

ALTERNATIVAS PARA LA SANCIÓN Y PROTECCIÓN ADMINISTRATIVA DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA: Lecciones a partir de las experiencias de Estados Unidos y el Reino Unido con los tribunales de tratamiento de drogas

BERNARDO PÉREZ SALAZAR
RAFAEL GÓMEZ HORTA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Resumen

La recientemente aprobada reforma del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia estableció un régimen de sanción y protección administrativa para consumidores de drogas ilícitas en el país. Este artículo discute los alcances del nuevo régimen, al igual que el contenido de un proyecto de ley que fija los procedimientos administrativos para su desarrollo, a la luz de lecciones aprendidas a partir de las experiencias con los tribunales de tratamiento de drogas en Estados Unidos y el Reino Unido, donde este mecanismo opera con resultados promisorios desde hace varios lustros con base en la doctrina de “reducción del daño”.

Palabras clave: política antidrogas; reducción del consumo; mecanismos de sanción y protección administrativa, tribunales de tratamiento de drogas.

Los autores: Bernardo Pérez Salazar. Investigador de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia. Comunicador Social de la Universidad del Valle; M. A. en Planificación del Desarrollo Regional, del Institute of Social Studies, La Haya, Países Bajos. Correo electrónico: bperezsalazar@yahoo.com. Rafael Gómez Horta. Investigador, Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia. Abogado de la Universidad de Caldas. Especialista en Derecho Penal de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: rgomezh@ucatolica.edu.co.

Recibido: 2 de agosto de 2010; *evaluado:* 15 de septiembre de 2010; *aceptado:* 11 de noviembre de 2010.

ALTERNATIVES FOR ADMINISTRATIVE PENALTIES
AND CONSUMER PROTECTION PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES IN COLOMBIA:
Lessons from the experiences of U.S.A. and the UK
with the drug treatment courts

BERNARDO PÉREZ SALAZAR
RAFAEL GÓMEZ HORTA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Summary

The recently approved reform of Article 49 of the Constitution of Colombia introduces a new administrative sanction and protection system for illicit drug users in the country. This article discusses the scope of this new system as well as the contents of a bill setting administrative procedures to enact it, in the light of lessons learned from experiences with Drug Treatment Courts in USA and UK, where this mechanism has operated with promising results for a number of years based on the “harm reduction” doctrine.

Keywords: drug policy; demand reduction; administrative sanction and protection mechanisms; Drug Treatment Courts.

The author: Bernardo Pérez Salazar, Researcher at the Faculty of Law, Universidad Católica de Colombia. Social Communicator Universidad del Valle, MA in regional development planning of the Institute of Social Studies, The Hague, Netherlands. Email: bperezsalazar@yahoo.com.

Rafael Gómez Horta, Investigator of the Faculty of Law of the Universidad Católica de Colombia. Lawyer of the Universidad de Caldas. Criminal Law Specialist The Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Email: rgomez@ucatolica.edu.co.

Received: August 2, 2010; *Evaluated:* September 15, 2010; *accepted:* November 11, 2010.

Introducción

Desde hace ya casi cinco décadas las convenciones internacionales sobre las drogas promueven mecanismos internacionales de alcance prácticamente universal para armonizar enfoques en torno a la fiscalización y control de estupefacientes.¹ Con el tiempo, dichos enfoques se han traducido en legislaciones nacionales casi idénticas en todo el mundo, a través de las cuales se regulan con los controles aplicables a sustancias y drogas fiscalizadas y precursores químicos utilizados en su fabricación. Lo mismo ocurre con la obligación de los Estados de prevenir, tratar y recuperar la drogodependencia, y de criminalizar la posesión, compra o cultivo de drogas para consumo personal, para lo cual, como alternativa o adicionalmente a la judicialización y sanción, se permite ofrecer tratamientos de recuperación.²

Fue hace alrededor de dos décadas cuando inició a cobrar fuerza en el mundo la idea de que los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas deberían ser manejados prioritariamente como problemas de salud pública, antes que como infracciones penales. Desde entonces un número creciente de gobiernos han tomado la iniciativa de “descriminalizar” el porte y consumo de dosis personales de drogas ilícitas, dejando su prohibición como regla general pero retirando la sanción de su porte y consumo personal del ámbito de competencia del sistema penal, para facilitar así el acceso de consumidores a tratamientos orientados en recuperar su salud y autonomía personales.

