

Comisión Asesora

para la Política de Drogas en Colombia

Bogotá, D.C., mayo de 2013

Lineamientos

para una política pública
frente al consumo de drogas

Índice

1.	Objetivos y estructura del documento	Página 3.
2.	La evolución reciente del consumo de drogas en Colombia	Página 4.
3.	Marco normativo de las políticas frente al consumo de drogas	Página 6.
3.1.	El marco teórico: modelos abstractos de regulación de las sustancias psicoactivas	Página 6.
3.2.	El marco internacional: prohibicionismo pero con discreción para que los Estados desarrollen políticas frente al consumo	Página 9.
3.3.	La regulación constitucional y los desarrollos legales recientes	Página 10.
4.	Consumo de drogas, salud pública y derechos humanos	Página 13.
4.1.	Los nuevos enfoques basados en salud pública	Página 13.
5.	Marco conceptual para una política frente al consumo de drogas	Página 16.
5.1.	Distinciones entre diferentes tipos de consumo de drogas	Página 18.
5.2.	El debate en torno a los cambios de legislación y a las nuevas propuestas para enfrentar el consumo de drogas	Página 20.
5.3.	La experiencia colombiana e internacional en torno a la descriminalización del consumo de drogas	Página 21.
5.4.	Consideraciones finales del marco conceptual	Página 22.
6.	Reflexiones en torno al Estatuto Nacional sobre Drogas y Sustancias Psicoactivas	Página 23.
6.1.	Aportes del nuevo proyecto	Página 27.
7.	Conclusiones y recomendaciones	Página 29.
8.	Referencias bibliográficas	

Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas

1. Objetivos y estructura del documento

La Comisión Asesora para la Política de Drogas considera que la política frente al consumo de drogas debe estar enmarcada normativamente, pues las autoridades competentes deben respetar un conjunto de principios y derechos consagrados no sólo en la Constitución sino también en los tratados ratificados por nuestro país, no sólo relativos a las drogas sino también en materia de derechos humanos. Pero una buena política frente a las drogas debe también estar fundada por evidencia empírica sólida y responder a las particularidades de nuestra realidad.

La Comisión se propuso entonces desarrollar un primer documento que contenga los lineamientos que deberían regir las políticas públicas del Estado colombiano frente al consumo de drogas. Las razones principales que la Comisión consideró pertinentes para hacer un primer documento sobre las políticas públicas para hacerle frente al consumo de drogas son las siguientes:

- i. Como en otros países de la región, el consumo de drogas en Colombia ha venido en aumento. Esto hace que sea prioritario para el estado colombiano formular políticas públicas basadas en la evidencia que permitan prevenir y tratar el consumo de drogas de manera efectiva y reducir sus posibles daños directos y colaterales.
- ii. El campo de las políticas públicas para enfrentar el consumo de drogas es uno en donde los Estados tienen mayor margen de maniobra e independencia para implementar políticas sin abandonar las Convenciones de Naciones Unidas.
- iii. Comenzar con un trabajo sobre consumo de drogas y los lineamientos de política para enfrentarlo le permite a la Comisión definir la orientación general del trabajo hacia el futuro, cuando se abordarán otros temas asociados a la política de drogas como las políticas de reducción de oferta, el desarrollo rural, el marco jurídico, las políticas específicas para reducir el consumo y otros temas como la violencia asociada al narcotráfico, la extradición y la extinción de dominio.

En este documento la Comisión se propuso presentar unos lineamientos para una política frente al consumo de drogas en Colombia, que estuvieran al mismo tiempo enmarcados normativamente y sustentados empíricamente en la evidencia disponible. Ese propósito explica entonces la estructura de este documento, cuya segunda parte es empírica, pues describe la evolución y la situación del consumo

de drogas en Colombia y muestra que sigue patrones semejantes a países con niveles de desarrollo similares. La tercera parte aborda la dimensión normativa y presenta los diferentes marcos jurídicos para enfrentar el consumo de drogas, que van desde la prohibición extrema hasta la legalización y liberalización total, con opciones intermedias que hacen énfasis en la regulación y en políticas de reducción de daño, políticas que han sido implementadas ya en varios países y que han mostrado resultados muy exitosos. Esta parte describe también el marco jurídico internacional y los desarrollos jurídicos recientes en Colombia. Las anteriores consideraciones empíricas y normativas permitieron entonces a la Comisión sustentar, en la cuarta parte, la orientación general que debería tener una política frente al consumo de drogas; la Comisión defiende un enfoque de salud pública y derechos humanos para entender el consumo de drogas y analizar las políticas más adecuadas y efectivas para enfrentarlo, las cuales deben estar, hasta donde sea posible, sustentadas en la evidencia empírica más sólida. Esta sección hace un énfasis especial en explicar el enfoque de reducción de daño, el cual busca disminuir los costos colaterales del consumo de drogas.

La quinta parte del documento describe el marco conceptual de la política para enfrentar el consumo de drogas. Esta parte del documento hace énfasis en explicar el debate que ha suscitado la recomendación de descriminalizar el consumo de drogas y resume la evidencia empírica disponible en países que han descriminalizado el consumo de drogas. La sexta parte del documento, basada en las secciones anteriores, presenta unas consideraciones en torno al nuevo Estatuto Nacional de Drogas que está preparando el gobierno para ser presentado al Congreso de la República. La última sección presenta las principales conclusiones del documento y propone unos principios y recomendaciones para la política del Estado colombiano frente al consumo de drogas.

2. La evolución reciente del consumo de drogas en Colombia

Como ha sucedido en casi todos los países de la región, el consumo de drogas en Colombia ha venido en aumento en los últimos años. Entre 1996 y 2008, el porcentaje de personas que respondió haber consumido alguna droga alguna vez en su vida aumentó del 5 al 8.7% (ver Tabla 1). Para algunas drogas como el basuco el aumento fue menor (31%), y para otras como la cocaína el aumento fue mucho mayor (119%).

Cuando se analizan los datos de consumo en el último mes, el aumento es mayor, excepto para el basuco, que tuvo una disminución de aproximadamente 37%. Entre 1996 y 2008, el porcentaje de personas que reportó haber consumido marihuana en el último mes aumentó en 171%; para el caso de la cocaína el aumento fue de 230% y para la heroína de casi 100%. También, como en la mayoría del resto de los países del mundo, la edad de inicio del consumo de drogas en Colombia ha venido disminuyendo ligeramente. Mientras que para la cohorte de personas nacida entre 1950 y 1956 la edad de iniciación de alguna sustancia ilegal era a los 24 años, para la cohorte de individuos nacida entre 1978 y 1984 la edad de inicio promedio disminuyó a los 17 años (Camacho et al., 2011)¹.

Evolución del consumo de drogas en Colombia 1996 - 2008						
Tipo de Droga	1996			1998		
	Alguna vez en la vida (%)	El año anterior (%)	El mes anterior (%)	Alguna vez en la vida (%)	El año anterior (%)	El mes anterior (%)
1. MARIHUANA	4,68	1,24	0,59	7,99	2,27	1,60
2. COCAÍNA	1,13	0,29	0,13	2,48	0,72	0,43
3. BASUCO	0,83	0,20	0,16	1,09	0,17	0,10
4. HEROÍNA	0,11	0,20	0,01	0,19	0,02	0,02
5. ÉXTASIS	N,D	N,D	N,D	0,91	0,28	0,11
6. ALGUNA DROGA	5,06	1,41	0,74	8,70	2,68	1,82

Fuente: Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011) con base en DNE (1996 y 2008).

Vale la pena aclarar que, a pesar de los bajos precios y alta pureza de algunas drogas, el caso colombiano reciente en lo que tiene que ver con la evolución del consumo de drogas no es atípico cuando se le compara con el de otros países de la región. De hecho, a pesar del aumento observado en el consumo de drogas en Colombia, éste no ha sido mayor que el de otros países de la región con niveles similares de desarrollo.

¹ Cabe anotar que las estadísticas sobre consumo de drogas y, en general, sobre mercados ilegales, deben ser analizadas con cautela. Las cifras que acá se presentan deben verse como tendencias generales, y no como estimaciones exactas del consumo de drogas en Colombia.

