conscientes de las consecuencias negativas de la política de drogas punitiva que imponen los enfoques basados en la tolerancia cero y la abstinencia.

Sigo soñando con obtener un certificado o algo que me permita vivir con dignidad. Para una persona que usa drogas, ser reconocida como un ser humano y no solo un objeto de estudio ya representa una victoria.

para que la posesión de drogas se pueda considerar un delito de tráfico, que conlleva, inevitablemente, sanciones penales mucho más rigurosas.³⁸

Uso de drogas entre personas reclusas

El uso de drogas es algo muy habitual en los lugares de reclusión. Se ha calculado que en torno al 20 % de las personas encarceladas en el mundo usan drogas, un porcentaje muy superior al 5,3 % estimado para la población general.³⁹ El uso de drogas entre las personas reclusas no se limita a quienes han sido condenadas por un delito relacionado con drogas, sino que también puede ser común entre quienes se encuentran en la cárcel por otro tipo de delitos.⁴⁰

Las cárceles pueden ser un entorno en el que una persona se inicia en el uso de drogas o en el uso de drogas distintas y más nocivas. El tipo de drogas usadas puede verse influido por la carencia de las sustancias preferidas dentro de la cárcel o porque una sustancia determinada se pueda ocultar más fácilmente para evitar que se detecte. En un estudio, se llegó a la conclusión de que una tercera parte de las personas reclu-

sas empezaron a consumir una droga que no habían usado antes mientras estaban en la cárcel; la sustancia más habitual era la heroína.⁴¹

También se ha calculado que entre el 56 % y el 90 % de las personas que se inyectan drogas han estado encarceladas en algún momento de su vida.⁴² Por ejemplo, en Europa Oriental y Asia Central, las personas que se inyectan drogas representan entre el 30 % y el 80 % de la población penitenciaria.⁴³ Se estima que la inyección de drogas entre las personas reclusas oscila entre el 2 % y el 38 % en Europa, el 34 % en Canadá y el 55 % en Australia.⁴⁴

Como ya se ha señalado, la mayoría de las personas reclusas suelen proceder de comunidades pobres o grupos étnicos marginados. Asimismo, las personas en entornos de reclusión tienden a sufrir altos niveles de trastornos físicos y psiquiátricos; entre estos últimos, cabe citar trastorno antisocial de la personalidad, depresión o trastorno por estrés post-traumático. Si se tiene en cuenta que algunos o todos estos factores afectan a las personas que han sido encarceladas, el uso y la dependencia de drogas son desproporcionadamente más altos en las cárceles que en la población general.⁴⁵

SALUD Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROLIFERAN EN LAS CÁRCELES

VIH y hepatitis C impulsados por el encarcelamiento

Se sabe que el uso de drogas inyectables constituye un factor de riesgo independiente en la adquisición de infecciones transmitidas por la sangre, como el VIH y la hepatitis C.⁴⁶ Por ejemplo, el uso de drogas inyectables es una de las causas principales de la epidemia del VIH en Europa Oriental y Asia Central, las únicas regiones del mundo (junto con Oriente Medio y Norte de África) donde sigue aumentando el número de nuevos casos de VIH. En torno al 60 % de estos nuevos casos presentan una coinfección con la hepatitis C. Las cárce-

les constituyen entornos de alto riesgo para la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis.

Las posibilidades de tratamiento, como la terapia de sustitución de opioides (TSO),⁴⁷ o las medidas de reducción de los daños como los programas de agujas y jeringuillas, son muy limitadas en los sistemas carcelarios de todo el mundo (si es que se dispone de ellas). La resistencia a que se apliquen es elevada entre las autoridades y el personal penitenciario.⁴⁸ En consecuencia, las personas que han sido encarceladas se ven obligadas a compartir agujas y jeringuillas, con lo que se crean las condiciones para que el VIH y la hepatitis C se propaguen más. En Canadá, se calcula que la prevalencia del VIH en las cárceles es 10 veces más alta que en la población

general, mientras que la prevalencia de la hepatitis C es de 30 a 39 veces mayor.⁴⁹ En Ucrania, se informó de que casi el 57 % de las personas reclusas se inyectaban drogas en la cárcel, y de que cada aguja o jeringuilla era compartida por un promedio de 4,4 personas.⁵⁰ El encarcelamiento se considera un factor que impulsa la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. La prevalencia entre las personas encarceladas que se inyectan drogas en el país supera el 20 %, y un mínimo del 28 al 55 % de todas las nuevas infecciones por VIH se pueden atribuir al encarcelamiento.⁵¹ Se ha demostrado que los antecedentes de reclusión están asociados con las infecciones por VIH y hepatitis C.⁵² La disponibilidad de un tratamiento antirretroviral eficaz en el contexto de la infección por VIH varía en los entornos donde los recursos y el alcance son limitados. Sin embargo, en las cárceles, este tratamiento está mucho menos disponible, del mismo modo que el acceso a la atención médica en general.⁵³ Sin tratamiento antirretroviral, y en presencia de un uso de drogas en condiciones de vida deficientes combinado con hacinamiento y promiscuidad, la infección por VIH puede avanzar rápidamente, lo cual sitúa a las personas que viven con el VIH en una situación de alto riesgo de desarrollar tuberculosis, una enfermedad infecciosa devastadora que forma parte integral del entorno penitenciario.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad se propaga cuando las personas que padecen una tuberculosis pulmonar expulsan bacterias en el aire que, después, son inhaladas por otras personas. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa aumenta de forma drástica cuando el sistema inmunológico ya está afectado por otros factores como el VIH, el uso de drogas, el alcohol, la desnutrición y unas condiciones de vida deficientes. En estas circunstancias, el riesgo de desarrollar tuberculosis activa puede alcanzar un 30 % o más.

La manera óptima de evitar que la tuberculosis activa se desarrolle y, por lo tanto, que la infección se propague,

“EL ESTADO DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL MUNDO” Y LA TERAPIA DE SUSTITUCIÓN DE OPIOIDES EN LAS CÁRCELES

A pesar de que los marcos internacionales de derechos humanos exhortan a que se garantice el derecho a la salud a las personas que usan drogas, y a que se preste el mismo nivel de atención médica a las personas que usan drogas que se encuentran reclusas, los Estados han incumplido en gran medida estas normas. Por ejemplo, en 2016, solo 52 países proporcionaron tratamiento de mantenimiento o terapia de sustitución con opioides en las cárceles. En un número significativo de países, la TSO solo se ofrece en un número limitado de cárceles y, muchas veces, no está disponible en las cárceles para mujeres. En lo que respecta a la reducción de daños, la situación de los programas de agujas y jeringuillas es peor, ya que solo 10 países proporcionan este tipo de programas. En cuanto a la capacitación en materia de prevención de sobredosis y la distribución de antagonistas de opioides como la naloxona a personas detenidas, antes o después de su excarcelación, solo se ofrece en cinco países, aunque en los casos de Canadá y los Estados Unidos, esta medida queda aún más restringida a un número limitado de provincias o estados, respectivamente.⁵⁴

consiste en identificar y tratar a quienes padecen las llamadas ‘infecciones tuberculosas latentes’, que corren el riesgo de desarrollar formas activas de la enfermedad. Lamentablemente, esta medida no se suele aplicar en los entornos penitenciarios y los datos sobre la prevalencia de la infección tuberculosa latente en las cárceles son escasos. En España, se ha documentado una prevalencia de infecciones tuberculosas latentes de aproximadamente el 55 % entre las personas reclusas en Madrid, frente a un 15 %

entre la población general en todo el país.⁵⁵ En Brasil también se ha reseñado un patrón parecido de prevalencia de infecciones tuberculosas latentes.⁵⁶

Las cárceles generan unos entornos de riesgo especialmente alto para la transmisión de la tuberculosis, debido al contacto cercano entre un gran número de personas en situación de alto riesgo durante períodos prolongados, el hacinamiento y la escasa ventilación e higiene. Otros factores de riesgo asociados con las cárceles –como la desnutrición, el estrés, el VIH, la hepatitis C y otras comorbilidades–, así como el uso problemático de drogas y alcohol, fomentan que el *Mycobacterium tuberculosis* se transmita entre las personas reclusas. Los entornos penitenciarios actúan como un reservorio de la tuberculosis y facilitan nuevas infecciones, de forma que la infección por *Mycobacterium tuberculosis* avanza

“El encarcelamiento, el uso de drogas, la tuberculosis, el VIH y la hepatitis tienen unos efectos negativos y que se refuerzan entre sí.

El recurso excesivo al encarcelamiento de personas que usan drogas crea un entorno de alto riesgo para las enfermedades y su transmisión a la comunidad tras la excarcelación.”

Michel Kazatchkine, integrante de la Comisión Global de Política de Drogas

rápidamente hasta convertirse en tuberculosis activa o causa reactivaciones de infecciones tuberculosas latentes. Las cárceles, el uso de drogas y el VIH son factores de riesgo independientes para el desarrollo de la tuberculosis. Sin embargo, cuando se combinan, crean una ‘tormenta perfecta’, ya que se potencian mutuamente para dar lugar a un fenómeno comórbido sinérgico.⁵⁷

Uso de drogas y malas condiciones de detención: la ‘tormenta perfecta’

A pesar de que existen medidas preventivas bien conocidas y fáciles de poner en práctica, la tuberculosis representa una de las epidemias con un crecimiento más rápido entre las poblaciones penitenciarias y una de las causas principales de

GHAVTADZE CONTRA GEORGIA (NO. 23204/07), O LA OBLIGACIÓN DE LOS ESTADOS DE PROTEGER LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LAS PERSONAS ENCARCELADAS

En junio de 2009, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) determinó que Georgia había incumplido el artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, relativo a la prohibición de tratos inhumanos y degradantes. El caso fue presentado por Irakli Ghavtadze, una persona que se inyecta drogas, y que fue detenida y condenada a 11 años de cárcel por cargos relacionados con armas. Unas semanas después de ser encarcelado, el demandante empezó a mostrar síntomas de hepatitis vírica. Los servicios penitenciarios lo sacaron del hospital en dos ocasiones, y también contrajo sarna y tuberculosis. A pesar de que el TEDH no pudo establecer si la infección por hepatitis se produjo en la cárcel, el tribunal resolvió por unanimidad que las autoridades georgianas habían violado con respecto al Sr. Ghavtadze la prohibición de no someter a nadie a tratos inhumanos, confirmaron el derecho a la salud del demandante y ordenaron a las autoridades que lo internaran de inmediato en un centro de tratamiento donde se pudieran abordar sus infecciones por hepatitis B y C, así como por tuberculosis. Además, el fallo también exigió a las autoridades que adoptaran las medidas individuales y generales adecuadas para prevenir la propagación de enfermedades contagiosas en las cárceles de Georgia, instauraran un sistema de detección de la tuberculosis dirigido a las personas reclusas en el momento del ingreso penitenciario y garantizaran el tratamiento rápido y eficaz de esas enfermedades.