En Colombia el porte, conservación y consumo de dosis de uso personal de drogas ilícitas originalmente se sancionó como contravención penal por la ley 30 de 1986, mediante la cual estableció el Estatuto Nacional de Estupefaciente. La norma fijó penas de arresto hasta por un año y multas de hasta un salario mínimo legal mensual por el porte o conservación con destino al uso o consumo de dosis de uso personal de cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia.³ Para los usuarios o consumidores que, de acuerdo al dictamen médico legal se encon-

¹ Los Estados que han registrado la ratificación de la convención de 1961 ascienden a 179. La Convención de 1971 ha sido ratificada por 174 Estados, y la de 1988 por 168.

² LEROY, B. “International drug policy: challenges and perspectives”. En: *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 2003, pp. 7-14.

³ La ley establece como dosis de uso personal una cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína, que no exceda de un (1) gramo; y de metacualona, que no exceda de dos (2) gramos. Ver República de Colombia, “Ley 30 de 1986, por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes”, 1986.

traran en estado de drogadicción, se impuso su internamiento en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En relación con esta última sanción el referido artículo facultaba a la autoridad correspondiente a confiar al drogadicto al cuidado de la familia o remitirlo a un establecimiento para el tratamiento, quedando la familia obligada por medio de caución a responder por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes. En caso de que ésta faltare en su cumplimiento, se le haría efectiva la caución y se imponía el internamiento forzoso del drogadicto.

Unos años después la dosis de uso personal se descriminalizó en nuestro país con la sentencia C-221 de 1994, que declaró inexecutable el artículo 51 de la ley 30 de 1986, en cuyo texto se sancionaba el porte o conservación de drogas ilícitas para el propio uso o consumo con penas de arresto, multa, y para los consumidores hallados en estado de drogadicción, el internamiento en establecimiento psiquiátrico o similar por el término para su recuperación.

La sentencia declaró inexecutable el referido artículo de ley por hallarlo violatorio del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Consideró la Corte:

Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras ésta no interfiera con la autonomía de las otras, es parte vital del interés común en una sociedad personalista, como la que ha pretendido configurar la Carta Política que hoy nos rige. Si el derecho al libre desarrollo de la personalidad tiene algún sentido dentro de nuestro sistema, es preciso concluir que, por las razones anotadas, las normas que hacen del consumo de droga un delito, son claramente inconstitucionales.⁴

Desde la declaración de inexecutable de este artículo en la referida sentencia de 1994, la legislación colombiana en dos ocasiones ha tipificado como contravención penal el consumo de estupefacientes o sustancias adictivas en cantidad de dosis personal, siguiendo las pautas que esta misma sentencia fijó para la regulación de su consumo:

⁴ REPÚBLICA DE COLOMBIA. “Sentencia C-221 de 1994. Declaración de inexecutable de los artículos 51 y 87 de la ley 30 de 1986, que impide que revivan normas de contenido similar, que fueron derogadas por la ley en cuestión”, magistrado ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz. Disponible en web: www.mamacoca.org/foro_legal/sentencia_C221_de_1994.htm.

[...] puede el legislador válidamente, sin vulnerar el núcleo esencial de los derechos a la igualdad y a la libertad, desconocidos por las disposiciones que serán retiradas del ordenamiento, regular las circunstancias de lugar, de edad, de ejercicio temporal de actividades, y otras análogas, dentro de las cuales el consumo de droga resulte inadecuado o socialmente nocivo, como sucede en la actualidad con el alcohol y el tabaco. Es esa, materia propia de las normas de policía. Otro tanto cabe predicar de quienes tienen a su cargo la dirección de actividades de instituciones, públicas o privadas, quienes derivan de esa calidad la competencia de dictar reglamentos internos que posibiliten la convivencia ordenada, dentro de los ámbitos que les incumbe regir.⁵