Por ejemplo, las tasas de prevalencia del consumo de drogas como marihuana, cocaína y opiáceos en Colombia son menores que en otros países de la región como Chile, Argentina y Uruguay, y son similares a las observadas en países como Perú y México (Reporte Mundial de Drogas de Naciones Unidas, 2012 y CICAD - OEA).

3. Marco normativo de las políticas frente al consumo de drogas

Un desarrollo legal o una política gubernamental frente al consumo y eventual abuso de sustancias psicoactivas debería tener en cuenta: i) los distintos tipos posibles de regulación jurídica del tema; ii) las posibilidades y límites de regulación del tema prevista por el marco internacional, que limitan la discrecionalidad del Estado colombiano, en especial en el campo de la producción y distribución, aunque otorgan mucho mayor libertad a los Estados frente a las políticas para enfrentar el consumo de drogas; y iii) las posibilidades y límites establecidas en la Constitución, como los fallos de la Corte Constitucional, que limitan el margen de actuación del Congreso y del gobierno. Esta sección del documento intenta aportar elementos en esos tres marcos, para lo cual comienza por señalar i) los tipos abstractos de regulación jurídica de las drogas y del consumo, para luego ii) indicar el marco señalado por las convenciones internacionales, para finalmente abordar iii) el marco constitucional, junto con los desarrollos legales recientes, todo lo cual permitirá iv) llegar a algunas conclusiones sobre el actual marco normativo para un desarrollo legal de una política gubernamental frente al consumo.

3.1. El marco teórico: modelos abstractos de regulación de las sustancias psicoactivas

Es posible distinguir teóricamente cuatro modelos de regulación jurídica de las sustancias psicoactivas, ya sea ilegales, como la cocaína, o ya sea legales, como el alcohol (Uprimny, 2002).

Primero, encontramos la prohibición extrema o “guerra a las drogas”, que ha sido liderada tradicionalmente por Estados Unidos pero que tiene también actualmente otros países que la apoyan, como los Estados musulmanes o Rusia. Esta política se caracteriza por una penalización severa no sólo del tráfico de ciertas drogas (como la cocaína) sino también de su consumo, con la idea de erradicar totalmente su uso.

Segundo, encontramos la política de “reducción del daño”², que ha tenido desarrollos exitosos, sobre todo en países o ciudades europeas, como Holanda o Suiza, pero que actualmente se desarrolla también en otras partes del mundo, que mantienen la penalización del tráfico de ciertas sustancias psicoactivas, pero privan de sanción penal el consumo de esas sustancias (esto es, despenaliza su uso) o al menos de sanción privativa de la libertad (esto es, desprisionaliza el tema).

Estas estrategias, inspiradas en criterios de salud pública, no pretenden erradicar todo consumo (como sí pretende la Convención Única de Naciones Unidas de 1961), pues lo consideran un objetivo irrealizable, sino reducir los daños asociados al abuso de las drogas, y los derivados de las propias políticas de control de dichos abusos. Y por ello optan por despenalizar el consumo, para evitar la marginalización de los consumidores, pues ésta agrava sus problemas de salud. Sin embargo, estas estrategias se mueven dentro del ámbito prohibicionista internacional pues mantienen la criminalización de la producción y de gran parte de la distribución de estas sustancias.

Tercero, encontramos las políticas de “legalización regulada” o “regularización”, que es el modelo actual frente al alcohol o tabaco. Vale la pena aclarar que la legalización regulada no implica un mercado libre; por el contrario, esas sustancias son consideradas riesgosas para la salud y están entonces sometidas a regulaciones estrictas, como la prohibición de publicidad o de venta a menores de edad, mujeres en riesgo y otros grupos vulnerables de la población. Es pues un mercado no sólo controlado por el Estado sino que su expansión es desestimulada por las autoridades. Pero existe una oferta legal para evitar la existencia de mafias violentas que controlen su producción y distribución, como intentan hacerlo las experiencias de “legalización” de la marihuana en Uruguay o en los estados de Oregón y Washington en Estados Unidos.

Finalmente encontramos el modelo de “liberalización”, que caracterizaba el mercado de tabaco hasta hace pocos años, en donde esas sustancias son tratadas como cualquier mercancía, por lo cual no sólo el consumo es libre sino que la producción y distribución es igualmente libre, y con escasos controles. Estos enfoques

2 La Harm Reduction International (antes IHRA) define la Reducción de Daños como las políticas, programas y prácticas que buscan reducir los daños asociados al uso de sustancias psicoactivas en personas sin voluntad o sin capacidad de parar su consumo. Se caracteriza por enfocarse en la prevención de los daños, más que en la prevención del consumo en sí mismo y sus acciones se dirigen principalmente a personas que tienen un uso continuado de sustancias psicoactivas.

se fundan en una defensa radical de la autonomía individual y en una cierta confianza en las capacidades reguladoras del mercado, por lo cual, la intervención reguladora del Estado es mínima. El siguiente cuadro sintetiza esos modelos.

CUADRO 1

Modelos de manejo jurídico de las sustancias psicoactivas				
	I	II	III	IV
Tipo de política, denominación y algunos ejemplos históricos	Prohibición estricta o "guerra a las drogas". Estrategia de países como Estados Unidos, Rusia y los países musulmanes.	Prohibición flexible o "reducción del daño". Estrategia de Holanda, Suiza y de otros países y ciudades	Despenalización flexible o "reducción del daño generalizada" o "modelo de salud pública" o "legalización regulada". Política actual en muchos países frente al alcohol o el tabaco.	Despenalización estricta o política de "liberalización general". Política dominante en el tabaco hasta hace pocos años.
Filosofía implícita y objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionismo moral o protección a la salud impuesta por el Estado. - Consumo es vicio moral, o delito, o degradación personal. - Es necesario erradicar todo consumo de drogas ilícitas, o al menos reducirlo significativamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los abusos y de los daños asociados al consumo. - Reducción de los daños asociados a las políticas de control en relación con el consumidor 	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger la salud pública en el marco de los derechos humanos. - Reducir los daños en todas las fases de la economía de la droga. - El consumo es tolerado pero desestimulado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libre opción y escogencia. - Proteger al máximo la libertad individual y restringir la intervención del Estado. - Confianza en el papel regulador del mercado
Papel del derecho penal y sancionador.	Máximo, en todas las fases de la economía de la droga (producción, distribución y consumo).	Mínimo en consumo y distribución minorista pero máximo en producción y distribución mayorista.	Mínimo en consumo, distribución y producción.	Prácticamente eliminado, al menos como política diferenciada frente a las sustancias psicoactivas.
Uso de otros instrumentos	Mínimos, y siempre al servicio de la represión.	Fuertes y diferenciados en consumo, pero mínimos en relación con la oferta.	Fuertes y diferenciados en toda la cadena.	Papel regulador del mercado, por lo cual no hay instrumentos específicos.

3.2. El marco internacional: prohibicionismo pero con discreción para que los Estados desarrollen políticas frente al consumo

Un examen de las actuales convenciones internacionales muestra que éstas permiten a los Estados optar por los modelos I y II frente a las llamadas sustancias psicoactivas “fiscalizadas”, como la marihuana o la heroína, que en realidad están prohibidas, mientras que, hasta hace poco, permitían los cuatros modelos frente a las sustancias no “fiscalizadas” ni prohibidas, como el alcohol o el tabaco. Sin embargo, los desarrollos recientes del derecho internacional, en especial la aprobación y ratificación por muchos países del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco ha hecho que sustancias psicoactivas no fiscalizadas, como el tabaco, sean excluidas del modelo IV pues los Estados se comprometen a mantener una política de salud pública frente al tabaco.

En efecto, frente a sustancias como la marihuana, tanto la Convención Única de 1961 como la Convención de Viena de 1988 establecen un régimen internacional que prohíbe la producción y distribución de esas sustancias para fines que no sean médicos o científicos. En cambio en relación con el consumo, estas convenciones otorgan mayor libertad a los Estados pues la obligación que impone la Convención de Viena de penalizarlo no es incondicionada sino que los Estados la adquirieron tomando en consideración los principios constitucionales y los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico. Esto significa que, si los conceptos constitucionales no lo permiten, el Estado respectivo no está obligado a penalizar el consumo y puede optar por otras políticas. Este punto fue decisivo para que la Corte Constitucional declarara la constitucionalidad de la Convención de Viena por la sentencia C-176 de 1994 pues si la penalización del consumo fuera una obligación imperativa, la Corte la hubiera declarado inexecutable, como lo hizo algunas semanas después, con la sentencia C-221 de 1994, al declarar la inconstitucionalidad de la penalización del consumo prevista por la Ley 30 de 1986. Por eso dijo la Corte en la citada sentencia C-221 de 1994, que “juzga la Corte conveniente observar que, conforme a la Convención de Viena de 1988, suscrita por Colombia y que, conjuntamente con la Ley 67 del 93, fue revisada por esta Corporación, (sent. C-176/94), dicho Instrumento Internacional establece la misma distinción mantenida en el presente fallo, entre consumo y narcotráfico, y que, con respecto al primero, deja en libertad de penalizarlo o no, a los Estados signatarios.”

