

# INFORME SOMBRA SOBRE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES BAJO LA POLÍTICA DE DROGAS EXAMEN DE BOLIVIA

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de  
las Naciones Unidas  
Septiembre de 2021

## **I. Los derechos económicos, sociales y culturales bajo la política de drogas**

El presente informe tiene como propósito actualizar al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, para el examen de Bolivia de este mes de septiembre, sobre la situación de los derechos de la población boliviana que sufre el impacto de la política de drogas de corte punitivo prohibicionista.

El documento se centrará en el cumplimiento de los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en dos ámbitos: - la población genera que consume sustancias psicoactivas y - el uso medicinal del cannabis. Se incluyen preguntas y recomendaciones para Bolivia.

## **II. Población usuaria de sustancias psicoactivas. Principios de igualdad y no discriminación (artículos 2.1 y 2.2.), derecho a la salud (artículo 12) y derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b)**

La situación en que se encuentra la población consumidora de sustancias psicoactivas, entre ella quienes sufren drogodependencia contradice los principios de igualdad y no discriminación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Es una población que sufre una vulneración seria a su derecho a la salud, reconocido en el artículo 12 del Pacto. En este marco, corresponde precisar el incumplimiento del Estado en garantizar el acceso a la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra

índole, y la lucha contra ellas; así como la absoluta ausencia de condiciones que aseguren, a esta población específica, la asistencia médica y los servicios médicos en caso de enfermedad.

La priorización de la persecución penal sobre la población usuaria de sustancias, con el consiguiente abandono de toda respuesta social y en salud, se manifiesta en un contexto caracterizado por las siguientes situaciones:

- 1) la tipificación del consumo de drogas como delito, que coloca al consumidor de drogas el rótulo de delincuente,
- 2) la posesión de la droga (quien consume, primero debe poseer la sustancia), lo que mantiene al consumidor en riesgo de ser aprehendido por la Policía,
- 3) la presunción de venta, que pone al consumidor en riesgo de ser encarcelado como autor de los delitos de tráfico o suministro de drogas.

A fin de clarificar el contexto nacional, se exponen los siguientes puntos que permiten advertir cómo se resuelve una problemática de salud a través del Derecho Penal, lo cual anula o impide todo acceso al derecho a la salud de la población consumidora, entre ella personas con uso no problemático que no afectan a terceros, y con particular crudeza a la proporción de población que sufre drogodependencia, considerada una enfermedad del cerebro y una compleja problemática biopsicosocial.

La Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas (Ley 1008) tipifica, en su Título III "De los delitos y de las penas":

*Art. 49 (Consumo y tenencia para el consumo)*

*"El dependiente y el consumidor no habitual que fuere sorprendido en posesión de sustancias controladas en cantidades mínimas que se supone son para su consumo personal inmediato, será internado en un instituto de farmacodependencia público o privado para su tratamiento hasta que se tenga convicción de su rehabilitación. La cantidad mínima para consumo personal inmediato será determinada previo dictamen de dos especialistas de un instituto de farmacodependencia público. Si la tenencia fuese mayor a la cantidad mínima caerá en la tipificación del artículo 48º de esta ley."*

Asimismo, el Decreto Supremo N° 22099 de 28 de diciembre de 1988, que reglamenta la Ley 1008, señala:

*Art. 26: "Se entiende por tenencia para consumo personal inmediato, la cantidad de droga equivalente a 48 horas de consumo, dictaminado por*

*dos peritos médicos a los que se refiere el artículo 49 de la Ley 1008. Si la cantidad fuese mayor se presume como tráfico.”.*

No existen en Bolivia tablas umbral con cantidades permitidas para consumo personal, y tampoco se conoce ni se menciona sobre las dosis de aprovisionamiento. No existen los dos profesionales que hagan el dictamen señalado, debido a la ausencia de peritos psiquiatras forenses en la mayoría de las sedes departamentales del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), dependiente de la Fiscalía General del Estado. Todo lo señalado demuestra que no hay opción alguna para que una persona usuaria (o un drogodependiente) pueda acceder a una valoración especializada que evite su remisión al régimen penitenciario.

El artículo 48 de la Ley 1008, al cual el artículo 49 remite automáticamente aquellos casos en que se sobrepasa la cantidad mínima para consumo personal, según criterio de dos especialistas (con los que usualmente no se puede contar), tipifica el delito de tráfico, que recibe una pena de 10 a 25 años de cárcel.

En los últimos años, frente a la ausencia de acciones desde el ente de salud respecto a la población usuaria, en la práctica judicial se ha adoptado una alternativa más benigna, la cual consiste en procesar, a quien sobrepase en pocos gramos la cantidad considerada para consumo personal, por el delito de suministro y ya no por tráfico como ordena la Ley 1008.