Testimonio

Anónimo – Rusia

Me internaron en un centro de detención preventiva mientras sufría el síndrome de abstinencia, después de que me mantuvieran recluso en un departamento donde se inició una acción penal en mi contra, según el artículo 228, punto 2 (posesión de drogas a gran escala). Los síntomas eran tan graves y dolorosos que llamaron a una ambulancia, pero aparte de darme una inyección con un medicamento contra los espasmos que se llama No-Spa, los médicos no ayudaron mucho. Entré en el centro de detención por la tarde y, como no dejaba de sentir náuseas, pedí que llamaran a una ambulancia. Esto es lo que me contestaron: "¿Estás loco o qué, yonqui? Mira cuántos sois. ¿De verdad esperas que llamemos a una ambulancia para cada uno?".

Más tarde, escuché cómo hablaban: "¿Quizá deberíamos llevarlo a ver a Semyon?". Más adelante, supe que Semyon era el director del centro. Después, me pusieron en cuarentena con los recién detenidos. La celda para la cuarentena, que estaba diseñada para 21 personas, albergaba al menos a 70 reclusos. Nos turnábamos para dormir en las literas; tres por cama. El ambiente estaba cargado de humo de tabaco. Me presenté y les expliqué que pronto empezaría a sufrir síntomas de abstinencia. El resto de los reclusos fueron comprensivos. Resultó que tres cuartas partes de las personas que estaban allí habían pasado por la misma experiencia. La gente compartió sus consejos. Me explicaron lo que debía hacer y me dejaron un lugar para dormir. Entendían perfectamente por lo que estaba pasando.

El primer día, todo fue más o menos bien. Creo que el estado de estrés general en el que estaba, la adrenalina, me ayudó a enfrentar los síntomas del primer día. El segundo día fue un infierno. Mis compañeros de celda me ayudaron como pudieron. El tercer día, pedí que me visitara un médico, que solo apareció al cabo de dos horas. Me lamenté sobre mi estado de salud y me dijo: "¿Estás loco o qué, yonqui? Si te atreves a llamarme otra vez, te pondré en aislamiento". Me dio dos pastillas de ketorolaco (Toradol).* Estaba muy enfermo. Vomitaba todo el tiempo y pensé que iba a morir. Los demás reclusos volvieron a llamar al médico, que vino, me miró y no hizo nada.

Alrededor del quinto o sexto día, mejoré un poco, pero no podía dormir. Dormir consistía, básicamente, en desmayarme durante treinta minutos o una hora como máximo. Esto duró, más o menos, un mes, un período durante el que llamé al médico dos veces más; las dos para pedir algún medicamento que me ayudara a dormir. Se negó a dármelo, amenazándome con enviarme a una celda de aislamiento o "para locos" (una celda para reclusos con trastornos mentales).

Unos 10 días más tarde, empezaron a llevarme a las llamadas 'actividades relacionadas con la investigación' (como interrogatorios y contrainterrogatorios). Una vez, me llevaron a una entrevista con el director, que me dijo: "Te ofrezco un trato. Si confiesas que entraste en el apartamento (querían que me declarara culpable por entrar en un apartamento y por un robo que no cometí), te daré 5 gramos". Le contesté que me lo tenía que pensar. Lógicamente, no quería cumplir condena por un delito que no había cometido, pero sentía un deseo incontenible por consumir drogas. Me volvieron a hacer la pregunta por segunda vez, y me negué en redondo.

En general, lo que puedo decir de esta experiencia es que encontrarse en un centro de detención ruso, donde no existe ni rastro de unas mínimas condiciones humanas, constituye un castigo severo de por sí. Que te mantengan recluido allí, mientras sufres de abstinencia, es, lisa y llanamente, una tortura. El personal médico –si lo hay– no te ayuda en nada. Lo único que te ayuda es el apoyo de los demás internos, que entienden la situación.

* Un fármaco antiinflamatorio no esteroideo que se utiliza para tratar el dolor.

muerte, en especial en los países de ingresos bajos y medios, donde la prevalencia de la tuberculosis en la población general también es elevada. En efecto, las cárceles se consideran vectores sociales cruciales para la propagación de la tuberculosis a la sociedad, y se ha constatado una correlación directa entre las tasas de encarcelamiento y la incidencia de la tuberculosis en la población general.⁵⁸

Los datos parecen indicar que las cárceles contribuyen de forma notable a las epidemias de tuberculosis entre la población general, pero especialmente para las personas que se inyectan drogas y también en los países donde la tuberculosis es endémica. Por ejemplo, en Ucrania, aunque solo el 0,5 % de la población adulta estaba reclusa, se ha calculado que el 6 % de todos los casos nuevos de tuberculosis se derivaban del encarcelamiento. Entre las personas que se inyectan drogas, este porcentaje aumenta hasta el 75 % de casos nuevos entre quienes viven con el VIH y el 86 % entre las personas sin VIH.⁵⁹ La tuberculosis es una enfermedad que se puede curar con tratamiento. Sin embargo, el control de la tuberculosis en las cárceles se complica por las bajas tasas de curación debido al diagnóstico tardío, unas malas instalaciones de aislamiento, las interrupciones del tratamiento debido a la falta de suministro

de medicamentos o un cumplimiento deficiente. Todo ello se traduce en el desarrollo de tuberculosis multirresistente. Muchas veces, las personas son excarceladas y vuelven a la comunidad antes de finalizar el tratamiento y sin una atención transitoria eficaz.⁶⁰ La transmisión de la tuberculosis en la comunidad no solo se produce tras la puesta en libertad, sino también a través de las personas que visitan las cárceles y el personal penitenciario. Las conclusiones de un estudio para la elaboración de modelos en Brasil apuntan a que es el entorno carcelario, más que la propia población penitenciaria, el que impulsa la incidencia de la tuberculosis, y que las intervenciones dirigidas dentro de las cárceles podrían tener un efecto significativo en la epidemia más amplia de tuberculosis.⁶¹ La tuberculosis y el VIH en las cárceles son cuestiones de salud pública y derechos humanos a las que no se presta la atención debida en muchos países del mundo, donde se violan los derechos de las personas encarceladas a una asistencia médica adecuada y no se dispone de tratamientos. Incluso cuando hay tratamientos disponibles, las personas reclusas, a menudo, tienden a tomar los medicamentos de manera irregular, con el fin de empeorar el estado de salud y tener la oportunidad de ser trasladadas a un centro con mejores condiciones.⁶²

LA ERRADICACIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y LA AGENDA PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE: UN OBJETIVO EN BÚSQUEDA DE VOLUNTAD POLÍTICA

Con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2015, la comunidad internacional se comprometió a poner fin a la epidemia de la tuberculosis para 2030 reduciendo su incidencia entre todas las poblaciones.⁶⁷ La tuberculosis, que es responsable de 1,3 millones de muertes cada año, representa actualmente la causa principal de defunción por una enfermedad infecciosa a escala mundial. Durante los últimos 15 años, su incidencia ha disminuido a una tasa anual del 2 %, mientras que, si se desea erradicar la enfermedad para 2030, se debería lograr una disminución de entre el 4 % y el 5 % por año.⁶⁸ Se informa de que, en las cárceles, los niveles de tuberculosis son 100 veces más altos que en la población general, y de que hasta el 24 % de todos los casos de tuberculosis podrían ser de tuberculosis multirresistente.⁶⁹ Además, se estima que menos del 5 % de todos los países podrán poner fin a la tuberculosis para 2030.⁷⁰ En los últimos años, debido a la falta de medidas eficaces para controlar la tuberculosis, la concentración de casi la mitad de los casos de tuberculosis en los países BRICS y a que el tercio de las muertes por resistencia a los antimicrobianos estén relacionadas con la tuberculosis, esta enfermedad forma parte de la agenda política del G20 desde 2017, y la comunidad internacional aprobó la primera declaración política sobre la tuberculosis en septiembre de 2018.⁷¹

La irregularidad en el tratamiento crea condiciones para que se desarrolle la tuberculosis multirresistente (TB-MR), que requiere una mayor duración del tratamiento (hasta dos años, en comparación con los seis meses necesarios para la tuberculosis que sí responde a los medicamentos), medicamentos más tóxicos, costos más elevados y unas tasas de curación significativamente más bajas.

La epidemia de tuberculosis en las cárceles constituye un especial reto para la salud pública, además de un problema económico y social en el África Subsahariana, Europa Oriental y Asia Central.⁶³ Europa Oriental y Asia Central presentan los porcentajes de tuberculosis multirresistente más altos del mundo: del 9 % al 35 % de los casos nuevos de tuberculosis, y del 49 % al 77 % de los casos de retratamiento en Belarús, Rusia y Ucrania, frente al 1 % a 3 % de los casos nuevos, y del 4 % al 14 % de los casos de retratamiento en Italia, Suiza y el Reino Unido.⁶⁴

Teniendo en cuenta el entorno penitenciario y los grupos de riesgo descritos, existe una posible amenaza de que la propagación de la tuberculosis multirresistente entre las personas reclusas, el personal penitenciario y la comunidad aumente aún más, a menos que se tomen medidas urgentes. Las estrategias para reducir el encarcelamiento de las personas que se inyectan y que usan drogas tendrían el mayor impacto. La terapia de mantenimiento con opioides, cuyos efectos positivos en la salud y el comportamiento de las personas que se inyectan drogas están bien documentados,⁶⁵ acompañada de servicios de reducción de daños, se debería aplicar de forma generalizada en las cárceles y ofrecerse a toda aquella persona que la necesite. La ampliación de la TSO en las cárceles, junto con una atención transitoria efectiva en la comunidad tras la puesta en libertad, podría ofrecer una estrategia eficaz para reducir la transmisión de la tuberculosis, el VIH y la hepatitis C. Se debe capacitar y formar al personal penitenciario en el ámbito de la reducción de daños y conce-

der a estas medidas una alta prioridad.⁶⁶ También se deben concebir intervenciones eficaces en función de los costos para diagnosticar, tratar y prevenir la transmisión de la tuberculosis entre la población reclusa.