Un punto importante que se ha desarrollado en los últimos años es la relevancia de vincular las obligaciones internacionales de los Estados frente a las sustancias psicoactivas internacionalmente prohibidas o fiscalizadas con sus obligaciones en materia de derechos humanos. Esto significa que los Estados tienen que armonizar sus compromisos internacionales frente a las drogas con sus compromisos internacionales en derechos humanos, sobre todo teniendo en cuenta que estos últimos tienen en cierta medida mayor jerarquía debido al deber de los Estados de respetar los derechos humanos que es un mandato que tiene su base en la Carta de las Naciones Unidas, que es un tratado que predomina sobre cualquier otra convención; y además, el principio del deber de los Estados de respetar los derechos humanos ha sido considerado por muchos doctrinantes como una norma de *ius cogens* o norma imperativa de derecho internacional, que no admite una convención en contrario. Por consiguiente, el derecho internacional de las drogas debe ser entendido e interpretado en una forma que sea compatible con las obligaciones internacionales en derechos humanos. Y esto ha llevado a ciertos intérpretes autorizados, en especial al Relator de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Anand Grover, en su informe a la Asamblea General de 2010, a defender no sólo la idea de que “cuando los objetivos y enfoques del régimen internacional de fiscalización de drogas entren en conflicto con el régimen internacional de derechos humanos, las obligaciones en materia de derechos humanos deberán prevalecer” sino que los enfoques más punitivos serían incompatibles con los derechos humanos, y en especial con el derecho a la salud, pues la criminalización del consumo agrava la situación de los usuarios y de los dependientes.

3.3. La regulación constitucional y los desarrollos legales recientes.

La regulación constitucional y legal del tema de consumo de drogas ilegales en Colombia ha tenido una evolución acelerada en los últimos 20 años, en la que podrían identificarse 4 fases fundamentales. La primera, que podría denominarse la fase de la prohibición, corresponde a los primeros años de la década del 90, cuando el porte y consumo estaba penalizado. De acuerdo con la Ley 30 de 1986, Estatuto Nacional de Estupefacentes, quien fuese sorprendido portando, conservando o consumiendo una cantidad de droga inferior o equivalente a la dosis personal, debería ser sancionado con arresto y multa. Sin embargo, si se comprobaba –de acuerdo con un dictamen médico legal- que el consumidor era un adicto, la sanción a imponer era la reclusión en un establecimiento psiquiátrico o similar (art. 51).

A partir de 1994 se inicia una segunda fase que puede denominarse de despenalización. En dicho año, la Corte Constitucional emitió la sentencia C-221, a través de la cual se estableció el porte de drogas ilícitas para uso personal, y en consecuencia el consumo, no podían ser penalizados, y tampoco podría obligarse a las personas a recibir un tratamiento obligatorio. De acuerdo con la Corte, el consumo de drogas prohibidas, e incluso un uso problemático a las mismas, no es en sí misma una conducta que dañe a terceros y, en algunos casos, ni siquiera implica una afectación a la salud personal. Por lo tanto, la persona puede decidir consumir sustancias psicoactivas, y el Estado no podría prohibírselo, con el argumento de pretender garantizar o salvaguardar la realización efectiva del derecho a la salud, pues la persona está en ejercicio de su derecho al libre desarrollo de la personalidad, consagrado en el artículo 16 de la Constitución Política. Para la Corte, entonces, la penalización del porte y consumo implicaría una afectación del libre desarrollo de la personalidad, la imposición de un modelo de conducta, e incluso una extralimitación en la aplicación del derecho penal.

La decisión suscitó reacciones encontradas, pues mientras algunos sectores la apoyaron, otros la rechazaron, argumentando diversas razones como el posible aumento del consumo. A pesar de las críticas a la despenalización, esta se aplicó de manera efectiva.

La tercera fase empieza el 9 de diciembre de 2009, cuando el Congreso de la República aprobó una reforma del artículo 49 de la Constitución (que consagra el derecho a la salud), con la cual se prohibió el consumo de sustancias psicoactivas. Aunque se prohibió constitucionalmente el porte para consumo, la reforma no estableció la posibilidad de penalizar y, por el contrario, reconoció derechos de los consumidores a la dosis personal. Además, las únicas consecuencias claras por el porte para consumo que quedaron consagradas en el texto constitucional son la imposición de medidas pedagógicas, profilácticas y terapéuticas, que en todo caso requieren del consentimiento de la persona.

Desde entonces se inicia una fase que puede ser caracterizada como de incertidumbre legal, pues no era claro cómo debían proceder las autoridades policiales y judiciales frente a la prohibición constitucional. Esta incertidumbre se profundizó en el año 2011 con la Ley de Seguridad Ciudadana (Ley 1453), con la cual se eliminó del Código Penal la disposición que establecía que se exceptuaba de la penalización general del porte de sustancias psicoactivas aquel porte que se limitara a la dosis personal para consumo.

Esta tercera fase finaliza en el 2011, con varios pronunciamientos judiciales que aclararon el panorama normativo nacional, al reafirmar que en Colombia no es posible, desde el punto de vista constitucional, penalizar el porte para consumo, incluso cuando se trata de cantidades superiores a la dosis personal. En este sentido, se destaca la sentencia C-574 de 2011, en la que la Corte Constitucional analiza la constitucionalidad de la reforma constitucional de 2009, pues en ella establece que la reforma del artículo 49 no implica una autorización para la penalización del porte para consumo, sino la posibilidad de aplicar medidas de carácter administrativo, con fines terapéuticos, que sólo podrán proceder con el consentimiento informado de la persona. Paralelamente, incluso después de la reforma constitucional, la Corte Suprema de Justicia continuó reiterando su jurisprudencia sobre la dosis de aprovisionamiento, de acuerdo con la cual, si una persona es capturada con una cantidad levemente superior a la dosis para consumo personal, no debe ser penalizada, siempre que su propósito no sea distribuirla, sino conservarla para su propio consumo.

La cuarta fase, entonces, puede ser caracterizada como una etapa de regreso a la despenalización, y tiene como tendencia básica un mayor énfasis en las medidas preventivas y terapéuticas. Esta se ve reforzada por la aprobación de la Ley 1566 de 2012, con la cual “se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas”.

Igualmente vale la pena resaltar que frente a las sustancias psicoactivas legales o no internacionalmente fiscalizadas, como el tabaco, el marco jurídico también ha cambiado pues la ratificación por Colombia del Convenio Marco de la OMS y su desarrollo legislativo ha hecho que la política interna frente al tabaco también se enmarque ahora claramente en un enfoque de salud pública.

El examen precedente muestra que, a nivel teórico, la política frente al consumo de sustancias psicoactivas hoy internacionalmente fiscalizadas no está atrapada entre los extremos de penalización del usuario o total liberalización del consumo. Ese es un dilema falso pues son posibles, tanto a nivel teórico como práctico, opciones intermedias de estrategias de reducción del daño y regulación estricta del mercado de las sustancias psicoactivas.

Frente a las sustancias psicoactivas internacionalmente “fiscalizadas” o “prohibidas” por las convenciones internacionales, los Estados tienen limitada parcialmente su discreción. No pueden optar por estrategias de legalización regulada

o liberalización total de los mercados, o sólo podrían hacerlo en márgenes muy limitadas que habría que examinar, pues esas convenciones imponen la penalización de la producción y distribución para fines diferentes a los médicos. Pero pueden optar por estrategias de despenalización del consumo y adoptar políticas de reducción del daño, que son plenamente compatibles con las actuales convenciones. E incluso, aunque el tema es polémico, podrían ir más allá del enfoque de reducción del daño y prever la regularización de la oferta de ciertas sustancias psicoactivas internacionalmente controladas, como lo intenta Uruguay con la marihuana.