El delito de suministro recibe una pena entre 8 a 12 años de privación de libertad, menor que la del tráfico, pero muy alta para un consumidor que no pudo probar su condición de tal. Sin embargo, dado que la cantidad para consumo personal se define caso por caso, suele haber disparidad en las decisiones judiciales, ya que, por una misma cantidad de gramos, un juez califica la conducta como delito de suministro mientras que otro juez lo hace por tráfico.

Como referencia cuantitativa de la población usuaria de drogas que se encuentra en riesgo de persecución penal, se mencionan las cifras de la población reportadas en el país, en las variables marihuana y cocaína. En 2010, en cuanto a la marihuana, el estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (CELIN), que tuvo lugar en los nueve departamentos del país, sobre población entre 12 a 65 años, mostró que un total de 151.167 personas habían consumido marihuana en el último año antes de la encuesta. En 2020, respecto a la cocaína, el Informe Mundial de Drogas preparado por la UNODC para esa gestión, estimó que, en Bolivia, alrededor de un 0,6% de la población entre 15 a 64 años de edad, consumía cocaína, en forma de pasta base o clorhidrato. Este porcentaje de 0,6, teniendo como referencia el último

censo realizado (Censo de Población y Vivienda de 2012, que indicó que la población de 15 a 64 años alcanzaba un número de 6.300.945), correspondería a la cifra de 37.806 personas. La proporción de población que está sujeta a sanción penal es, por tanto, bastante amplia.

Al priorizarse la intervención penal, como se evidencia en la práctica queda sin funcionamiento el sistema de salud para temas de consumo de drogas. Las personas usuarias de drogas, entonces, son alejadas de cualquier respuesta en salud. Esta situación, además de afectar a los usuarios no problemáticos que no tienen los servicios para prevenir o evitar el abuso de drogas, somete a una violación gravísima de su derecho a la salud a la población drogodependiente (en prisión, se advierte que una gran parte de las personas drogodependientes sufren incluso de patología dual) ya que es una población reiteradamente puesta en la prisión, sin reconocérsele la patología en salud que sufre.

Un promedio de 30% de las aprehensiones policiales anuales de la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico (FELCN) corresponde a personas consumidoras de drogas, y no a narcotraficantes, de acuerdo con los datos estadísticos difundidos en algunos de los años pasados.

En 1917, se promulgó la ley 913 "Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas", la cual creó la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, señalando que esta Red debe estar integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana, bajo la coordinación del Ministerio de Salud.

No se ha informado a la población si esta Red está en funcionamiento efectivo, la misma no se hace presente en los requerimientos cotidianos de la población usuaria (principalmente drogodependientes que están o salen del sistema penal), para proveer servicio especializado alguno, o dotación de medicamentos, o alguna otra atención, aunque sea mínima, para esa población que sufre una afección en salud.

No se conoce, por tanto, sobre el funcionamiento la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, ni sobre su asignación presupuestaria. De hecho, en la Rendición Pública de Cuentas Inicial Gestión – 2021 del Ministerio de Salud y Deportes no existe mención alguna sobre el funcionamiento de esta Red.

Corresponde agregar que el Estado ha dejado a manos privadas la oferta de programas de tratamiento para drogodependencias. En ese contexto, hay una

minimización de las necesidades y de la complejidad del tratamiento. No se aplican las directrices de los varios documentos técnicos especializados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni de la Oficina de Naciones Unidas sobre Drogas y Delito (UNODC). Desde el Estado solamente hay algunos escasos "programas" a nivel local dependientes de las Gobernaciones de Departamento, que se dirigen solo a la población en situación de calle, y que solo se basan en el encierro o privación de libertad de la persona en un centro, sin que se advierta que haya planes especializados ni mecanismos para la evaluación de estos "programas".

No hay dato alguno que permita señalar que, desde el enfoque de salud, haya alguna comprensión del Estado sobre la complejidad de la problemática de la drogodependencia ni sobre la integralidad que deben tener su abordaje terapéutico. Vale decir no se conocen las necesidades de creación de programas multidisciplinarios que ofrezcan la diversidad de intervenciones que se requieren, como las terapias psicológicas, la terapia psiquiátrica y farmacológica cuando corresponda, la terapia motivacional, la terapia ocupacional, la terapia familiar, el acompañamiento terapéutico en tratamiento ambulatorio, y todas las demás intervenciones alternativas que, en las últimas décadas, se han desarrollado en el mundo.

El concepto de reducción de daños (que implica un abordaje desde el enfoque de salud pública y los derechos de las personas usuarias) es desconocido en la política pública de Bolivia, y al respecto sólo existen pequeñas iniciativas de organizaciones de la sociedad civil.