EL DERECHO A LA SALUD EN LAS CÁRCELES: OBLIGACIONES EN VIRTUD DEL DERECHO INTERNACIONAL

El derecho a la salud es aplicable a todas las personas sin discriminación, lo cual significa que las personas que usan drogas y las personas dependientes de las drogas no pueden ser objeto de discriminación en la prestación de atención médica. Además, el derecho a la salud se extiende a la evaluación y el tratamiento de la dependencia de drogas, y se ha reconocido que los servicios de reducción de daños son parte del derecho a la salud de las personas que usan drogas.

Según las Reglas Nelson Mandela (las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos), la prestación de servicios médicos a las personas reclusas es una responsabilidad del Estado, y las personas reclusas gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios, sin discriminación por razón de su situación jurídica (regla 24, párrafo 1). La OMS también ha abogado por que la prestación de servicios médicos en las cárceles presenten los mismos estándares que los que estén disponibles en la comunidad. Los servicios médicos se organizarán en estrecha vinculación con la administración del servicio de salud pública general y de un modo tal que se logre la continuidad exterior del tratamiento y la atención, incluso en lo que respecta al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y la drogodependencia (regla 24, párrafo 2). Las Reglas Nelson Mandela también disponen que un médico u otro

"El enfoque prohibicionista [en materia de política de drogas] es algo que exigen los tratados de la ONU, que aluden a la adicción a las drogas como un 'mal'. A partir de ahí, basta con dar un paso más para ver a quienes usan drogas como personas malvadas que merecen un castigo."

Helen Clark, integrante de la Comisión Global de Política de Drogas, Auckland, marzo de 2019

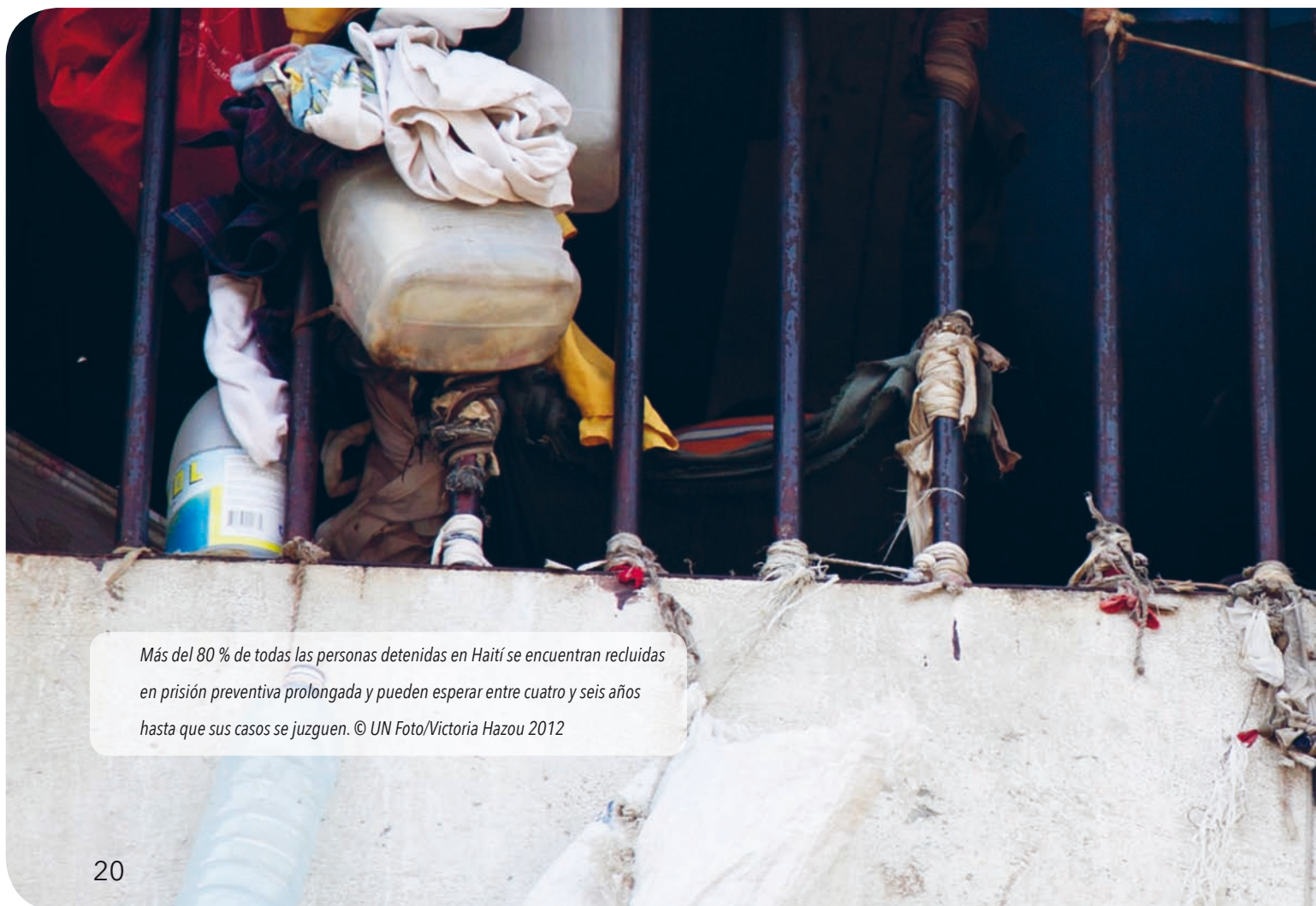
profesional de la salud competente deberá ver a cada persona reclusa, hablar con ella y examinarla tan pronto como sea posible tras su ingreso y, posteriormente, tan a menudo como sea necesario, prestará una atención especial al síndrome de abstinencia resultante del uso de drogas, y aplicará todas las medidas o tratamientos individualizados que corresponda (regla 30).

Las Reglas de Bangkok (las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes), que se concibieron para complementar las Reglas Nelson Mandela, establecen que el Estado debe prestar servicios comunitarios de tratamiento de uso indebido de drogas destinados exclusivamente a las mujeres, en que se tengan presentes las cuestiones de género y que estén habilitados para el tratamiento de traumas (regla 62).

En lo que respecta a los niños y niñas que usan drogas, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general N° 15, de 2013, avaló la reducción de daños como un enfoque importante para reducir al mínimo la repercusión negativa en la salud del uso indebido de sustancias. El Comité ha recomendado que niños y niñas reciban información precisa y objetiva sobre las drogas, y que no sean objeto de actuaciones penales. Asimismo, ha instado a que la posesión de drogas por parte de niños y niñas se despenalice.⁷²

EXCARCELACIONES MAL PREPARADAS Y RIESGOS SANITARIOS

Uno de los grandes desafíos que enfrentan los países consiste no solo en mejorar la atención médica y los servicios de reducción de daños para las personas dependientes



Más del 80 % de todas las personas detenidas en Haití se encuentran reclusas en prisión preventiva prolongada y pueden esperar entre cuatro y seis años hasta que sus casos se juzguen. © UN Foto/Victoria Hazou 2012

de las drogas en las cárceles y otros centros de detención, sino también en coordinar, junto con los proveedores de salud en la comunidad, la gestión de la atención médica para las personas reclusas que presentan una dependencia de drogas en el momento de ser excarceladas. La persona que sale de la cárcel y goza de un servicio de continuidad de la atención médica en la comunidad tiene una mayor probabilidad de lograr resultados de salud positivos.

El riesgo de sobredosis es muy alto tras la puesta en libertad. En la provincia canadiense de Ontario, una de cada 10 muertes por sobredosis corresponde a antiguos reclusos durante el primer año transcurrido tras la excarcelación. El riesgo de muerte por sobredosis es extremadamente elevado durante las primeras dos semanas tras salir de la cárcel, y se ha calculado que un 56 % superior que en la población general. De hecho, se ha planteado que la interrupción

obligada del uso de drogas mientras se está en la cárcel disminuye la tolerancia de las personas reclusas, y que incluso aunque consigan adquirir y usar drogas mientras están encarceladas, las drogas que pueden obtener y usar tras la puesta en libertad son más potentes.⁷³ Otros estudios han llegado a conclusiones parecidas. Por ejemplo, según un estudio realizado en Carolina del Norte, en los Estados Unidos, las personas que habían estado reclusas tenían 40 veces más probabilidades de morir por una sobredosis relacionada con opioides que una persona de la población general. Además, en caso de limitarse únicamente a muertes por sobredosis relacionadas con la heroína, la probabilidad de muerte se incrementó hasta 74 veces más que en la población general durante las primeras dos semanas después de la excarcelación.⁷⁴





Interno en un centro de rehabilitación obligatoria de drogas en la ciudad de Hai Phong (Vietnam).

© HOANG DINH NAM/AFP/Getty Images 2017

CENTROS DE DETENCIÓN OBLIGATORIA DE DROGAS Y DETENCIÓN ADMINISTRATIVA

CENTROS DE DETENCIÓN OBLIGATORIA RELACIONADOS CON LAS DROGAS GESTIONADOS POR EL ESTADO

Los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas han recibido una gran variedad de nombres, como centros de tratamiento obligatorio, centros de rehabilitación de drogas, centros de desintoxicación obligatoria o centros de educación social y laboral.⁷⁵ Estos establecimientos son entornos en los que las personas que usan drogas –o que solo se sospecha que las usan– se ven internadas contra su voluntad con el objetivo de obligarlas a que abandonen el uso. En la mayoría de los casos, no se realiza una evaluación clínica de si presentan un uso problemático de drogas. Por lo general, el proceso judicial asociado con el internamiento es escaso o nulo, y no se contempla ningún proceso de recurso. Los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas de grandes dimensiones cobraron originalmente importancia en Asia Oriental y Sudoriental. Según los cálculos de una fuente, en 2014, había 450 000 personas internadas en un total de siete países (Camboya, China, Filipinas, Laos, Malasia, Tailandia y Vietnam).⁷⁶ Otra fuente estimó que el número de personas internadas en varios centros de la región alcanzaba las 600 000.⁷⁷ Estas cifras podrían incluso subestimar el número de personas en situación de internamiento en centros de detención obligatoria relacionados con las drogas en todo el mundo, ya que su presencia se ha constatado en al menos 15 Estados (además de los siete países ya mencionados: Arabia Saudita, Brunéi, Egipto, Indonesia, Irán, Myanmar, la Federación de Rusia, Singapur y Sri Lanka).⁷⁸

Los procedimientos para internar a las personas que usan drogas –o que las usan presuntamente– varían según los países. En algunos países, la detención se basa en el derecho administrativo, mientras que, en otros, en el derecho penal. Pueden desembocar en detención episodios como un arresto personal por parte de la policía, un arresto en masa

en grandes redadas contra las drogas, un resultado positivo de drogas en un análisis de orina o la entrega de la persona por parte de familiares o miembros de la comunidad.