Estas estrategias de reducción del daño y despenalización del consumo son igualmente plenamente compatibles con el actual marco constitucional. Esto muestra pues que dentro del marco del prohibicionismo internacional y de la prohibición constitucional del consumo de sustancias psicoactivas fiscalizadas son posibles estrategias humanas frente al consumo, con criterios de salud pública y que tomen en serio los derechos humanos, como las estrategias de reducción del daño.

4. Consumo de drogas, salud pública y derechos humanos

El enfoque prohibicionista en lo que tiene que ver con las políticas para enfrentar el consumo de drogas ha contribuido, por ejemplo, a la emergencia de epidemias explosivas de VIH en Europa del Este y en el Sureste Asiático, ha atiborrado las prisiones de consumidores, los ha sometido a la persecución permanente por parte de las autoridades, obligándoles a ocultarse y marginarse, limitando no sólo su acceso a tratamiento, sino al cuidado mínimo de su salud.

El fuerte impacto en salud ha sido documentado en diversidad de países con distintos niveles de desarrollo y ello ha llevado a revisar los enfoques, las lógicas, las consecuencias de las políticas antidrogas que podrían ser tanto o más lesivas que las drogas mismas.

Rob Moodie (1997) recordaba que la Declaración Universal de los Derechos Humanos determina que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en derechos y dignidad, y que aun cuando se han definido algunas condiciones que limitan tal ejercicio y que pueden llevar a que alguien pierda el derecho humano a la libertad, no existe razón o condición que justifique la restricción al ejercicio del derecho a la salud. Este se ha incluido explícitamente en diversas convenciones y particularmente en el artículo 12 del Pacto Internacional por los Derechos

Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y en él se determina que como mínimo los Estados deben asegurar que no se cause daño a la salud de las personas y que sus necesidades básicas en salud se vean satisfechas.

Sin embargo, cuando se habla del consumo surgen tensiones en torno al derecho que tienen o no los individuos de optar en libertad por hacerse daño o no, así como la reflexión de si el daño individual supone per se un daño colectivo. Algunas consideraciones se refieren al potencial adictivo de las drogas o a la pérdida de la capacidad de gobernarse a sí mismo, por el hecho de consumir. Pero más allá de reconocer que el ideal siempre será proteger el bien común, los Estados deben ocuparse de garantizar los medios para que todo individuo, independientemente de su situación o de sus opciones de vida, ejerza sus derechos y responsabilidades.

Aun cuando se siga argumentando que el consumo de drogas es una amenaza a la salud pública, se reconoce cada vez más que la mejor manera de responder no es a través de medidas coercitivas. La persecución de una persona por su conducta (independientemente de las razones que haya detrás de ella) limita su acceso a servicios con los que otras personas cuentan y, en tal sentido, el Estado no podría asegurar a esta persona la satisfacción de sus necesidades en salud (Moodie, 1997).

La guerra contra las drogas y contra el consumo con frecuencia deriva en una guerra contra el consumidor, deshumanizándolo y restringiendo su ejercicio ciudadano. Casi tres décadas de desarrollo de nuevos enfoques han permitido flexibilizar la mirada frente al consumo, reconocer que se trata de un fenómeno que existe y existirá, que siempre habrá personas que opten por consumir drogas de manera continuada, que a pesar de ello las personas pueden transformar sus prácticas, correr menos riesgos, tener menos daños, integrarse a la vida social y productiva y ejercer su ciudadanía con acceso a servicios, información, medicamentos y medios para cuidarse a sí mismos y a sus redes. Todas estas condiciones son necesarias para minimizar el impacto negativo que este comportamiento tiene sobre la salud individual y colectiva, asegurar el derecho a la información, a la educación, a la no-discriminación y a la salud.

De esta forma también se reconoce que la salud de las comunidades depende en buena medida de la salud de los consumidores de drogas, no sólo de la salud física, sino mental y social.

Las políticas sociales y de salud deben dialogar entre sí más aún cuando tienen como tema común la salud pública, la promoción de la salud y la prevención del riesgo y del daño; deben estar fundamentadas en el respeto a la dignidad humana y no sólo hacer lo que es correcto a la luz de los derechos humanos sino también contribuir a mejorar los resultados de las intervenciones y asegurar su efectividad (Moodie, 1997).

4.1. Los nuevos enfoques basados en salud pública

A partir de estas reflexiones los enfoques basados en la salud pública y en los derechos humanos han promovido el diseño de acciones centradas en resultados e impacto, que entre otras cosas también buscan reducir el juicio, el estigma y la discriminación, ya que estos aumentan la vulnerabilidad al consumo continuado y de alto riesgo, distancian de los servicios, y marginan de la vida comunitaria. De acuerdo con Ashtony y Seymour (2010) la evidencia del impacto positivo de este tipo de estrategias en la reducción del impacto en la salud pública, en la reducción de tasas de criminalidad asociada y en la reducción de uso de drogas de mercado ilícito y de calle es robusta.

Los nuevos enfoques trabajan desde una lógica comunitaria, innovan, acercan y humanizan, buscan la aproximación activa a los grupos y sus entornos, a sus lógicas y a sus significados, proveen acceso oportuno a medios preventivos, respetan la autonomía, la libertad y la dignidad de las personas, la confianza en la capacidad de cambiar y protegerse, así como en la responsabilidad de respetar las regulaciones y las normas, entre otros aspectos (Ubíos y otros, s.f.).

En la misma línea, reconocen la importancia de involucrar activamente a los grupos de interés en la construcción e implementación de políticas y programas que les competen y les afectan directamente, con el fin de asegurar su pertinencia, ajuste y mayor eficacia (IHRA, 2010).

La reducción de daños ha sido considerada una respuesta de “primera línea” y ejemplar de cuidado y atención en salud pública (IJD, 2010). Se trata de un enfoque cuyo fundamento no es la búsqueda de la abstinencia sino la búsqueda de la reducción del daño asociado al consumo y en tal sentido es complementario a las diversas acciones en reducción de demanda tales como la prevención o la rehabilitación, que aunque funcionan cuando se proveen bajo estándares de calidad no son totalmente infalibles.

Los países que han integrado la reducción de riesgos y daños a sus políticas le han apostado a una mirada integral a la problemática, que busca dar alternativas reales a todo el espectro de consumidores que existen. Estos países le han apostado a reducir el consumo y a reducir los daños asociados, entendiendo que ambos fines son necesarios y no excluyentes y que a la larga contribuyen a mantener a raya un problema que históricamente ha mostrado fácil tendencia hacia el descontrol.

Es justamente el enfoque en la salud y los derechos humanos lo que fundamenta la importancia de una política integral con diversidad de alternativas de cuidado y atención al problema antes, durante y después de que se manifiesta.

Algunas recomendaciones de política y acciones derivadas de una respuesta inspirada en la mirada de la salud pública y de los derechos humanos establecen la importancia de acciones complementarias a las ya mencionadas de reducción de daños, algunas de ellas incluidas de forma explícita en la recientemente revisada Estrategia Nacional Antidrogas de los Estados Unidos. Lo primero consiste en actuar primordialmente desde la evidencia y las acciones que mejor se soportan en ella son: estrategias que refuercen los mensajes contrarios al consumo, con soporte legislativo, cultural y comunitario; coaliciones comunitarias libres de drogas; detección temprana, tamizajes, intervenciones breves y remisión a tratamiento; mejorar y ampliar la oferta y accesibilidad a tratamiento y rehabilitación; cortes o tribunales de drogas, entre otras.

5. Marco conceptual para una política frente al consumo de drogas

El aumento del consumo de drogas en Colombia ha llevado a plantear la necesidad de una discusión amplia e informada sobre la mejor forma de abordar un tema que ya no se limita exclusivamente a la reducción de las actividades de producción y tráfico de drogas, y todos sus efectos colaterales negativos, sino también a discutir las formas más eficaces para abordar el tema del creciente consumo de drogas. En lo que tiene que ver con este último tema, existen diferentes modelos de regulación jurídica para abordar el consumo de drogas, que van desde la prohibición extrema basada en la visión del consumo de drogas como un vicio moral y un delito penal, hasta la legalización total (o despenalización estricta), basada esta última en posturas libertarias que argumentan que los individuos deben tener la libre opción de escoger qué consumir y qué hacer con su cuerpo. Mientras que

en la prohibición total el papel del Estado es el de sancionar y penalizar todas las fases de la cadena de las drogas (producción, distribución y consumo), en la liberalización total el papel del Estado es mínimo³. A nuestro juicio, la legalización total o total liberalización de las drogas es una posición tan extremista como las políticas que evocan la prohibición estricta y el uso de herramientas penales para enfrentar un problema que, en el fondo, es un tema de salud pública.