En desarrollo de estos preceptos, la ley 745 del 2002 sancionó el consumo de drogas en presencia de menores o en establecimientos educativos o lugares aledaños, como contravenciones penales, y para ello estableció el procedimiento previsto para contravenciones especiales en los artículos 21, inciso 1º, 22, 23, 24 y 26 de la ley 228 de 1995. En esa oportunidad la disposición fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-101 del 2004, al considerar que la remisión a artículos de la derogada ley 228 viola el principio de legalidad en materia procesal, con lo cual las referidas contravenciones penales quedaron inaplicables. Nuevamente, en 2007, con la ley 1153 de ese año se retomó el articulado de la ley 745 del 2002, que establece las mencionadas conductas punibles como contravenciones penales, y a la vez estableció un procedimiento abreviado para la investigación y el juicio de éstas. Una vez más, mediante sentencia C-879 del 10 de septiembre del 2008, la Corte Constitucional declaró inexecutable la ley 1153 al considerar que tal norma no se ajusta a la Constitución en cuanto toda conducta punible, así sea de menor entidad o gravedad, debe ser investigada por la Fiscalía General de la Nación. Como resultado, el consumo de drogas en presencia de menores o en establecimientos educativos o lugares aledaños aún persistió en Colombia como conducta penalizada vía contravención penal sin que hubiese procedimiento aplicable para hacer efectiva tal disposición.

Desde finales del 2009 Colombia ajustó su marco jurídico instaurando la sanción y protección administrativa de consumidores de sustancias estupefacientes o psicotrópicas en cualquier modo o circunstancia, por medio de la sanción del acto legislativo 2 del 2009, que reformó el artículo 49 de la Constitución Política. De acuerdo con el texto reformado, en adelante la norma constitucional excluye la

⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. "Sentencia...", op. cit., 1994.

criminalización de las personas que consuman dichas sustancias. En vez de ello, prohíbe el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, salvo prescripción médica, y establece medidas administrativas de carácter profiláctico y rehabilitadoras para quienes sean sorprendidos en el uso o actos preparatorios para consumirlas.

En la actualidad cursa en el Congreso de la República el proyecto de ley 248 del 2010 Senado, por el cual se desarrolla el artículo 49 de la Constitución Política y se establecen medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman sustancias estupefacientes o psicotrópicas, y se dictan otras disposiciones. El presente trabajo propone una discusión crítica del nuevo régimen normativo, examinando el contenido previsto en el referido proyecto de ley a la luz de las lecciones derivada de la experiencia de Estados Unidos y el Reino Unido, entre otros, con los tribunales de tratamientos de droga, como mecanismos administrativos para sancionar y proteger a consumidores problemáticos de psicoactivos en desarrollo de los precepto de la doctrina de “reducción del daño”.

Metodología

Para comenzar, se estima conveniente realizar un acercamiento al tema de la responsabilidad del Estado de proteger los consumidores de sustancias asociadas a trastornos mentales. Para ello se discuten los resultados de estudios empíricos sobre la prevalencia de estos consumos, así como acerca de su aporte a la carga de enfermedad y el índice de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En seguida, tomando en cuenta la disponibilidad de recursos para garantizar esta protección pública, se discute la viabilidad presente de hacer efectivo el régimen de protección propuesto de manera generalizada en Colombia. Finalmente, para iluminar los dilemas derivados de la discusión anterior, se revisan las lecciones que se desprenden de experiencias de Estados Unidos y el Reino Unido, entre otros países, donde en desarrollo de la doctrina de “reducción del daño” operan los tribunales de tratamiento de droga como instancias de orden administrativo para la sanción y protección de consumidores problemáticos de drogas ilegales. El artículo concluye con algunas reflexiones sobre las lecciones derivadas de la experiencia internacional que pueden ser relevantes para la reglamentación de la sanción y protección administrativa de consumidores de sustancias psicoactivas en nuestro país.