En los países donde el internamiento se basa en el derecho administrativo, puede que a las personas detenidas se las califique de víctimas, pacientes (por ejemplo, Camboya, Laos, Tailandia)⁷⁹ o personas que exhiben un comportamiento considerado como un mal social (por ejemplo, Vietnam). En países como Camboya y Laos, se ha documentado que las personas detenidas por uso de drogas se han mantenido recluidas en establecimientos con otras personas consideradas ‘indeseables’ por la sociedad, como personas con problemas de uso de alcohol, personas sin hogar, personas que se dedican al trabajo sexual y personas con discapacidades mentales.⁸⁰

Entre las violaciones de los derechos humanos que se han denunciado en los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas figuran golpes, latigazos, otros malos tratos físicos y verbales, tortura y otras formas de maltrato, violencia sexual, trabajo forzoso, reclusión en régimen de aislamiento, denegación de atención médica adecuada y condiciones de vida deplorables caracterizadas por la escasa ventilación e higiene, el hacinamiento y la desnutrición. Las palizas en respuesta a infracciones leves de las reglas pueden ser severas, y algunos informes indican que pueden derivar en la rotura de piernas y brazos, y en que la persona quede inconsciente. También se ha informado de personas detenidas a las que se ha mantenido atadas durante horas bajo el sol y sin comida ni agua.⁸¹

En este tipo de establecimientos también están detenidos miles de niños y niñas. Puede que algún familiar solicite a las autoridades locales que internen a los niños que se sospecha que usan drogas, porque creen que los centros de detención son entornos terapéuticos (en contra de toda prueba científica), o que los niños sean detenidos en operaciones policiales en un intento por ‘limpiar las calles’. En algunos casos, puede que se les detenga por ser hijos de personas

DETENCIÓN OBLIGATORIA Y TRATAMIENTO EFICAZ DE DROGAS: ANTAGONISTAS EN MALASIA

Cuando se comparan los resultados de salud entre los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas y los centros voluntarios en entornos comunitarios que emplean métodos con base empírica, las diferencias son extraordinarias. En Malasia, donde conviven los dos sistemas, se realizó un estudio con 89 personas de centros de detención obligatoria y 95 personas de centros voluntarios; todas ellas presentaban un uso problemático de opioides. Las personas que participaron en el estudio se sometieron a pruebas de detección de drogas y entrevistas en el momento de ingresar en los centros y, varias veces, tras salir de ellos (uno, tres, seis, nueve y 12 meses después de la puesta en libertad).⁹⁰ Las personas recluidas en centros obligatorios recayeron a una tasa mucho mayor que las de los centros voluntarios. Un mes después de salir del centro, el 51 % de las personas de los centros de detención obligatoria no presentaban uso de opioides, frente al 90 % en el caso de los centros voluntarios. Seis meses después, solo el 19 % de las personas de los centros de detención obligatoria no presentaban uso de opioides, frente al 69 % en el caso de los centros voluntarios.⁹¹ En los centros voluntarios, se evaluaba a las personas en el momento de iniciar el programa, se les administraba metadona y, posteriormente, se les ofrecían diversos tratamientos, como asesoramiento psicosocial y actividades recreativas.

La diferencia fundamental entre quienes estaban recluidos en centros de detención obligatoria y quienes se encontraban en centros voluntarios era que, en los centros voluntarios, se ofrecía metadona como parte de una terapia de sustitución de opioides. A pesar de que los resultados entre los dos enfoques en Malasia resultaron radicalmente diferentes, el estudio observó que los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas siguen funcionando en el país debido a una actitud de tolerancia cero frente al uso de drogas, así como a la falta de reconocimiento de la eficacia de los centros voluntarios.⁹²

sin hogar o mendigos encontrados durante operaciones de control de drogas. La detención de niños y niñas vulnera los derechos humanos en varios sentidos: se considera que es arbitraria, ya que siempre debería ser una medida de último recurso; tampoco deberían ser albergados con adultos. Además, según las Reglas de Beijing (Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores), la privación de libertad personal solo se impondrá "en el caso de que el menor sea condenado por un acto grave en el que concurra violencia contra otra persona o por la reincidencia en cometer otros delitos graves, y siempre que no

haya otra respuesta adecuada".⁸² En China, los delincuentes reincidentes que antes hayan participado en programas de tratamiento comunitario pueden ser retenidos en centros de detención obligatoria relacionados con las drogas durante dos años, con una flexibilidad que permite su liberación anticipada o un año más de detención. En Vietnam, la detención inicial puede prolongarse dos años, pero, tras una evaluación de la persona reclusa, puede ampliarse otros dos años. En Malasia, una persona con un análisis de orina positivo y que sea considerada dependiente de las drogas por un funcionario médico del Gobierno puede ser detenida hasta dos años, aunque en

"En varios países, casi la mitad o más de la población penitenciaria está formada por personas que usan drogas, para quienes el encarcelamiento no lleva a reducir ni alterar los patrones de consumo. Estas políticas irresponsables representan una carga enorme para los contribuyentes."

Anand Grover, integrante
de la Comisión Global de Política
de Drogas, Sudáfrica,
agosto de 2017

un estudio se alude a un período promedio de detención de 7,5 meses.⁸³

Aunque el planteamiento varía ligeramente en función del país, los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas suelen entender el uso de drogas como un acto de libre voluntad y, por este motivo, se centran en intentar cambiar la personalidad de la persona reclusa, de modo que abandone el uso. Muchas veces, los personas reclusas en este tipo de centros se ven sometidas a largas horas de ejercicio, físicamente extenuante y agotador. Otros centros de detención obligatoria ofrecen a las personas detenidas orientación espiritual.^{84, 85}

Además de los extenuantes programas de ejercicio físico de corte militar y la severa disciplina, los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas en algunos países también exigen trabajo forzoso (por ejemplo, Camboya, China y Vietnam),⁸⁶ que, en ocasiones, se ha denominado terapia laboral. A las personas detenidas se las obliga a trabajar durante muchas horas, ya sea sin recibir ninguna remuneración a cambio o cobrando una remuneración notablemente inferior a las tarifas de mercado.⁸⁷ En algunos casos, este trabajo es peligroso o de gran dureza física, como en el ámbito de la construcción o la agricultura, y con frecuencia no se proporciona el equipo de protección adecuado. También se ha denunciado el trabajo forzoso para la fabricación de ropa, zapatos y artesanías. Los niños y niñas que están detenidos y reclusos con adultos también pueden verse obligados a realizar trabajos forzosos.⁸⁸

Las tasas de recaída de las personas que han salido de los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas son muy altas. Por ejemplo, tanto en Camboya como en China se han notificado unas tasas de recaída muy elevadas: más de un 90 % de las personas que usan heroína recaen tras la puesta en libertad.⁸⁹

La UNODC y la OMS han señalado que "los derechos humanos de las personas jamás deben restringirse por motivos de tratamiento y rehabilitación" y que "las prácticas y los castigos inhumanos o degradantes nunca deben formar parte del tratamiento de la dependencia de drogas".⁹³ También han apuntado que "ni la detención ni el trabajo forzoso han

sido reconocidos por la ciencia como tratamiento para los trastornos por uso de drogas".⁹⁴ Además, en 2012, 12 organismos de las Naciones Unidas emitieron una declaración conjunta, a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en la que instaban al cierre de los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas.⁹⁵ Los resultados de salud de los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas, como está bien documentado, dan lugar a altas tasas de recaída un año después de la puesta en libertad, mientras que los resultados de salud del tratamiento voluntario en entornos comunitarios que utilizan enfoques con base empírica dan lugar a tasas de recaída bajas. Sin embargo, los datos indican que los Estados se han mostrado reacios a modificar su estrategia y cerrar los centros de detención obligatoria, a pesar de los llamamientos de las Naciones Unidas, especialistas de la comunidad médica y la sociedad civil. Aunque la población en los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas disminuyó un 4 % entre 2012 y 2014 en los países de Asia Oriental y Sudoriental, datos posteriores, recabados en 2018, indican que, en algunos países, esa población no se redujo de manera significativa, mientras que, en otros, aumentó.⁹⁶

DETENCIÓN OBLIGATORIA EN CENTROS PRIVADOS DE TRATAMIENTO DE DROGAS

Aunque los centros de detención obligatoria relacionados con las drogas gestionados por los Estados han recibido mucha atención, resultan igualmente preocupantes los centros privados de tratamiento de drogas que ejercen prácticas que violan el derecho internacional y, en muchos casos, también el derecho nacional.

El Estado tiene la obligación internacional de prevenir las violaciones de los derechos humanos, velar por el respeto y la protección de los derechos humanos, y proporcionar un recurso cuando se producen violaciones. Estas obligaciones no se restringen a la actuación estatal, sino que también atañen a instituciones como los centros privados de tratamiento de drogas. El Estado tiene la obligación de garantizar

que no se obligue a nadie, en contra de su voluntad, a ingresar en un centro privado de tratamiento de drogas, y que todo tratamiento se base en un consentimiento informado; a que en ese centro se practique una atención médica con base empírica; a que no se cometa el crimen de tortura; a que no se ejerzan otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes; a que se trate a las personas con humanidad y respeto por su dignidad; y a que se proteja el derecho a la vida, a la privacidad, y a la alimentación, el agua y el saneamiento.

En la práctica, esto significa que los Estados tienen la obligación de registrar y autorizar las actividades de los centros privados de tratamiento de drogas; establecer normas mínimas de conducta y atención en este tipo de establecimientos; efectuar inspecciones con carácter periódico, incluidas inspecciones por sorpresa; emprender investigaciones rápidas, imparciales y eficaces cuando se produzcan quejas sobre violaciones de los derechos humanos; y sancionar, incluso con el cierre, a los establecimientos que no cumplan las normas establecidas.