A diferencia de los dos modelos extremos para enfrentar el consumo de drogas, existen opciones intermedias que parten de reconocer que el consumo de drogas puede generar daños a la salud del consumidor y puede tener efectos colaterales negativos sobre las personas y su entorno, pero que abogan por enfrentar el consumo de drogas como un tema de salud pública, y no como un delito o como un crimen. Es errado argumentar que estos modelos intermedios de regulación, despenalización o de prohibición flexible buscan promover el consumo de drogas. Al contrario, lo que buscan estos modelos regulatorios es tratar el consumo de drogas como un problema de salud pública para poder reducirlo, con políticas de prevención y tratamiento, y reducir los daños colaterales asociados al consumo de drogas como la criminalidad y la transmisión de infecciones como el VIH producto del intercambio de jeringas u otras prácticas riesgosas. La regulación del consumo de drogas no busca promover o ser tolerante o indiferente ante el consumo de estas sustancias, sino que, por el contrario, busca usar las herramientas de política adecuadas para prevenirlo y tratarlo.

Algunos contradictores de un cambio en la política de drogas han argumentado que resulta inconsistente despenalizar y regular el consumo y al mismo tiempo mantener la prohibición sobre la producción y distribución de drogas. A pesar de que existe una aparente inconsistencia entre esos dos extremos, la Comisión considera que no se trata de una contradicción normativa o valorativa insalvable sino de una tensión que puede ser apropiadamente manejada y que se explica por las siguientes razones normativas y de política criminal: primero, como se verá ulteriormente, las Convenciones de Naciones Unidas sobre las sustancias controladas dan un margen de autonomía y maniobra muy amplio a los Estados miembros para el manejo de las políticas para enfrentar el consumo de drogas, pues no están obligados internacionalmente a penalizar el consumo, pero su autonomía de manejo es mucho menor frente a la producción y tráfico de estas sustancias,

3 Salvo, por supuesto, el de garantizar el cumplimiento de unos derechos y deberes mínimos de los ciudadanos.

pues están obligados a prohibir y penalizar la producción y distribución de esas sustancias, cuando éstas se hacen para fines distintos a los médicos y científicos. Segundo, para resolver esta tensión aparente, es útil distinguir las motivaciones de quienes producen y trafican drogas buscando rentas económicas ilegales y poniendo eventualmente en riesgo derechos de terceros, de aquellos que simplemente consumen las drogas sin poner en riesgo la integridad de terceros. Tercero, la despenalización del consumo de drogas no significa la legalización de éstas, pues un Estado puede asumir que el consumo sigue estando prohibido pero es tolerado y por ello recurre a herramientas jurídicas distintas a la penalización para enfrentar los abusos de estas sustancias, como pueden ser controles y regulaciones administrativas que no impliquen una sanción penal. Finalmente, existen razones prácticas de política criminal que justifican también ese tratamiento diferencial, que existe en otros campos, como por ejemplo en el contrabando; no es nada inusual que un Estado penalice a quien realice contrabando o venda a cierta escala mercancías contrabandeadas, pero que, por razones prácticas, como evitar el hacinamiento carcelario, no prevea ninguna sanción penal para quien compre para su consumo personal estas mercancías de contrabando sino que solo establezca una sanción administrativa, como el decomiso de los bienes. Por consiguiente, esta postura de la Comisión frente al consumo de drogas no implica una inconsistencia en la política contra las drogas, sino más bien una priorización de los valores que se busca proteger. En particular, mientras las políticas que se implementan para enfrentar el consumo de drogas deben buscar proteger valores como la salud y los derechos humanos, las políticas para enfrentar la producción, tráfico y distribución de drogas buscan proteger la seguridad ciudadana.

5.1. Distinciones entre diferentes tipos de consumo de drogas

Para hacer operativos los modelos de regulación intermedios como las políticas de reducción de daño y las políticas de prevención y tratamiento, es necesario hacer una distinción entre el consumo frecuente (dependencia) y el ocasional no dependiente, y entre el consumo problemático y el consumo no problemático. Vale la pena aclarar que no todo consumo ocasional es no problemático, ni todo consumo frecuente genera costos colaterales sobre las demás personas o el entorno del consumidor. El Gráfico 1 hace una caracterización de diferentes tipos de consumo que, aunque no pretende ser exhaustiva, si resulta útil a la hora de diseñar políticas públicas para enfrentarlos.

Gráfico 1
Caracterización de diferentes tipos de consumo de drogas

Problemas de la salud del consumidor	Consumo frecuente y no problemático	Consumo frecuente y problemático
	Consumo ocasional y no problemático	Consumo ocasional y problemático
	Problemas en el entorno del consumidor	

La caracterización que se presenta en el Gráfico 1 pretende diferenciar los casos de dependencia, que requieren de intervenciones para tratar el consumo de drogas, de casos en donde éste es ocasional, recreativo y no problemático, en donde al no existir problemas de dependencia no se requeriría en principio de un programa de tratamiento, sino programas de prevención secundaria o terciaria que traten de evitar que los consumidores ocasionales caigan en la dependencia o le hagan daño a su salud, lo cual puede implicar altos costos sociales. Pero también se debe distinguir entre el consumo problemático y el no problemático. Como ha sido ampliamente documentado, el consumo de algunas drogas (como el alcohol y la cocaína) genera efectos farmacológicos sobre los individuos que alteran el juicio o exaltan a las personas, llevándolos en algunos casos a cometer crímenes o actos violentos contra sí mismos o contra las personas que los rodean. En estos casos pueden justificarse las acciones penales, pero estas deben derivarse de los crímenes o los actos violentos cometidos por las personas bajo los efectos de las drogas y no directamente por el consumo de estas sustancias.

Asociar todo uso de drogas a consumo problemático o a dependencia lleva a equívocos que impiden usar las herramientas adecuadas para enfrentar los problemas que se derivan del consumo de drogas. Es por esto que los programas enfocados en disminuir el uso de drogas requieren de un diagnóstico adecuado que caracterice el consumo de drogas dentro de las cuatro modalidades generales propuestas anteriormente: ocasional vs. frecuente y problemático vs. no problemático. Mientras que una persona que tiene dependencia de las drogas requiere de intervenciones terapéuticas o médicas para aliviar un problema que es netamente de

salud, un consumidor ocasional no dependiente probablemente requiere de programas de prevención que eviten que su consumo de drogas se convierta en una adicción. De la misma manera, un consumidor de drogas (ocasional o frecuente) que no comete delitos o crímenes no debe ser penalizado o tratado como un criminal, mientras que otro que recurrentemente comete delitos para sostener su hábito, o que bajo los efectos de las drogas agrede a personas en su entorno, debe ser juzgado por los crímenes cometidos y atendido para solucionar su problema de consumo problemático.

Cuando se analiza la distribución del uso de muchas de las drogas, especialmente el de las llamadas drogas fuertes como la cocaína, se observa que una parte muy importante del consumo total es explicado por usuarios muy frecuentes (dependientes)⁴, y que existe un número no despreciable de usuarios ocasionales que no las consumen con alta frecuencia. Con esto se quiere enfatizar que no todo consumidor de drogas es dependiente y por esto mismo no es imprescindible ofrecerle programas de tratamiento y rehabilitación para eliminar completamente el uso de drogas.