La sanción y protección administrativa de consumidores de sustancias asociadas a trastornos mentales: ¿Hasta dónde llega la responsabilidad del Estado?

Quien haya conocido de primera mano el sufrimiento y dolor de un hogar afectado por la dependencia de alguno de sus integrantes a sustancias asociadas a trastornos mentales, comprende y comparte la intención manifiesta del Estado de ofrecer protección a personas en esta condición con medidas administrativas de prevención, profilaxis, tratamiento y recuperación. No cabe duda, además, que ello representa un avance sustancial en la medida en que reconoce que los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas serán mejor atendidos por medio de dispositivos administrativos que garanticen acceso a tratamientos profilácticos y terapéuticos, que valiéndose del sistema penal, como ocurría en el pasado.

La extensión y seriedad de los daños a la salud asociados al consumo abusivo de sustancias psicoactivas y su impacto sobre los sistemas de seguridad social y salud de los países, como se verá más adelante, explica la preocupación que demuestran los gobernantes y legisladores de todo el mundo por estudiar y analizar estudios empíricos realizados sobre el tema, con el fin de comprender este problema sensible para la mayoría de la sociedades del mundo, y buscar alternativas para su contención y manejo.

En nuestro país se han realizado numerosas investigaciones sobre la situación de consumo de sustancias psicoactivas. La más reciente es el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas (2008), llevado a cabo por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE).⁶ Fue hecho con base en una muestra de 29.164 personas encuestadas, residentes en las capitales departamentales y en todos los municipios con 30.000 o más habitantes en el área urbana (126 municipios en total), representativas de la situación de consumo en cerca de 20 millones de colombianos y colombianas, de los cuales 16% pertenecían al grupo de 12 a 17 años, 18% al de 18 a 24 años, 22% al de 25 a 34 años, 20% al de 35 a 44 años y 24% al de 45 a 65 años. Los resultados se encuentran en la tabla 1.

⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008). Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009.

Tabla 1. Panorama global del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia
Principales indicadores, 2008

Sustancias	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Tabaco/cigarrillo	44.49	21.46	17.06
Alcohol	86.08	61.18	34.77
Tranquilizantes sin prescripción ¹	1.72	0.52	0.22
Estimulantes sin prescripción ²	0.23	0.06	0.02
Marihuana	7.99	2.27	1.60
Cocaína	2.48	0.72	0.43
Basuco	1.08	0.17	0.10
Éxtasis	0.91	0.28	0.11
Inhalables	0.76	0.22	0.09
Heroína	0.19	0.02	0.02
Hongos	0.57	*	*
LSD	0.07	*	*
Cualquier sustancia ilícita ³	9.13	2.74	1.83
Cualquier sustancia ilícita ⁴	8.96	2.68	1.81

¹ Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Bromazepam, Brotiolam, Clonazepam, Clobazam, Flunitrazepam, Midazolam, Triazolam, Clordiazepoxido.

² Metilfenidato, Anfetamina.

³ Prevalencia de vida incluye las siguientes sustancias: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, metanfetamina, morfina, heroína, opio, LSD, hongos, barbitúricos, ketamina, GHB, inhalables. Prevalencias e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables, heroína.

⁴ Prevalencia de vida incluye las siguientes sustancias: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, metanfetamina, morfina, heroína, opio, LSD, hongos, ketamina, GHB. Prevalencias e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína.

* En el cuestionario no se incluyeron preguntas para evaluar prevalencias de último año y último mes de hongos y LSD.

Fuente: República de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008). Bogotá: Ministerio de la Protección Social (MPS) - Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), 2009, p. 104

Según el estudio, más del 85% de las personas pertenecientes al grupo etéreo encuestado informó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un poco más del 60% manifestó haberlo hecho durante el último año, y cerca de 35% durante el último mes. Alrededor del 45% manifestaron haber consumido cigarrillos alguna vez en la vida, y un 17% expresó haberlo hecho durante el último mes. La encuesta estimó que un 12% de las personas pertenecientes al grupo etéreo encuestado abusa o tiene dependencia del alcohol (2,4 millones de personas), de los cuales 1 de cada 5 se encuentran en el rango entre 12 y 26 años (675.000 jóvenes).