LOS TRIBUNALES ESPECIALIZADOS EN DROGAS COMO FORMA DE COACCIÓN

El ingreso obligado en centros privados puede ser consecuencia de la actuación de los tribunales especializados en drogas. En varios países, se han establecido los denominados 'tribunales especializados en drogas' –en especial en los Estados Unidos, donde funcionan más de 3000 tribunales de este tipo– como una forma de dejar de encarcelar a personas que han cometido un delito leve relacionado con drogas y desviarlas hacia programas de tratamiento supervisados por los tribunales. Aunque podría parecer un planteamiento más compasivo, los tribunales especializados en drogas adolecen de deficiencias importantes.

En América Latina y el Caribe, los tribunales especializados en drogas ofrecen a las personas acusadas de un delito relacionado con drogas –incluido el uso o la posesión– la posibilidad de elegir entre el encarcelamiento o el tratamiento. Aunque en algunos países puede que los centros de tratamiento de drogas sean públicos, en muchos países de América Latina y el Caribe, la gran mayoría de ellos son de carácter privado. Por ejemplo, en México hay unos 2000 centros de tratamiento residencial, pero solo 43 son públicos. En Puerto Rico, el 85 % de los establecimientos de tratamiento residencial están gestionados por entidades privadas.¹⁰¹

Tanto la OMS como la UNODC han reconocido que el proceso de la toma de decisión tiene un elemento coercitivo, pero han defendido que la persona goza de posibilidad de elección.¹⁰² La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos ha señalado que, si la alternativa que se ofrece es la cárcel, toda decisión de seguir tratamiento conlleva un grado de coacción, y que esta constituye una violación del derecho a la salud.¹⁰³ Además, puede que el tratamiento no sea necesario porque las personas no presenten una dependencia.¹⁰⁴

La Comisión Global reitera su posición de informes anteriores: los tribunales especializados en drogas constituyen una estrategia sin ningún tipo de solidez conceptual y que resulta insuficiente.¹⁰⁵ El tratamiento de drogas debe ser un asunto de los profesionales que trabajan en el sector de la salud y nunca debe implicar al sistema de justicia penal. Obligar a las personas a recibir tratamiento bajo la amenaza de una sanción penal carece de toda ética y, además, es contraproducente. Resulta preocupante que los tribunales especializados en drogas sean cada vez más habituales en América Latina y el Caribe, ya que los Estados Unidos, a través de la Organización de los Estados Americanos, están promoviendo este enfoque extremadamente controvertido.

Varios estudios han constatado que se cometen muchas violaciones de los derechos humanos en este tipo de centros en varios países y territorios de América Latina y el Caribe, como Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, México, Panamá y Puerto Rico.⁹⁷ Muchas veces, son familiares, agentes encargados de hacer cumplir la ley o personal de los centros privados quienes llevan a las personas, en contra de su voluntad, a estos establecimientos privados. Se ha denunciado que estos centros intentan intimidar a las personas para que firmen formularios de consentimiento informado y, en caso de que se nieguen a ello, las amenazan a ellas y a sus familiares.⁹⁸ Una vez se ha ingresado en un establecimiento de este tipo, puede resultar difícil salir de él. En algunos centros, los intentos de salir sin autorización se castigan con severidad, incluso con palizas u otros tipos de maltrato físico.⁹⁹

En los centros privados de tratamiento de drogas analizados en los estudios de los países y territorios de América Latina y el Caribe, se considera que el uso y la dependencia de las drogas representan, en gran medida, un defecto moral. La inmensa mayoría de ellos aplica en el tratamiento un enfoque basado en la abstinencia. Este enfoque se combina a menudo con una disciplina severa, castigos crueles, humillaciones, terapia de confrontación y, en el caso de los establecimientos administrados por congregaciones religiosas, un llamamiento a que las personas que usan drogas redescubran la fe en Dios como una forma de abandonar dicho uso. Este estricto método disciplinario a menudo se traduce en golpes, patadas y otras formas de maltrato físico por infracciones leves de las reglas, que a veces han dado lugar a la pérdida de vidas.¹⁰⁰

DETENCIÓN ADMINISTRATIVA

La detención administrativa puede adoptar varias formas. Puede que la forma más conocida de detención administrativa se produzca cuando el Estado decide detener a una persona porque se considera que su uso de drogas constituye un peligro para ella misma o para terceros. Este tipo de detención administrativa se encuentra en varios países y se suele practicar en virtud de la legislación relativa al internamiento en establecimientos psiquiátricos, más que la legislación aplicable al uso de drogas.

DETENCIÓN ADMINISTRATIVA EN SUECIA

La Ley de Atención a Personas con Trastornos por el Uso de Sustancias en Determinados Casos de Suecia establece que si, como consecuencia del uso continuado y problemático de drogas, una persona pone su salud física o mental en grave peligro, corre un riesgo claro de destruir su vida, y que si se teme que puedan dañarse seriamente a sí mismas o a otra persona cercana, un tribunal puede resolver que se someta a un servicio de atención obligatoria, siempre que dicha atención no pueda realizarse de otra manera. El objetivo de la atención obligatoria prevista por esta ley sueca consiste en animar a la persona a buscar tratamiento voluntario durante un período limitado (un máximo de seis meses). Según el Gobierno sueco, el 75 % de las personas sometidas a la atención obligatoria optan por acudir a un tratamiento voluntario.¹⁰⁷

En un documento conjunto, la OMS y la UNODC señalaron que el tratamiento obligatorio se puede permitir legalmente "únicamente en situaciones excepcionales de crisis de alto riesgo para la propia persona o para otras", pero añadieron que "ni la detención ni el trabajo forzoso han sido reconocidos por la ciencia como tratamiento para los trastornos por uso de drogas".¹⁰⁶ Sin embargo, esta norma, aunque tenga elementos positivos, resulta problemática porque entra en conflicto con otra norma de derechos humanos, que establece que la atención médica debe basarse en el consentimiento voluntario e informado, y que la persona tiene derecho a rechazar el tratamiento y abandonar el entorno de tratamiento.

Mujeres embarazadas

Otra ámbito donde se practica la detención administrativa atañe a las mujeres embarazadas que presentan una dependencia de drogas. Por ejemplo, en Noruega, una ley de

1996 permite que las autoridades detengan a una mujer con dependencia de drogas, en régimen de tratamiento interno y sin su consentimiento, si esa situación hace que sea bastante probable que el feto pueda verse dañado y que las medidas voluntarias en materia de salud resulten insuficientes. En este contexto, se prioriza al feto por encima del derecho a la libertad de la mujer debido al posible riesgo de daño. No obstante, el de Noruega parece ser un caso aislado, al menos en Europa.¹⁰⁸ En el estado de Wisconsin, en los Estados Unidos, una ley de 1997 permite que las autoridades priven de libertad a una mujer embarazada que "muestra una falta habitual de autocontrol" con respecto al uso propio de drogas si se determina que ello representa un "riesgo notable" para "la salud física del hijo nonato [sic]". En 2017, la Corte Suprema de los Estados Unidos suspendió el fallo de una corte inferior por la que se suspendía la ejecución de la ley, y resolvió que el estado la podía seguir aplicando hasta que finalizara el proceso de apelación.¹⁰⁹ Otros estados de los Estados Unidos cuentan con restricciones que pueden amenazar con sanciones penales a las mujeres embarazadas que usan drogas ilegales, exigen que los profesionales médicos informen sobre la exposición prenatal a las drogas o consideran que la exposición prenatal a las drogas constituye un factor en el momento de determinar oficialmente la situación de bienestar infantil, que puede llevar a que se retire la patria potestad por maltrato o abandono de menores.¹¹⁰

Pese a que el uso de drogas ilegales puede tener efectos perjudiciales en un feto, por lo general, quienes defienden la salud se han mostrado en contra de las sanciones legales, las restricciones y los requisitos de información relacionados con las mujeres embarazadas que usan drogas. En su opinión, los problemas asociados con las mujeres embarazadas que usan drogas o que presentan una dependencia de las drogas deben ser atendidos por profesionales de la salud, y las sanciones legales, las restricciones y los requisitos de información alejarán a las mujeres embarazadas que usan drogas de unos servicios de salud vitales y pondrán en peligro su bienestar y derecho a la salud.¹¹¹ La OMS ha publicado una serie de orientaciones para detectar y gestionar el uso de sustancias durante el embarazo.¹¹²

Personas migrantes sin documentación

Otro ámbito en el que se puede aplicar la detención administrativa concierne a las personas que usan drogas y que están detenidas como migrantes sin documentación, así como las sujetas a una orden de deportación. El período de internamiento en los centros de inmigración/deportación varía de manera considerable según el país. En algunos países, se sitúa en torno a los 30 días (o menos), mientras que, en otros, puede abarcar períodos mucho más prolongados.