En general, toda la diversidad de programas que se recomiendan en el mundo para atender todos los ámbitos de la problemática de la drogodependencia, no es conocida en Bolivia, en el ámbito de los tratamientos. Las opciones existentes, la gran mayoría del sector privado, sólo se refieren al encierro en centros que no son supervisados por el Ministerio de Salud.

Dada la regularidad de quejas que se conocen de pacientes drogodependientes que han sido sometidos a torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en centros privados, quienes no denuncian públicamente por temor y por el estigma que recae sobre ellos, es necesario que el Ministerio de Salud asuma acciones de supervisión urgentes. El Ministerio de Salud debe establecer protocolos, realizar seguimiento a los centros y programas privados, examinar las capacidades profesionales del personal de los centros, efectuar auditorías de historias clínicas para evaluar si los tratamientos que se aplican son verdaderamente especializados, así como otras acciones que busquen proteger

los derechos de la población con uso problemático de drogas que llega a esos centros.

La situación descrita tiene vinculación con la persecución penal a la población usuaria de drogas, frente a la cual pierden relevancia y prioridad, como se demuestra en la práctica, no hay servicios de salud para los usuarios que cumplan con los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio desarrollados por el Comité DESC.

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Bolivia:

- A partir del Art. 29 de la Ley 913, ¿qué medidas reglamentarias, administrativas y presupuestales se están realizando para el funcionamiento de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno?
- ¿Cómo está garantizando a nivel local y nacional el derecho a la salud de la población drogodependiente que se encuentra en las cárceles y en situación de calle?
- ¿Ha avanzado el Estado en formular una política pública específica para la prevención y el tratamiento e inserción de las personas drogodependientes, que respete sus derechos e incluya la diversidad de intervenciones terapéuticas especializadas que se recomiendan?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Bolivia a:

- Eliminar el consumo de drogas de la lista de delitos tipificados en la Ley 1008, asumiendo la prioridad del enfoque de salud pública para el abordaje de los problemas de abuso de drogas.
- Establecer alternativas legales para que personas con dependencia a sustancias sea remitidas al sistema de salud y no a la cárcel.
- Realizar una supervisión y seguimiento de los centros privados que ofertan tratamiento para drogodependencias, realizando auditorías de historias clínicas y constatando que los programas de tratamiento que ofertan cumplen con los estándares establecidos por los entes especializados a nivel internacional.
- Establecer mecanismos para que, los pacientes de los centros residenciales de tratamiento a drogodependencias, puedan denunciar las vulneraciones de derechos o delitos de los que pueden ser víctimas en esos centros.
- Realizar campañas nacionales y locales de información y sensibilización para desmitificar los temas de drogas, quitar el estigma sobre la población usuaria, permitir una real comprensión sobre la complejidad de la problemática en salud que implica la drogodependencia, y generar

conciencia sobre las necesidades en salud de las personas drogodependientes.

- Proveer, facilitar o promover servicios y programas especializados para la drogodependencia que no se circunscriban solo al encierro, o a la internación forzosa, sino que aborden en forma integral los procesos de tratamiento, apoyando en los diversos ámbitos que debe ser apoyada la persona drogodependiente, e incluyendo las nuevas alternativas de abordaje, entre ellas la reducción de daños.

### **III. Usos médicos, terapéuticos y científicos del cannabis. Derecho a la salud (artículo 12), derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b)**

No existe una ley de cannabis medicinal en Bolivia, aunque hay una amplia proporción de población, gran parte niños y niñas, que usan derivados medicinales de cannabis, en forma encubierta o discreta. Esta es una población en situación de vulnerabilidad compuesta por personas que sufren enfermedades graves, crónicas o incurables, trastornos neuropsiquiátricos y psicológicos, lesiones cerebrales y otras condiciones de salud, quienes usan productos de cannabis como parte de sus tratamientos, para aliviar los síntomas de las enfermedades que sufren y tener una mejor calidad de vida.

La Ley 913 Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas (Ley 913) establece un procedimiento para la obtención de sustancias controladas de uso medicinal. El artículo 18, numeral II, de esta Ley señala:

*"Las personas naturales o jurídicas, deben registrarse y solicitar autorización previa a la instancia competente del Ministerio de Salud para la importación, exportación, comercialización o producción de sustancias controladas de uso medicinal, consignadas en las Listas I, II, III y IV del Anexo de la presente Ley, autorización que será otorgada mediante Resolución Administrativa de Licencia Previa."*

Esta disposición, que hace referencia a cualquier sustancia controlada, no tiene mayor reglamentación ni procedimiento para hacerla efectiva, en cuanto al cannabis medicinal. Esta situación se ha advertido del primer trámite que se está llevando adelante, desde septiembre de 2020, ante el Ministerio de Salud, a través de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud (AGEMED) en el caso de una niña con parálisis cerebral, a quien el cannabis medicinal le reduce en un 60% sus espasmos diarios permitiéndole una mejor calidad de vida.