En relación con las sustancias ilícitas, entre ellas marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos, e inhalables, la encuesta encontró una prevalencia de uso alguna vez en la vida cercana al 10% de la población perteneciente a los grupos de edad contemplados en el estudio. La droga ilícita de mayor prevalencia de consumo es la marihuana (8% alguna vez en la vida), seguida por la cocaína (2,5% alguna vez en la vida), y en tercer lugar el basuco (1,1% alguna vez en la vida). De acuerdo con la encuesta, entre los 450.000 consumidores recientes de marihuana, alrededor de 250.000 (55%) presentan patrones de consumo que son de abuso o dependencia. De otro lado, la encuesta estima que de las 140.000 personas que han consumido cocaína durante el último año, 60% de ellas clasifican en los grupos en situación de “abuso” o “dependencia”, esto es, cerca de 85.000. Finalmente, la encuesta estima que los consumidores recientes de basuco ascienden a cerca de 34.000 personas, de las cuales 78% se clasifican en las categorías de “abuso” y “dependencia”, o sea más de 26.000. En síntesis, el estudio del 2008 encontró que en Colombia aproximadamente 2,4 millones de personas abusan o tienen dependencia de alcohol y alrededor de 360.000 se encuentran en situación de abuso o dependencia de sustancias ilícitas, incluyendo marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína e inhalantes, entre otros.⁷

Para complementar este estimativo de la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, conviene considerar los hallazgos de un estudio realizado en 2008 con la aplicación de una entrevista-diagnóstico desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre poblaciones de adolescentes de hasta 15 años y jóvenes de hasta 21 años, con el fin de comparar consumos autorreportados al menos una vez en la vida de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína,

⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Estudio..., op. cit., 2009, pp. 18-23.

en una muestra de 17 países en cinco continentes, entre los cuales se incluye nuestro país (anexo 1).⁸

De acuerdo a las mediciones establecidas por esta fuente, en nuestro país la prevalencia del consumo al menos una vez en la vida de alcohol, tanto entre adolescentes de hasta 15 años (57,4%) como jóvenes de hasta de 21 años (92,2%) es superior a la prevalencia media registrada en el conjunto de los 17 países considerados en la muestra (45 y 90%, respectivamente). Entre adolescentes de hasta 15 años y jóvenes de hasta 21 años, sólo superan a Colombia en prevalencia de consumo de alcohol países como Alemania (82,1 y 97,8% respectivamente), Nueva Zelanda (74,1 y 94,1%) y Francia (68,2 y 94,1%). La prevalencia del consumo de alcohol en Estados Unidos supera levemente la registrada en Colombia entre los jóvenes hasta de 21 años (93,1%) pero no entre los adolescentes de hasta 15 años (50,1%). Lo mismo sucede con Ucrania, donde la prevalencia del consumo de alcohol entre jóvenes hasta de 21 años es de 98,5%, mientras que entre adolescentes de hasta de 15 años es del orden de 39,3%.

En cuanto al consumo de tabaco, el estudio comparativo de la OMS encontró que de la prevalencia en Colombia de este tipo de sustancia tanto para adolescentes de hasta 15 años (12,3%) como en jóvenes de hasta 21 años (37,5%) está bastante por debajo de la media arrojada por el conjunto de los 17 países (17 y 51%, respectivamente).

En relación con sustancias ilícitas como la marihuana, en Colombia la prevalencia del consumo entre adolescentes de hasta 15 años (2,9%) y de jóvenes hasta 21 años (10,2 %) es cercana a la media calculada para los 17 países (3 y 14%, respectivamente). No obstante es visiblemente menor que la prevalencia de consumo registrada por países como Nueva Zelanda (26,8 y 61,8%, respectivamente), Estados Unidos (20,2 y 54,0%), Francia (15,3 y 44,1%), Alemania (13,0 y 41%) y Países Bajos (7 y 34,6%).