Se ha documentado que el uso y el tráfico de drogas estaban extendidos en un centro de expulsión de inmigrantes en el Reino Unido. Además, se denunció un grado significativo de violencia en este mismo establecimiento, y se informó de que las personas detenidas se autolesionaban, incluido con intentos de suicidio.¹¹³ Un factor que contribuye a esta situación es que las personas con antecedentes penales graves conviven con personas que han infringido la ley sobre inmigración y solicitantes de asilo.¹¹⁴

En el mayor centro de detención de Australia, que se utiliza tanto para procesos de expulsión de inmigrantes como para personas migrantes sin documentación que solicitan la condición de refugiadas, se denunció la disponibilidad amplia de drogas. Debido al entorno estresante en el centro de detención, las personas susceptibles de deportación y migrantes, para enfrentar la difícil situación, recurrían al uso de sustancias.¹¹⁵

En los Estados Unidos, durante los últimos años, se ha producido un aumento drástico en el número de detenciones de migrantes sin documentación, que ha pasado de 6800 en 1994 a 40 500 en 2017. Una de las críticas principales a la política del Gobierno apunta a la falta de atención médica adecuada de las personas que se encuentran en detención administrativa.¹¹⁶

En algunos centros de albergue para jóvenes financiados por el Gobierno estadounidense, a los menores se les administraba de forma habitual –y, en algunos casos, incluso se les obligaba a tomar– una serie de sustancias psicotrópicas para controlar el trauma después de ser detenidos y, en varios casos, separados de sus padres. En 2018, se informó

de que se habían administrado fármacos a menores cuando no los necesitaban por su estado de salud y sin el consentimiento de sus padres.¹¹⁷ Después de una demanda por la que se cuestionaron estas prácticas, un tribunal federal ordenó al Gobierno estadounidense que debía solicitar el consentimiento de los padres inmigrantes antes de que se les administraran drogas psicotrópicas a sus hijos.¹¹⁸



RECOMENDACIONES EN MATERIA DE POLÍTICAS DE DROGAS DE LA COMISIÓN GLOBAL

Los niveles de encarcelamiento de los últimos 30 años no tienen precedentes en tiempos de paz y no corresponden con un aumento análogo de la delincuencia ni de las actividades delictivas, sino que se explican por el recurso creciente de los sistemas de justicia penal al encarcelamiento como un medio de castigo severo. Este recurso excesivo al encarcelamiento está planteando a las sociedades retos a corto y largo plazo, que van desde la falta de proporcionalidad de las penas a la arbitrariedad de la aplicación de la ley y la discriminación contra las personas de comunidades pobres y marginadas, y está favoreciendo el encarcelamiento por delitos leves en lugar de por delitos más graves (como los delitos financieros). El encarcelamiento también se traduce en mayores tasas de morbilidad y mortalidad entre las personas reclusas y, tras la

detención, se incrementa su vulnerabilidad a las infecciones (en especial, la tuberculosis y formas de tuberculosis resistentes a los medicamentos) y las lesiones.

Los niveles actuales de encarcelamiento impiden que los países cumplan con sus obligaciones internacionales y en materia de derechos humanos con respecto a las poblaciones reclusas. Desde 2011, la Comisión Global de Política de Drogas ha instado a que se replanteen los sistemas penitenciarios y de justicia penal vigentes a escala mundial, con miras a priorizar las medidas sustitutivas del encarcelamiento, poner fin a las penas desproporcionadas y despenalizar el uso de drogas. Esta vía nos alejará de los daños derivados de las políticas de drogas punitivas y nos acercará hacia políticas centradas en la justicia, la dignidad y los derechos humanos universales.



RECOMENDACIÓN 1: Los Estados deben acabar con todas las sanciones, tanto penales como civiles, impuestas por posesión y cultivo de drogas para uso personal. Millones de personas de todo el mundo usan drogas, y lo hacen sin causar daño a terceros. La penalización de las personas que usan drogas es una medida ineficaz y perjudicial, y socava el principio de la dignidad humana y el estado de derecho.

RECOMENDACIÓN 2: Los Estados deben poner fin a las condenas y los castigos desproporcionados por delitos relacionados con las drogas, y reconocer que el recurso excesivo a la privación de libertad repercute negativamente en la salud pública y la cohesión social. El nivel sin precedentes de recurso a la privación de libertad que se observa a escala mundial en las últimas décadas ha influido de forma negativa en la salud pública, la cohesión social y muchos otros

objetivos globales en materia de desarrollo. La privación de libertad constituye la respuesta equivocada frente a los delitos de carácter leve y no violento generados por el mercado ilegal. Por lo tanto los Estados deben aplicar alternativas al castigo –como la remisión a servicios ajenos al sistema de justicia penal– a todas las personas de bajo nivel y no violentas quienes se dedican al suministro social, tal que los correos de drogas, los usuarios-traficantes y los productores de cultivos ilícitos.

RECOMENDACIÓN 3: Los Estados deben velar por que se ofrezca una atención primaria de salud, y por que el derecho a la salud sea aplicable a todas las personas sin discriminación, sin exceptuar a las reclusas en contra de su voluntad. Las personas reclusas, las personas que usan drogas y las personas que presentan una dependencia de las drogas no deben ser objeto de discriminación en la prestación de atención médica. El derecho a la salud se extiende a la evaluación y el tratamiento de la dependencia de drogas, y se ha reconocido que los servicios de reducción de daños son parte del derecho a la salud de las personas que usan drogas. La atención médica se debe basar en la confidencialidad. Se debe poner en libertad a las personas internadas en centros de detención obligatoria relacionados con las drogas y, en los casos en que corresponda, animar a las personas a buscar un tratamiento personalizado y con base empírica para la dependencia de drogas en centros voluntarios de entornos comunitarios.

RECOMENDACIÓN 4: Las prácticas que violan los derechos humanos de las personas privadas de libertad se deben prohibir, quienes las cometen deben comparecer ante la justicia y se debe conceder una indemnización a las víctimas, según lo dispuesto por la legislación de derechos humanos. Entre estas prácticas se cuentan tortura, tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, hacinamiento, reclusión en régimen de aislamiento, trabajo forzoso, detención arbitraria e ilegal, y violaciones del derecho a la seguridad personal, el derecho a un trato humano y al respeto de la dignidad, y el derecho a una alimentación adecuada.



REFERENCIAS

- ¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015) *Repercusiones para los derechos humanos del recurso excesivo a la privación de libertad y el hacinamiento carcelario*, A/HRC/30/19, párrafo 8.
- ² Existe un amplio abanico de instrumentos internacionales sobre las obligaciones, las reglas y las directrices que incumben a las personas privadas de libertad; a saber: Declaración Universal de Derechos Humanos/Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos/Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes/ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial/Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer/Convención sobre los Derechos del Niño/Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad/ Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares/Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas/Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)/Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delinquentes (Reglas de Bangkok)/ Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión/Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos/Principios Básicos sobre la Utilización de Programas de Justicia Restitutiva en Materia Penal/Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad/Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing)/Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio).
- ³ Walmsley, R. (2018) *World Prison Population List*. 12th edition. World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research [en línea]. Disponible en: www.prisonstudies.org (consultado el 17 de abril de 2019).
- ⁴ *Ibidem*. Sin embargo, es probable que esta cifra esté subestimada, ya que no abarca a quienes se encuentran en prisión preventiva en instalaciones policiales y no se cuentan en las estadísticas nacionales de población penitenciaria. Además, no se disponía de datos para Eritrea, Somalia y la República Democrática de Corea, y se informó que las estadísticas de China y Guinea Bissau estaban incompletas. Por este motivo, es probable que, en todo el mundo, haya más de 11 millones de personas encarceladas.
- ⁵ Dünkler, F. (2017) *European penology: The rise and fall of prison population rates in Europe in times of migrant crises and terrorism*. European Journal of Criminology, Vol. 14(6) 629-653 [en línea]. Disponible en: http://www.antonioacasella.eu/nume/Dunkel_2017.pdf (consultado el 17 de abril de 2019).
- ⁶ Walmsley, R. (2018) *World Prison Population List*, 12th edition. World Prison Brief, Institute for Criminal Policy Research [en línea]. Disponible en: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf (consultado el 17 de abril de 2019).
- ⁷ *Ibidem*
- ⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015) *Repercusiones para los derechos humanos del recurso excesivo a la privación de libertad y el hacinamiento carcelario*, A/HRC/30/19, párrafos 9 y 10.
- ⁹ *Ibidem*, párrafo 11.
- ¹⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2007) *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment*, página 3.
- ¹¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015) *Repercusiones para los derechos humanos del recurso excesivo a la privación de libertad y el hacinamiento carcelario*, A/HRC/30/19, párrafo 10.
- ¹² World Prison Brief (2018) *Highest to Lowest - Occupancy Level (based on official capacity)*. World Prison Brief [en línea]. Disponible en: <http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy-level> (consultado el 10 de febrero de 2019).
- ¹³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015) *Repercusiones para los derechos humanos del recurso excesivo a la privación de libertad y el hacinamiento carcelario*, A/HRC/30/19, párrafos 5-11. Penal Reform International (2018) *Overcrowding*. Penal Reform International [en línea]. Disponible en: <https://www.penalreform.org/priorities/prison-conditions/key-facts/overcrowding/> (consultado el 10 de febrero de 2019).
- ¹⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015) *Repercusiones para los derechos humanos del recurso excesivo a la privación de libertad y el hacinamiento carcelario*, A/HRC/30/19, párrafo 14. Penal Reform International (2018) *Overcrowding*. Penal Reform International [en línea]. Disponible en: <https://www.penalreform.org/priorities/prison-conditions/key-facts/overcrowding/> (consultado el 10 de febrero de 2019).
- ¹⁵ Penal Reform International (2018) *Overcrowding*. Penal Reform International [en línea]. Disponible en: <https://www.penalreform.org/priorities/prison-conditions/key-facts/overcrowding/> (consultado el 10 de febrero de 2019).
- ¹⁶ Csete, J. et al. (2016) *Public health and international drug policy*. The Lancet, 387(10026), pp. 1427-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00619-X.
- ¹⁷ Sawyer, W. y Wagner, P. (2018) *Mass Incarceration: The Whole Pie 2018* [en línea]. Disponible en: <https://www.prisonpolicy.org/reports/pie2018.html> (consultado el 25 de enero de 2019).
- ¹⁸ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos (2005) *Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria*, El CN.4/2006/7, párrafo 64.