5.2. El debate en torno a los cambios de legislación y a las nuevas propuestas para enfrentar el consumo de drogas

Uno de los cambios de legislación que se implementó en los últimos años en Colombia es la despenalización del porte de dosis de drogas para consumo personal. Con esta legislación se busca reconocer que el consumo de drogas no constituye un delito penal y que el porte de sustancias psicoactivas para consumo personal no debe ser penalizado ni tratado como un crimen. La despenalización al porte de drogas para consumo personal ha generado un fuerte debate, pues mientras unos consideran que es adecuado tratar el consumo de drogas como un problema de salud pública y no como un tema de prohibición penal, para otros el Estado no debe permitir el uso de drogas pues éstas representan un peligro para los consumidores y para la sociedad en general. Aunque ambas posturas sean en principio respetables, lo cierto es que la política pública sobre el consumo, la producción y el tráfico de drogas debe consultar la evidencia disponible y no basarse en posturas ideológicas preconcebidas.

4 Por ejemplo, para el caso de EE.UU. se estima que el 20% de los consumidores (los más frecuentes o adictos) explican cerca del 80% del total de consumo de cocaína.

Los contradictores de la despenalización del consumo de drogas argumentan que esta política puede llevar a incrementos muy drásticos en el consumo, desatando una epidemia de salud pública que se puede tornar incontrolable. Otros argumentos que se han esgrimido para criticar la despenalización están basados en desinformación sobre lo que es la despenalización. Muchos críticos de esta medida confunden la despenalización y descriminalización con la legalización y liberalización total, y construyen un argumento fatalista según el cual la medida llevaría a casos extremos como la venta de drogas sin ninguna regulación a menores de edad, a mujeres embarazadas, etc. Este es un argumento que se basa en un completo desconocimiento de lo que busca una política que despenaliza el consumo de drogas y busca regularlo. Por último, otros actores critican la medida de despenalización utilizando “sofismas dilatorios de injuria personal”, atribuyéndoles a las personas o entidades que promueven la despenalización de las drogas y una aproximación de salud pública para enfrentar el consumo de drogas motivos innobles o vinculaciones sospechosas con grupos de presión o actores económicos que supuestamente se beneficiarían con la despenalización.

5.3. La experiencia colombiana e internacional en torno a la descriminalización del consumo de drogas

La experiencia colombiana e internacional en torno a los efectos de la descriminalización de las drogas sobre los niveles de consumo controvierte la idea de que ésta llevaría a una epidemia de consumo. Para el caso colombiano, el trabajo de Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011) no encuentra ninguna evidencia estadística que indique que la despenalización de la dosis personal llevó a un aumento significativo en el consumo de drogas en Colombia. En palabras de los autores, “la evidencia disponible no permite afirmar con certeza que el consumo de drogas aumentó drástica y súbitamente a partir de la despenalización de la dosis personal. Los datos disponibles son perfectamente consistentes con una hipótesis alternativa, con un quiebre en la tendencia de crecimiento del consumo previo, no posterior, a la sentencia C-221 de 1994” (ver Camacho et al., 2011, p. 59). Casos internacionales como el de Suiza, Portugal y más recientemente el de Estados Unidos muestran que las políticas de despenalización del consumo de drogas no llevan a aumentos en el consumo problemático de drogas. Para el caso de Portugal, hoy emblemático por ser el primer país del mundo que descriminalizó el uso, adquisición y posesión de todas las drogas ilegales en julio de 2001, la evidencia muestra un ligero aumento en el consumo de drogas en adultos, pero una disminución del uso de consumidores problemáticos y adolescentes. Por ejem-

pló, las evaluaciones del caso portugués muestran que el consumo problemático en personas entre los 15 y los 64 años pasó de 7.6 por cada mil habitantes en el año 2000 a 6.8 en el 2005. Adicionalmente, los estudios muestran que la descriminalización en Portugal llevó a una reducción de la carga de los delitos de drogas sobre el sistema de justicia penal, a un aumento en el número de adictos que aceptan entrar en programas de tratamiento para aliviar o curar su adicción, a una reducción en las muertes por sobredosis de heroína e infecciones por VIH y a una disminución de las rentas ilegales del mercado de las drogas y el crimen (ver Hughes y Stevens, 2010 y 2012). Un caso más reciente es el de la legalización del consumo de marihuana con fines medicinales en Estados Unidos. Algunas encuestas recientes muestran que el uso de marihuana en estados de este país que ya la han legalizado con fines medicinales tienen tasas de uso que son prácticamente iguales a las observadas en estados donde el consumo de marihuana sigue siendo ilegal (ver Pew Research Center, 2013).

5.4. Consideraciones finales del marco conceptual

Sin desconocer que el uso de drogas puede tener consecuencias adversas para la salud física y psicológica tanto de las personas que consumen como de quienes los rodean, es importante entender que cada sustancia tiene sus particularidades (siendo unas más peligrosas que otras⁵) y que es al consumidor dependiente y/o “problemático” al que el Estado debe prestar más atención. Tal como lo ha manifestado la Comisión Global de Políticas de Drogas, se debe terminar la criminalización, marginalización y estigmatización de las personas que utilizan drogas pero que no causan daño a los otros, priorizando un enfoque más humano que vea a los consumidores como pacientes y ciudadanos y no como criminales. Es por esta razón que se debe partir de la definición del consumo como un problema de salud pública y no como un delito, lo que implica investigar las causas y consecuencias del consumo de drogas, así como avanzar en el conocimiento acerca de la efectividad y los costos de los programas de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Existe pues un consenso creciente de revisar la órbita sobre la que han girado las políticas antidrogas en el mundo, dado que el enfoque tradicional caracterizado por la criminalización y la “tolerancia cero” del consumo y en consecuencia del consumidor, no sólo ha fallado en revertir las tendencias crecientes del consumo,

5 Para un estudio detallado sobre los daños directos e indirectos de diferentes Drogas sobre el individuo y su entorno, ver Nutt et al. (2010).

la producción y el tráfico, sino que ha contribuido al incremento de la violencia y las crisis de salud pública asociadas a las drogas, así como la continua violación de los derechos humanos de los consumidores.

La descriminalización del consumo de drogas no implica la legalización total (y sin ninguna regulación) de las drogas. Esto sería tan simplista y radical como el prohibicionismo absoluto. Contrario a los argumentos expuestos por algunos contradictores de esta iniciativa, la descriminalización busca regular el consumo de drogas, tratándolo como un tema de salud pública para poder implementar políticas de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación. La descriminalización de las drogas también prioriza la labor de los organismos del Estado (policía, fiscalía, etc.) para que combata a criminales y no a consumidores no problemáticos que no representan un peligro para sí mismos ni para la sociedad. Con la priorización de la labor de la policía y del aparato judicial se puede aumentar la efectividad en la lucha contra los verdaderos crímenes, y se puede descongestionar el sistema judicial y las cárceles. La despenalización no implica legalizar el narcotráfico ni bajar la guardia en la lucha contra el crimen organizado, como algunos argumentan. Por el contrario, lo que se busca con la regulación y la definición del consumo de drogas como un problema de salud pública es disminuir las rentas que reciben quienes producen y trafican con droga y, con eso, la violencia asociada al tráfico de drogas.

6. Reflexiones en torno al Estatuto Nacional sobre Drogas y Sustancias Psicoactivas

El proyecto de ley que el gobierno ha preparado para reemplazar el llamado Estatuto de Estupefacientes (Ley 30 de 1986), plagado de imprecisiones y bastante inadecuado frente a la realidad actual, fue presentado a los medios de comunicación el 30 de enero bajo el nombre tentativo de Estatuto Nacional sobre Drogas y Sustancias Psicoactivas. La propuesta despertó múltiples reacciones en diferentes ámbitos, aun cuando las más numerosas tienden a ser negativas o, por lo menos, a expresar fuertes reservas. Muchos se quejan de que el proyecto no haya sido previamente consultado con ellos, otros sugieren que su aplicación podría tener consecuencias imprevisibles o gravemente adversas. Exceptuando al Fiscal General y a uno que otro senador, pocas voces se han pronunciado a favor. Pero en realidad parece haber varios equívocos y malas interpretaciones de la propuesta. Una lectura objetiva del texto muestra que gran parte de las críticas se centraron

en la eventual despenalización del uso de ciertas anfetaminas y de sustancias como el éxtasis, tema que fue objeto de titulares sensacionalistas en algunos medios de comunicación; algunos llegaron a decir que lo que se proponía era la legalización de las “sustancias sintéticas” y que pronto veríamos que las vendían en las puertas de los colegios.