Finalmente, en cuanto a consumo de cocaína se refiere, el estudio calcula para Colombia una prevalencia de consumo de al menos una vez en la vida entre adolescentes hasta de 15 años de edad, del orden del 0,8% y entre jóvenes de hasta 21 años de edad de 3,1%. En relación con la media calculada para los 17 países, las prevalencias de consumo de cocaína en Colombia resultan relativamente altas, aun

⁸ DEGENHARDT, L. et al. "Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys". *Public Library of Science Medicine* 5, núm. 7, 2008, p. 1059.

cuando visiblemente inferiores a las registradas para países como Estados Unidos (2,5 y 16,3%, respectivamente), Alemania (0 y 6,1%), Países Bajos (0 y 5,3%), Nueva Zelandia (0,1 y 5,0%) y México (0,6 y 4,1%).

Tanto el estudio nacional de salud mental del 2003, como el internacional en prevalencias de consumo comparadas del 2008, coinciden en señalar que en Colombia el consumo de alcohol y cigarrillo tienen una prevalencia de dimensiones sustancialmente mayores al de las drogas ilícitas, tanto entre la población en general, como entre los grupos etáreos más jóvenes.

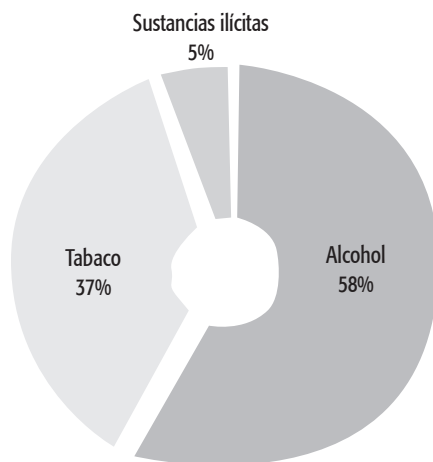
La situación descrita es consistente con el panorama que arrojan los estudios globales desde hace algunos años, como el realizado por la OMS en el 2000.⁹ Según los resultados arrojados por éste, a escala mundial se estima que cerca de 3.485 millones de personas han consumido alguna sustancia psicoactiva a lo largo de su vida. Entre ellas, hay una prevalencia de 58% en relación con el consumo de alcohol, de 37% en relación con el consumo de tabaco y de 5% en relación con otras sustancias psicoactivas ilícitas (figura 1).

Sin embargo, la dimensión del problema asociado con el consumo de sustancias psicoactivas no se refleja adecuadamente considerando únicamente su prevalencia. Como complemento es preciso considerar la *carga global de enfermedad* asociada a los consumos abusivos de dichas sustancias, la cual se estima a partir de un índice denominado años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Éste se calcula con base en los años de vida perdidos debido a la muerte prematura, sumados a los años de vida perdidos debido a discapacidades, donde a cada enfermedad se le asigna una determinada ponderación de discapacidad que se multiplica por el promedio de años de vida durante los cuales se padece dicha condición.

En un estimativo preliminar de los factores asociados al consumo de tabaco, alcohol, y sustancias ilícitas que aportan a la carga global de enfermedad, la OMS estableció que en su conjunto estas sustancias contribuyeron con 12,4% de las muertes registradas en el 2000 en todo el globo. Al discriminar el total de años de vida perdidos por discapacidad debido al consumo de estas sustancias, se estima que en su conjunto dan cuenta del 8,9% del AVAD global (tabla 2).

⁹ Ver http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html.

Figura 1. Prevalencia mundial del consumo de sustancias psicoactivas, 2000



Base: 3.485 millones de personas

Fuente: Reducing risks, promoting healthy life, Geneva: WHO, 2002; The World Health Report, 2002.

Tabla 2. Carga de enfermedad global aportada por el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas

	Mortalidad (% del total de muertes en el mundo)	AVAD (% del total de años de vida perdidos por discapacidad)
Tabaco	8,8	4,1
Alcohol	3,2	4,0
Drogas Ilícitas	0,4	0,8
Total	12,4	8,9

Fuente: Reducing risks, promoting healthy life, Geneva: WHO, 2002; The World Health Report, 2002.