- ¹⁹ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos (2005) *Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria, El* CN.4/2006/7, párrafo 64.
- ²⁰ Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafo 41.
- ²¹ El Comité de Derechos Humanos, que supervisa la aplicación por parte de los Estados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ha señalado en su Observación general N° 35 (2014) que "sin demora" significa "unos pocos días".
- ²² Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafos 37 y 41.
- ²³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014) *Observación general N° 35 - Artículo 9 (Libertad y seguridad personales)*. Disponible en: <https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/35> (consultado el 25 de febrero de 2019).
- ²⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013) *Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas, párrafo 137* [pdf]. Estados Unidos de América: Comisión Interamericana de Derechos Humanos (consultado el 25 de febrero de 2019).
- ²⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafos 35, 51-52.
- ²⁶ Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Examen de los informes presentados por los Estados partes, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, CEDAW/C/GBR/7 y Add.3 y 4*
- ²⁷ Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 64 [pdf]. Disponible en: http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019).
- ²⁸ Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal (2014) *Tendencias de la delincuencia a nivel mundial y nuevas cuestiones y respuestas relativas a la prevención del delito y la justicia penal*, Nota de la Secretaría, E/CN.15/2014/5
- ²⁹ *Ibidem*. Véase también: Penal Reform International (2015) *Global Prison Trends* [pdf]. Disponible en: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf> (consultado el 22 de enero de 2019)
- ³⁰ Penal Reform International (2018) *Submission: Implementation of the UNGASS Outcome Document in regard to human rights* [pdf]. Disponible en: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI-submission-OHCHR-implementation-of-UNGASS-May-2018.pdf> (consultado el 22 de enero de 2019)
- ³¹ Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos: La experiencia del continente americano* (2015) (www.cels.org.ar).
- ³² Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafo 45; véase también: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 64 [pdf]. Disponible en: http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019)
- ³³ Petty, C. 2020 Leaders of America (2018) *The War on Drugs & Mass Incarceration*. Estados Unidos de América: 20/20 Bipartisan Justice Center. Disponible en: <http://www.2020club.org/Mass-Incarceration> (consultado el 26 de febrero de 2019).
- ³⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafo 51.
- ³⁵ *Ibidem*
- ³⁶ Naciones Unidas (1988) *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas* de 1988, artículo 3, párrafo 4 c). Nueva York: Naciones Unidas.
- ³⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2018) *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to conviction or punishment* (versión preliminar para difusión inicial). Ginebra y Viena: Naciones Unidas
- ³⁸ Penal Reform International (2018) *Submission: Implementation of the UNGASS Outcome Document in regard to human rights*, pp. 1-2 [pdf]. Londres: Penal Reform International. Disponible en: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2018/05/PRI-submission-OHCHR-implementation-of-UNGASS-May-2018.pdf> (consultado el 22 de enero de 2019)
- ³⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017) *Informe Mundial sobre las Drogas 2017 - Resumen ejecutivo: Conclusiones y consecuencias en materia de políticas*, p. 13 [pdf]. Viena: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
- ⁴⁰ Organización Mundial de la Salud (2014) *Prisons and Health*, pp. 109-110 [pdf]. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para Europa.

Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf (consultado el 23 de enero de 2019)

⁴¹ *Ibídem*, p. 108; véase también: OEDT (2012) *Prisons and drugs in Europe: The problem and responses* [pdf]. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191812_EN_TDSI12002ENC.pdf (consultado el 23 de enero de 2019)

⁴² Jürgens, R., Nowak, M. y Day, M. (2011) *HIV and incarceration: prisons and detention*. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), p. 26. doi: 10.1186/1758-2652-14-26.

⁴³ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*, *Lancet* (London, England), 388(10050), pp. 1228–1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.

⁴⁴ Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 47 [pdf]. Disponible en: http://fileservier.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019).

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud (2014) *Prisons and Health*, pp. 109-110 [pdf]. Copenhague: Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para Europa. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf (consultado el 23 de enero de 2019)

⁴⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2018) *UNAIDS Data 2018* [pdf]. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018> (consultado el 23 de enero de 2019)

Peters, L. et al. (2014) *I. BMC Infectious Diseases*, 14(S6), p. S13. doi: 10.1186/1471-2334-14-S6-S13.

⁴⁷ En algunos Estados, se prefiere utilizar el término 'tratamiento con agonistas de opioides' o 'tratamiento asistido con fármacos' (o 'terapia asistida con medicación'). Sin embargo, en este documento de posición empleamos el término 'terapia de sustitución de opioides' porque es el que utiliza la OMS y el de uso más extendido.

⁴⁸ Meulen, E. van der (2017) *'It Goes on Everywhere': Injection Drug Use in Canadian Federal Prisons*. *Substance Use & Misuse*, 52(7), pp. 884–891. doi: 10.1080/10826084.2016.1264974.

Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. *The Lancet*, 388(10050), pp. 1228–1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.

Michel, L. (2016) *Drug use in prisons: strategies for harm reduction* (ANRS-PRIDE Program). *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), pp. 2081–2088. doi: 10.1590/1413-81232015217.28442015.

⁴⁹ Meulen, E. van der (2017) *'It Goes on Everywhere': Injection Drug Use in Ca-*

nadian Federal Prisons. *Substance Use & Misuse*, 52(7), pp. 884–891. doi: 10.1080/10826084.2016.1264974.

⁵⁰ Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), pp. 845–852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.

⁵¹ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. *The Lancet*, 388(10050), pp. 1228–1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.

Bobrovskyy O. et al. (2012) *Ukraine harmonized AIDS response progress report*. Ucrania: International HIV/AIDS Alliance in Ukraine Kyiv, pp. 1–241.

⁵² Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(36), pp. 13280–13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.

Larney, S. et al. (2013) *Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: Results of a systematic review and meta-analysis*. *Hepatology*, 58(4), pp. 1215–1224. doi: 10.1002/hep.26387.

Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), pp. 845–852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.

⁵³ Rubenstein, L. S. et al. (2016) *HIV, prisoners, and human rights*. *Lancet* (Londres, Inglaterra), 388(10050), pp. 1202–1214. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30663-8.

⁵⁴ Stone, K., Shirley-Beavan, S. (2018) *Global State of Harm Reduction 2018* [pdf]. Londres: Harm Reduction International. Disponible en: <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf> (consultado el 15 de febrero de 2019).

⁵⁵ López de Goicoechea-Saiz, M. E., Sternberg, F. y Portilla-Sogorb, J. (2018) *Prevalence and associated risk factors of latent tuberculosis infection in a Spanish prison*. España: *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 20(1), pp. 4–10.

⁵⁶ Estevan, A. O., Oliveira, S. M. do V. L. de y Croda, J. (2013) *Active and latent tuberculosis in prisoners in the Central-West Region of Brazil*. Brasil: *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*, 46(4), pp. 515–518. doi: 10.1590/0037-8682-1441-2013.

⁵⁷ Izenberg, J. M. et al. (2014) *Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: Prevalence and correlates of an extremely high-risk behavior*. *International Journal of Drug Policy*, 25(5), pp. 845–852. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.02.010.

⁵⁸ Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in*

- TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 105(36), pp. 13280–13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.
- ⁵⁹ Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. The Lancet, 388(10050), pp. 1228–1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- ⁶⁰ Stuckler, D. et al. (2008) *Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 105(36), pp. 13280–13285. doi: 10.1073/pnas.0801200105.
- ⁶¹ Mabud, T. S. et al. (2019) *Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and modeling study from Brazil*. PLoS medicine, 16(1), p. e1002737. doi: 10.1371/journal.pmed.1002737.
- ⁶² Altice, F. L. et al. (2016) *The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia*. The Lancet, 388(10050), pp. 1228–1248. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- ⁶³ O'Grady, J. et al. (2011) *Tuberculosis in prisons: anatomy of global neglect*. European Respiratory Journal, 38(4), pp. 752–754. doi: 10.1183/09031936.00041211.
- ⁶⁴ Organización Mundial de la Salud (2018) *Global tuberculosis report 2018* [en línea]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (consultado el 20 de febrero de 2019)
- Efsen, A. M. W. et al. (2018) *Management of MDR-TB in HIV co-infected patients in Eastern Europe: Results from the TB:HIV study*. Journal of Infection, 76(1), pp. 44–54. doi: 10.1016/j.jinf.2017.10.007.
- Skrahina, A. et al. (2013) *Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: the size of the problem and associated risk factors*. Bulletin of the World Health Organization, 91(1), pp. 36–45. doi: 10.2471/BLT.12.104588.
- Skrahina, A. et al. (2012) *Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: results of a survey in Minsk*. European Respiratory Journal, 39(6), pp. 1425–1431. doi: 10.1183/09031936.00145411.
- Balabanova, Y. et al. (2016) *Survival of patients with multidrug-resistant TB in Eastern Europe: what makes a difference?* Thorax, 71(9), pp. 854–861. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207638.
- ⁶⁵ Dennis, B. B. et al. (2014) *The effectiveness of opioid substitution treatments for patients with opioid dependence: a systematic review and multiple treatment comparison protocol*. Systematic Reviews, 3(1), p. 105. doi: 10.1186/2046-4053-3-105.
- ⁶⁶ Michel, L. (2016) *Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program)*. Ciência & Saúde Coletiva, 21(7), pp. 2081–2088. doi: 10.1590/1413-81232015217.28442015.
- Zurhold, H., Stoeber, H., (2013). *Evidence of effectiveness of harm reduction measures in prisons - Systematic Review - Final Report to the European Union Drug Prevention and Information Programme*.
- Nelles, J. et al. (1998) *Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison?* BMJ, 317(7153), pp. 270–273. doi: 10.1136/bmj.317.7153.270.
- ⁶⁷ Naciones Unidas (2016) *Objetivos de Desarrollo Sostenible, objetivo 3, meta 3.3*. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ⁶⁸ Fondo Mundial et al. (2018) *Tuberculosis and Human Rights: Prepared for a side event on human rights and TB preceding the UN General Assembly high-level meeting on ending TB* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/7783/tb_2018-09-24-tuberculosisandhumanrights_paper_en.pdf (consultado el 26 de febrero de 2019)
- ⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (2019) *Tuberculosis in prisons* [pdf]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/tb/areas-of-work/population-groups/prisons-facts/en/> (consultado el 26 de febrero de 2019).
- ⁷⁰ Fullman, N. et al. (2017) *Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. The Lancet, 390(10100), pp. 1423–1459. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32336-X.
- ⁷¹ Herbert, N. et al. (2018) *Advancing political will to end the tuberculosis epidemic*. The Lancet Infectious Diseases, 18(7), pp. 711–712. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30679-5.
- ⁷² Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafos 56-57.
- ⁷³ Gee, M. (2018) *Danger beyond the prison gates: One in 10 overdose deaths happen to ex-inmates within year of release*. Canadá: The Globe and Mail. Disponible en: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-within-a-year-of-release-one-in-10-ex-prisoners-die-of-overdose/> (consultado el 26 de febrero de 2019).
- ⁷⁴ Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (2018) *Former inmates at high risk for opioid overdose following prison release* [en línea]. Disponible en: <https://medicalxpress.com/news/2018-07-inmates-high-opioid-overdose-prison.html> (consultado el 26 de febrero de 2019).
- ⁷⁵ Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- Kamarulzaman, A. y McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention*