En esta gestión, AGEMED ha cambiado los requisitos y demorado el trámite poniendo en riesgo los derechos de la niña. Esta situación muestra que el Estado no está preparado para dar curso a las solicitudes de cannabis medicinal, y que aún no se han tomado previsiones para implementar los procedimientos y protocolos para dar curso a las solicitudes de pacientes.

No hay claridad, por consiguiente, sobre las medidas que las medidas que se llevarán a cabo para facilitar el acceso del cannabis medicinal a las y los pacientes. Tampoco hay iniciativas de formación médica sobre los usos medicinales del cannabis. La población de pacientes en Bolivia debe recurrir al mercado negro para obtener los aceites y otros derivados de cannabis.

Es necesario que Bolivia realice avances inmediatos en esta materia, ya que ha recibido ya la primera solicitud de autorización para el uso de aceite de cannabis (la misma que aún no ha recibido una respuesta favorable, pese a que la gestión lleva varios meses ya) y, además de ello, la OMS ya dictaminó en 2018 las propiedades terapéuticas de cannabis medicinal, y, asimismo, en 2020 ya el pleno de la Asamblea General de Naciones Unidas ha asumido ese dictamen de la OMS oficializando el uso terapéutico del cannabis. Por tanto, el Estado boliviano tiene que estar preparado con los mecanismos, procedimientos y protocolos necesarios, y comenzar la regulación por la vía administrativa y por la legislativa.

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Bolivia:

- ¿Qué medidas está tomando el Estado boliviano para garantizar el derecho a la salud de la población de pacientes, entre ellos niños y niñas, que usan derivados medicinales de cannabis?
- ¿El Ministerio de Salud cuenta con protocolos, guías y procedimientos para facilitar el acceso de los pacientes al cannabis medicinal o para dar curso a los trámites de autorización de uso de cannabis medicinal?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Bolivia a:

- Conformar un comité interinstitucional entre entidades del Estado y organizaciones de la sociedad civil, entendidas o especialistas en la materia, para que se realicen los estudios correspondientes y se emitan las recomendaciones sobre el modelo más adecuado de regulación del cannabis medicinal en Bolivia.
- Establecer, desde el Ministerio de Salud, los protocolos correspondientes para la otorgación de autorizaciones o el acceso al cannabis medicinal para los pacientes.
- Cumplir con el principio del interés superior del niño, en los casos de pacientes niños y niñas, que usan derivados medicinales de cannabis, en



este momento sin protección alguna del Estado, debido a la situación de clandestinidad en que se encuentran al no estar regulado ese uso.

- Emitir la normativa legal y administrativa correspondiente que garantice a los pacientes no ser perseguidos penalmente.

#### ORGANIZACIÓN QUE SUSCRIBE EL INFORME:



#### Autores del informe:

- GLORIA ROSE MARIE ACHÁ, abogada, investigadora especializada en política de drogas, y coordinadora de Acción Andina – Bolivia.
- DIEGO CARBALLO MEDRANO, activista de derechos humanos, investigador especializado en política de drogas, y director de Acción Andina – Bolivia.

#### Referencias bibliográficas:

Acción Andina Bolivia, Resoluciones Integrales y Programa Libertas (2020) "Folleto Informativo sobre Drogodependencias". Bolivia.

Achá, Gloria Rose (2018) "Los chivos expiatorios: control de drogas y cárceles en Bolivia" Acción Andina Bolivia y Programa Libertas.

Achá, Gloria Rose (2020) "Fundamentos para la Regulación del Cannabis Medicinal en Bolivia" Acción Andina – Bolivia.

Achá, Gloria Rose (2021) "La inconstitucionalidad del artículo 49 de la Ley 1008: delito de consumo y tenencia para consumo" Acción Andina – Bolivia

Carballo, Diego y Achá, Gloria Rose (2021) "Programa de apoyo post penitenciario a personas con uso problemático de drogas" Acción Andina – Bolivia y Programa Libertas. Cochabamba – Bolivia.

Ley 1008 de 1988. Ley del Régimen de la Coca y Sustancias Controladas. Bolivia. 22 de julio de 1988.

Ley 913 de 2017. Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas. Bolivia. 16 de marzo de 2017.

Ministerio de Salud y Deportes (2021) Rendición Pública de Cuentas Inicial Gestión – 2021. Bolivia.

Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y Delito (2010) "Programa conjunto sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia" OMS/UNODC. Agosto de 2010.

Organización de Estados Americanos (2013) "El problema de las drogas en las Américas".