Pero tales reacciones son injustificadas: primero, porque ese punto concreto representa uno de los aspectos menos relevantes del proyecto, y segundo, porque precisamente esas dos sustancias –las anfetaminas y el éxtasis– no tienen prácticamente ninguna importancia desde el punto de vista epidemiológico. Esto se ratifica con los datos muy recientes (enero de 2013) del estudio realizado por la Comunidad Andina de Naciones en población universitaria en nuestro país: tal consumo es inferior al 1% y tiende a disminuir con respecto al estudio anterior de hace tres años. En general, el consumo de anfetaminas en Colombia es muy reducido, y el de éxtasis viene en caída desde hace varios años. Además, contrariamente a lo que afirmaron algunos de los críticos más severos del proyecto, el éxtasis no produce dependencia física, aun cuando puede producir efectos peligrosos si se mezcla con alcohol. Pero esto mismo ocurre con una gran cantidad de medicamentos, y a nadie se le ha ocurrido prohibirlos.

¿Qué lógica tiene, por lo demás, admitir la dosis mínima para cocaína — sustancia esa sí bastante peligrosa— y arrancarse los cabellos por la de éxtasis, que lo es mucho menos? Una encuesta realizada a las carreras y sin las debidas precauciones estadísticas, entre personas abordadas en la calle, mostró que más del 80% de los encuestados estaba en contra de la idea de una dosis mínima de anfetaminas y éxtasis. Pero al hablar con la gente común se puso en evidencia una gran confusión. Primero, la mayoría de las personas no tiene la menor idea de qué son esas sustancias, ni cómo actúan sobre el organismo, ni si son legales o ilegales; peor aún, no distinguen entre conceptos como la despenalización del consumo en mayores de 18 años — que ya está consagrado desde 1994 en una sentencia de la Corte Constitucional, tal como se explicó anteriormente lo subrayó el Fiscal General hace pocos días —, la despenalización de la producción, la venta y tráfico (totalmente prohibidas) y la legalización de las drogas, idea que despierta grandes temores, y no sin razón, pero que no es de ninguna manera materia de este proyecto de ley.

¿No se estará sobredimensionando el debate? Una lectura atenta del proyecto permite ver que no contiene grandes novedades, aun cuando está organizado de

una manera muy coherente, enmarcado por primera vez por definiciones correctas de los términos básicos de este campo (una de las muchas deficiencias de la Ley 30 de 1986), y es razonablemente exhaustivo en su enfoque. O, por lo menos, las novedades no son de las que puedan producir reacciones de pánico o desencadenar brotes epidémicos de consumo: en 1994 hubo protestas contra la sentencia C- 221 de la Corte Constitucional, y se afirmaba enfáticamente que el país se hundiría en la drogadicción, porque se autorizaba a los jóvenes a consumir. En realidad no pasó absolutamente nada, o por lo menos no pasó nada que pudiera atribuirse a la sentencia. Un seguimiento cuidadoso a los datos disponibles desde 1992 hasta 2012, muestra que lejos de “hundirse en la drogadicción”, la curva de crecimiento de consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas ilegales ha sido menor que en muchos otros países del continente como Argentina, Chile, Uruguay y Brasil, a pesar de una oferta extremadamente abundante, de una altísima calidad y a precios irrisorios, en medio de una sociedad donde los factores de riesgo son agudos: desigualdades sociales extremas, conflicto armado crónico, altos niveles de delincuencia e inseguridad, escasas oportunidades educativas y laborales.

En países como Portugal — que despenalizó totalmente el consumo hace más de 10 años — se observa una paradójica tendencia a la disminución del consumo, que probablemente tampoco está relacionado con esta medida específica, sino con la evolución de la sociedad. México, Argentina y casi todos los países de la Unión Europea van en la misma dirección, buscando evitar que los sistemas penales se vean desbordados por casos que no ameritan la intervención de la justicia o, peor aún, donde la sanción contra una conducta que desaprueban algunas personas, convierte a los sancionados en criminales. Esta sería la desafortunada tendencia que crearía la aplicación del Acto Legislativo 002 de 2009, que reformó la Constitución y volvió a penalizar la dosis personal.

6.1. Aportes del nuevo proyecto

Muchos de los apartes del proyecto de ley ya han sido analizados y debatidos durante años, debido a la inconformidad existente desde hace mucho con la Ley 30. Esta propuesta organiza normas y enfoques vigentes en leyes dispersas e incluso en la propia Constitución, pero que no han sido ejecutados.

Un buen ejemplo consiste en definir el problema del consumo desde una perspectiva de salud pública, que ha alcanzado una virtual unanimidad a nivel nacional

y que llevó a que se acogiera sin dificultades la Ley 1566 de 2012, con implicaciones de mayor repercusión que el propio Estatuto Nacional de Drogas del cual estamos hablando: dicha ley pone en manos del Estado la responsabilidad de atender por consumo de drogas a todos los que lo requieran. Por otra parte, y de manera consistente, el proyecto transfiere a los municipios la competencia de asignar recursos para prevención y tratamiento. Este segundo punto amerita una cierta ampliación.

Junto con España y Tailandia, Colombia fue uno de los primeros países en tener programas de prevención de carácter nacional (1985). Sin embargo, durante estos 28 años la prevención del consumo de drogas no ha recibido un apoyo especial, salvo en el gobierno de Andrés Pastrana: solo se han llevado a cabo actividades puntuales, campañas o iniciativas un tanto miopes y de corto alcance, con una muy baja probabilidad de haber producido un impacto efectivo.

Uno de los problemas centrales en el pasado ha sido la descoordinación de las políticas para enfrentar el consumo de drogas: se esperaba que las soluciones vinieran de los ministerios de Salud y de Educación, pero en la práctica nadie asumió esa responsabilidad.

El nuevo proyecto de ley puede modificar radicalmente la situación: los municipios tendrán que asignar los recursos para la prevención, y los organismos estatales centrales deberán ofrecer capacitación, asesoría y supervisión, pero no tendrán a su cargo la ejecución de las acciones. Algo similar ocurre con el tratamiento. En Colombia, donde los datos oficiales aseguran que hay por lo menos 300.000 personas con necesidad de tratamiento, el Estado carece por completo de la capacidad de responder a esta necesidad. El sistema de salud, ya tan precario, se hundiría por completo si tuviera que asumir 300.000 nuevos pacientes que requieren tratamientos largos, relativamente costosos y, con frecuencia, ineficaces.

Si los municipios son ahora responsables de poner en marcha los servicios de tratamiento, el gobierno central tendrá que supervisarlos y evaluarlos en forma permanente para controlar varios riesgos que hacen parte de la realidad actual. Entre los principales riesgos se destacan los siguientes: primero, que cualquiera cree un centro de tratamiento; segundo, que cualquiera se convierta en terapeuta por su historia personal de consumidor; y tercero, que cualquiera adquiera el derecho de hacer aún más daño a alguien que ya tiene muchos problemas.

Además, indiscutiblemente sí hay elementos novedosos en el proyecto, y no son de poca monta. En primer lugar, hay fuertes sanciones para quienes trafiquen o

desvíen medicamentos de uso controlado con el fin de emplearlos en usos recreativos; segundo, se castiga también duramente a quienes utilicen sustancias — como la escopolamina y otras similares — que pongan a las personas en estado de indefensión, haciéndolas presas fáciles de abusos de todo tipo; tercero, se aumentan las penas a los traficantes que busquen crear o ampliar mercados con menores de edad, o que utilicen a menores para sus actividades; cuarto, se exige a los padres de familia proteger a niños y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas; y, quinto, se imponen sanciones, que pueden llegar hasta la pérdida de la custodia, a quienes consuman delante de sus hijos o promuevan el consumo en ellos.

El proyecto también incluye elementos que fueron propuestos en el documento Plan Nacional de Reducción del consumo de Drogas 2009-2010, en el que se insiste sobre la importancia de ofrecer a los consumidores una atención global, incluso a aquellos que no desean abandonar el consumo. Asuntos como este deben ser cuidadosamente examinados para no caer en recomendaciones inaplicables en un país como Colombia, pero en donde todos los ciudadanos, independientemente de su condición, sepan que recibirán alguna clase de atención desde el punto de vista sanitario cuando lo necesiten.

La Comisión Asesora para la Política de Drogas del Gobierno colombiano recomienda leer y analizar el proyecto con seriedad. En particular, conviene abandonar la tendencia a fijar la atención en lo insubstancial y se debería aceptar de una vez por todas que la despenalización del consumo de sustancias en adultos implica unos riesgos ínfimos de aumentar el número de consumidores.