- centers in East and Southeast Asia. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, pp. S33–S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- ⁷⁶ Lunze, K. et al. (2018) *Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries*. *International Journal of Drug Policy*, 59, pp. 10–15. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.06.009.
- ⁷⁷ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers 'have no role' in treatment of opioid addiction, according to study* [en línea]. ScienceDaily. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (Consultado el 26 de febrero de 2019).
- ⁷⁸ Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 64 [pdf]. Disponible en: http://fileserv.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019).
- ⁷⁹ Open Society Institute y the University of Melbourne Nossal Institute for Global Health (2010) *Detention as treatment: Detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos and Thailand* [pdf]. Nueva York: Open Society Institute. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Detention-as-Treatment-20100301.pdf> (consultado el 25 de febrero de 2019)
- ⁸⁰ Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- ⁸¹ Kamarulzaman, A. y McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, pp. S33–S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafos 47–48.
- ⁸² Asamblea General de las Naciones Unidas (1985) *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing)*, Resolución 40/33 (29 de noviembre de 1985). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/BeijingRules.aspx>
- Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- ⁸³ Kamarulzaman, A. y McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, pp. S33–S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- ⁸⁴ Ibídem
- ⁸⁵ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers 'have no role' in treatment of opioid addiction, according to study* [en línea]. ScienceDaily. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (Consultado el 26 de febrero de 2019).
- ⁸⁶ Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- ⁸⁷ Kamarulzaman, A. y McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, pp. S33–S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- ⁸⁸ Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)
- ⁸⁹ Kamarulzaman, A. y McBrayer, J. L. (2015) *Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia*. *International Journal of Drug Policy*. (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction), 26, pp. S33–S37. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.011.
- ⁹⁰ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers 'have no role' in treatment of opioid addiction, according to study* [en línea]. ScienceDaily. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (Consultado el 26 de febrero de 2019).
- Kashef, Z. (2016) *Opioid users treated in drug detention centers more likely to relapse* [en línea]. YaleNews. Disponible en: <https://news.yale.edu/2016/12/07/opioid-users-treated-drug-detention-centers-more-likely-relapse> (consultado el 26 de febrero de 2019).
- Wegman, M. P. et al. (2017) *Relapse to opioid use in opioid-dependent individuals released from compulsory drug detention centres compared with those from voluntary methadone treatment centres in Malaysia: a two-arm, prospective observa-*

tional study. *The Lancet Global Health*, 5(2), pp. e198–e207. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30303-5.

⁹¹ The Lancet (2016) *Compulsory drug detention centers 'have no role' in treatment of opioid addiction, according to study* [en línea]. ScienceDaily. Disponible en: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161208090157.htm> (Consultado el 26 de febrero de 2019).

⁹² *Ibidem*

⁹³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Ginebra y Viena: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consultado el 25 de febrero de 2019).

⁹⁴ *Ibidem*, p. 15.

⁹⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

⁹⁶ Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 64 [pdf]. Disponible en: http://filesserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019).

⁹⁷ Open Society Foundations (2016) *Ni socorro, ni salud: Abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-es-21060403.pdf> (consultado el 25 de febrero de 2019)

Csete, J. y Pearshouse, R. (2016) *Detention And Punishment In The Name Of Drug Treatment* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations. Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2019)

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2018) *Drug treatment in Latin America* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations, Programa de Salud Pública. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/HRC39/OpenSocietyFoundation.pdf> (consultado el 26 de febrero de 2019)

Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 60 [pdf]. Disponible en: http://filesserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019).

Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2014) *Tratamiento obligatorio en América Latina: Una práctica no-ética, inhumana e inefectiva* [pdf]. Disponible en: http://filesserver.idpc.net/library/IDPC-advocacy-note_Compulsory-rehabilitation-Latin%20America_SPANISH.pdf (consultado el 26 de febrero de 2019)

⁹⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Hu-

manos (2018) *Drug treatment in Latin America* [pdf]. Nueva York: Open Society Foundations, Programa de Salud Pública. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/DrugProblem/HRC39/OpenSocietyFoundation.pdf> (consultado el 26 de febrero de 2019), pp. 3-4.

⁹⁹ *Ibidem*, pp. 4-5.

¹⁰⁰ *Ibidem*, pp. 1-10.

¹⁰¹ *Ibidem*, pp. 3-4.

¹⁰² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Ginebra y Viena: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consultado el 25 de febrero de 2019).

¹⁰³ Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2015) *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, A/HRC/30/65*, párrafo 43.

Comisión Global de Política de Drogas (2014) *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces* [pdf]. Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work> (consultado el 1 de marzo de 2019), p. 22.

¹⁰⁴ Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (2018) *Balance de una década de políticas de drogas: Informe sombra de la sociedad civil*, p. 64 [pdf]. Disponible en: http://filesserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019), p. 52.

¹⁰⁵ Comisión Global de Política de Drogas (2014) *Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces* [pdf]. Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work> (consultado el 1 de marzo de 2019), p. 22.

¹⁰⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion Paper [pdf]. Ginebra y Viena: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p. 10 (consultado el 25 de febrero de 2019).

¹⁰⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2018) *Submission on behalf of the Government of Sweden to the Report of the OHCHR to the Human Rights Council on the implementation of the UNGASS Outcome Document*. Ginebra: ACNUDH.

¹⁰⁸ Myra, S. M. et al. (2016) *Pregnant substance-abusing women in involuntary treatment: Attachment experiences with the unborn child*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(3), pp. 299–316. doi: 10.1515/nsad-2016-0023.

¹⁰⁹ Tourjée, D. (2017) *Women Suspected of Using Drugs While Pregnant Can Be*

Jailed to Keep Fetus Safe. Broadly. Disponible en: https://broadly.vice.com/en_us/article/wj8gd5/fetuses-can-sue-women-for-using-cocaine-while-pregnant-supreme-court-maintains (consultado el 1 de marzo de 2019).

¹¹⁰ *Using Illegal Drugs During Pregnancy* (2012) American Pregnancy Association. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/pregnancy-health/illegal-drugs-during-pregnancy/> (consultado el 1 de marzo de 2019).

¹¹¹ Tourjée, D. (2017) *Women Suspected of Using Drugs While Pregnant Can Be Jailed to Keep Fetus Safe*. Broadly. Disponible en: https://broadly.vice.com/en_us/article/wj8gd5/fetuses-can-sue-women-for-using-cocaine-while-pregnant-supreme-court-maintains (consultado el 1 de marzo de 2019).

Aministía Internacional (2017) *Criminalizing pregnancy: Policing pregnant women who use drugs in the USA* [pdf]. Londres: Amnistía Internacional. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR5162032017ENGLISH.pdf> (consultado el 1 de marzo de 2019)

¹¹² Organización Mundial de la Salud (2014) *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* [pdf]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ (consultado el 1 de marzo de 2019)

¹¹³ Holt, A. (2017) *What I saw when I went undercover*. BBC News. Disponible en: https://www.bbc.co.uk/news/resources/idt-sh/g4s_brook_house_immigration_removal_centre_undercover (consultado el 1 de marzo de 2019).

¹¹⁴ Bentham, M. (2018) *Migrants being held with violent drug gangs at detention centre*. Evening Standard. Disponible en: <https://www.standard.co.uk/news/uk/migrants-being-held-with-violent-drug-gangs-at-detention-centre-a3810331.html> (consultado el 12 de abril de 2019).

¹¹⁵ Blakkarly, J. y McKenny, L. (2018) *Villawood's drug crisis revealed: 'Whatever you wanted you could get'*. SBS News. Disponible en: <https://www.sbs.com.au/news/villawood-s-drug-crisis-revealed-whatever-you-wanted-you-could-get> (consultado el 12 de abril de 2019).

¹¹⁶ Human Rights Watch (2018) *Code Red: The Fatal Consequences of Dangerously Sub-standard Medical Care in Immigration Detention* [pdf]. Nueva York: Human Rights Watch. Disponible en: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/us0618_immigration_web2.pdf (consultado el 12 de abril de 2019)

¹¹⁷ Hay, A. y Tait, P. (2018) *U.S. centers force migrant children to take drugs: lawsuit*. Reuters, 21 de junio. Disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-usa-immigration-medication-idUSKBN1JH076> (consultado el 12 de abril de 2019).

¹¹⁸ Serrano, A. (2018) *Judge Orders Government to Obtain Consent Before Medicating Immigrant Children*, *Colorlines*. Disponible en: <https://www.colorlines.com/articles/judge-orders-government-obtain-consent-medicating-immigrant-children> (consultado el 12 de abril de 2019).

MÁS RECURSOS

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.countthecosts.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

www.talkingdrugs.org

www.tdpc.org.uk

www.unaids.org/en/topic/key-populations

www.unodc.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.wacommissionondrugs.org

www.who.int/topics/substance_abuse/en/

INFORMES

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- Guerra a las drogas (2011)
- La guerra contra las drogas y el VIH/SIDA : Cómo la criminalización del uso de drogas fomenta la pandemia global (2012)
- El impacto negativo de la guerra a las drogas en la salud pública : La epidemia oculta de la hepatitis C (2013)
- Asumiendo el control : Caminos hacia políticas de drogas eficaces (2014)
- El impacto negativo del control de drogas en la salud pública : La crisis global de dolor evitable (2015)
- Avanzando la reforma de la política de drogas: Un nuevo enfoque para la descriminalización (2016)
- El problema mundial de la percepción de las drogas: Contrarrestando prejuicios sobre personas que usan drogas (2017)
- Regulación : El control responsable de las drogas (2018)

INFORMES DE POSICIÓN

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

- La crisis de opioides en Norteamérica (Octubre de 2017)
- Políticas de drogas y la agenda para el desarrollo sostenible (Septiembre de 2018)

AGRADECIMIENTOS

Coordinación técnica

Robert Husbands
Khalid Tinasti
Daria Podlekareva

Grupo de revisión de especialistas

Yatie Jonet
Maria-Goretti Ane Loglo
Ross MacDonald
Isabel Pereira
Heino Stöver
Anna Versfeld
Hans Wolff

APOYO

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
Departamento Federal de Asuntos Exteriores de Suiza

SECRETARIADO

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

CONTACTO

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org



COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

La Comisión Global de Política de Drogas tiene por objetivo llevar al plano internacional un debate fundamentado y basado en pruebas científicas sobre maneras humanas y eficaces de reducir los daños que causan a las personas y las sociedades tanto las drogas como las políticas concebidas para fiscalizarlas.

OBJETIVOS

- Revisar los supuestos básicos, la eficacia y las consecuencias del enfoque de “guerra contra las drogas”
- Evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales frente al problema de las drogas
- Desarrollar recomendaciones factibles y basadas en pruebas contrastadas para una reforma constructiva en materia jurídica y normativa