7. Conclusiones y recomendaciones

En este primer documento, y a partir de las anteriores consideraciones, la Comisión concluye que el Estado colombiano debería enfrentar el problema del consumo y abuso de drogas con un nuevo enfoque, que estuviera fundamentado en las siguientes conclusiones, principios y recomendaciones:

- i. La Comisión considera que la política frente al consumo de sustancias psicoactivas debe ser enfocada como un asunto de salud pública y debe ser respetuosa de los derechos humanos, en especial de los propios consumidores.
- ii. Las acciones de política frente al consumo de drogas deberán orientarse

por las evidencias más sólidas posibles, alejándose de posturas ideológicas preconcebidas que carezcan de sustento empírico.

iii. La política frente al consumo es un tema de salud pública que requiere acciones regulatorias del consumo y políticas que ofrezcan herramientas adecuadas para la prevención de las dependencias y de los consumos problemáticos, así como la atención, tratamiento y reducción de daños. No debe recurrirse a sanciones penales para los consumidores, pues la criminalización de los usuarios de drogas no sólo no ha mostrado beneficios de salud pública sino que, por el contrario, ha tenido efectos contraproducentes, al marginar a los consumidores y agravar sus problemas de salud.

iv. Las políticas para enfrentar el consumo deben proteger valores como la salud y los derechos humanos. Otros fines y valores como la seguridad ciudadana se deberán reservar al otro espectro de políticas y acciones que buscan contrarrestar la producción, el tráfico y la distribución de las sustancias ilícitas.

v. Una revisión cuidadosa del marco internacional y constitucional sobre las obligaciones del Estado colombiano frente a las sustancias psicoactivas controladas muestra que las autoridades colombianas pueden y deben adoptar políticas públicas orientadas por criterios de salud pública y respetuosas de los derechos humanos de los consumidores.

vi. Los enfoques puramente punitivos frente al consumo son además incompatibles con los derechos humanos y por ello son normativamente inaceptables, pues el Estado debe armonizar sus compromisos internacionales en materia de drogas con los compromisos en materia de derechos humanos, teniendo en cuenta que en caso de conflicto, los compromisos en derechos humanos son prevalentes.

vii. Los estudios empíricos muestran que no todo consumo de drogas deriva en uso problemático o en dependencia. La Comisión considera entonces que la política general y los distintos programas que se desarrollen deben basarse en diagnósticos que caractericen los diversos consumos que existen; las intervenciones de las autoridades deben ajustarse a esta diversidad de patrones de uso y de necesidades, que van desde los menos hasta los más complejos.

viii. La prevención del consumo de drogas debe ser una de las principales prioridades, especialmente en menores de edad. Todos los procedimientos preventivos

que se utilicen deben ser sometidos a evaluación y actualizados periódicamente, considerando los cambios de la sociedad y de la tecnología contemporáneas.

ix. Las políticas preventivas deberán esforzarse por ser eficaces y por ello tener como soporte los avances de la investigación en este campo. Por ejemplo, las autoridades deberían tomar en consideración, entre otras, propuestas como las desarrolladas por la OPS en 2010 y publicadas bajo el título de “La política de drogas y el bien público”, en donde se presentan las principales conclusiones de muchos años de investigación en ese campo.

x. Una función vital del Estado será asegurar la calidad de los tratamientos existentes, y de los centros en los cuales se imparten, sean públicos o privados. Esto es especialmente importante en el caso de niños y adolescentes y se debe lograr a través de procesos permanentes de evaluación.

Referencias bibliográficas

Alvarez, R. (2002). Salud pública y medicina preventiva. México / Bogotá: Manual Moderno.

Ashton, J. y Seymour, H. (2010). Public Health and the origins of the Mersey Model of Harm Reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21, pp. 94-96.

Camacho, A., Gaviria, A. y Rodríguez, C. (2011). El consumo de drogas en Colombia. En: Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos (A. Gaviria y D. Mejía, eds.), Ediciones UniAndes.

Editorial, *International Journal of Drug Policy* 21 (2010) 91-93.

Executive Office of the President of the United States (2008). What Works: effective public health responses to drug use. En: www.whitehousedrugpolicy.gov
Grover, A. (2010). Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report to the General Assembly (A/65/255).

Hughes, C. y Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50, pp. 999-1022.

Hughes, C. y Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalization of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31, pp. 101–113.

International Harm Reduction Association (2009). Harm Reduction and Human Rights. HR2. En: www.ihra.net.

International Harm Reduction Association (2010) What is harm reduction? A position statement from the international Harm Reduction Association.
en : www.ihra.net

Kinzig et al. (2003). Harm Reduction: an “ethical” perspective (Tim Rhodes and Dagmar Hedrich, eds.).

Moodie, R. (1997). Human rights, public health and reduction of drug related harm. In *AIDS/STD Health Promotion Exchange*, No2 pp. 11-13 Amsterdam: Netherlands: Royal Tropical Institute, and Zimbabwe: Southern African AIDS Information Dissemination Service.

Nutt, D., King, L. y Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376, pp. 1558–65.

Open Society Institute (2010). Advocating worldwide for drug policies based on human rights and public health. Global Drug Policy Program. Southwell, M. (2010) People who use drugs and their role in harm reduction En: EMCDDA MONOGRAPHS 10 Harm Reduction: evidence, impacts and challenges, 2010).

Pew Research Center (2013). Majority Now Supports Legalizing Marijuana, April 4th. Disponible en: <http://www.people-press.org/2013/04/04/majority-now-supports-legalizing-marijuana/>

Rhodes, T. y Hedrich, D. (2010). Harm Reduction and the mainstream. En: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA, Lisboa. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

Ubillós, S; Insúa, P; De Andrés, M y cols. (S.f). Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Delegación

del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad del País Vasco.

Uprimny, R. (2002). El desfase entre los que saben y los que hacen: reflexiones sobre el marco jurídico y cultural de la política contra las drogas en Colombia” en Dorothea Shreck y Efrem Milanese (Eds) Seminario de expertos Farmacodependencia y política de drogas. Freiburg, Caritas.

Sobre la Comisión Asesora para la Política de Drogas

La Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia fue creada mediante la resolución 0223 de 2013. La Comisión tiene como objetivo principal evaluar las diferentes dimensiones de las políticas de drogas en Colombia y, con base en su análisis, presentar al Gobierno Colombiano una serie de recomendaciones para la formulación de las políticas de drogas en Colombia.

La Comisión está conformada por diez miembros principales y dos invitados especiales. Los miembros de la Comisión provienen de diferentes disciplinas de conocimiento relacionadas con las políticas de drogas, lo cual garantiza la pluralidad de enfoques dentro de la Comisión.

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

Daniel Mejía – Presidente de la Comisión. Profesor de Economía y Director del Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas (CESED), Universidad de los Andes.

Helena Alviar – Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.

Álvaro Balcázar – Asesor y experto en temas de desarrollo rural.

Óscar J. Guerrero – Consultor y litigante en derecho internacional humanitario, derecho penal internacional y sociología jurídico-penal.

Maria Victoria Llorente – Directora Ejecutiva, Fundación Ideas para la Paz (FIP).

Wilson Martinez – Profesor principal y Director del Grupo de Investigación en Derecho Penal, Universidad del Rosario.

Adriana Mejía – Consultora internacional en derechos humanos, seguridad ciudadana y transformación organizacional.

Inés Elvira Mejía – Asesora del Ministerio de Salud y Protección Social en políticas e intervenciones en drogas y alcohol.

Augusto Pérez – Director de la Corporación Nuevos Rumbos.

Rodrigo Uprimny – Director del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia).

INVITADOS PERMANENTES:

Ruth Stella Correa – Ministra de Justicia y del Derecho.

Alejandro Gaviria – Ministro de Salud y Protección Social.

Juan Carlos Pinzón – Ministro de Defensa Nacional.

Farid Benavides – Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa, Ministerio de Justicia y del Derecho.

INVITADOS ESPECIALES:

César Gaviria – Expresidente de la República.

General (r) Óscar Naranjo – Exdirector de la Policía Nacional.

Secretario Técnico:

Julián Wilches – Director de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas, Ministerio de Justicia y del Derecho.