Como se observa, la mortalidad aportada por drogas ilícitas representa apenas una pequeña fracción de los aportes atribuidos al alcohol y el tabaco, y la participación del índice AVAD relacionado con el consumo de drogas ilícitas significa apenas una décima parte del total aportado conjuntamente por el alcohol y el tabaco.

La carga de enfermedad aportada por el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas varía visiblemente de acuerdo al nivel promedio de ingreso y de mortalidad, al igual que por sexo. Así, el AVAD es sustancialmente más alto en los países de ingresos altos, particularmente entre el sexo masculino, donde en el 2000 los consumos de tabaco, alcohol y drogas ilícitas llegaron a representar el 33,4% del total de AVAD. En contraste, en los países de ingreso medio y bajo y altos niveles de mortalidad, la carga de enfermedad aportada por el consumo de estas sustancias entre el sexo masculino ascendió apenas a un 6,8% del total de AVAD en el 2000, tal como se aprecia en la tabla 3.

Tabla 3. Participación de AVAD aportado por el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, por nivel de ingresos y de mortalidad, y sexo

Drogas ilícitas	Países de ingreso alto (%)		Países de ingresos medios y bajos con baja mortalidad (%)		Países de ingresos medios y bajos con alta mortalidad (%)	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
	2,3	1,2	1,2	0,3	0,8	0,2
Alcohol	14,0	3,2	9,8	2,0	2,6	0,6
Tabaco	17,1	6,2	6,2	1,3	3,4	0,6
Demás AVAD	66,6	89,4	82,8	96,4	93,2	98,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva: WHO, 2002; The World Health Report, 2002.

La desproporcionada magnitud del impacto que tiene el consumo de alcohol y el cigarrillo sobre la mortalidad y los índices AVAD, en contraste con el atribuido al consumo de drogas ilícitas, plantea interrogantes acerca de los criterios que restringen la definición de las responsabilidades del Estado para proteger en forma exclusiva a personas afectadas por adicciones a las drogas ilícitas, haciendo caso omiso a la evidencia empírica que señala los daños causados por el alcohol y el tabaco a los hogares, los cuales además también comprometen seriamente la adecuada organización y prestación de los servicios de salud. Ello implica discutir la motivación principal detrás de la reciente reforma constitucional que implantó en nuestro país la protección exclusivamente centrada en los consumidores de drogas ilícitas con medidas administrativas de sanción y tratamiento: ¿su propósito es pro-

curar el cuidado integral de la salud de las personas y la comunidad, o meramente disuadir el consumo de drogas ilegales? Un examen más cercano al proyecto de ley que reglamenta el referido artículo constitucional quizás aporte elementos para atender este interrogante.

La responsabilidad del Estado por la protección de las personas afectadas por adicciones en el proyecto de ley 248 (Senado) del 2010

En el mes de abril de 2010 el Gobierno nacional, por medio del ministro del Interior y de Justicia, presentó a consideración del Congreso de la República un proyecto de ley de 46 artículos, en el cual se establecen medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman sustancias estupefacientes o psicotrópicas.

Bajo el título dedicado a principios generales que enmarcan las actuaciones contempladas en el proyecto, entre los cuales se consagran, entre otros, la igualdad, la razonabilidad, la proporcionalidad, la necesidad y la temporalidad de las medidas de protección que pueda adoptar el Estado con el fin de garantizar la efectividad de los derechos y deberes consagrados en el artículo 49 de la Constitución, el texto así mismo establece las siguientes definiciones que delimitan los alcances legales de la disposición en discusión:

Estupefaciente: Cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y que haya sido catalogada como tal en los convenios internacionales y adoptada por la legislación colombiana. Para todos los efectos legales el término estupefaciente se considera en la misma acepción del término droga ilícita.

Enfermo dependiente o adicto: Persona que presenta un patrón caracterizado por repetida autoadministración de una sustancia, a pesar de los problemas relacionados con su consumo, la cual se manifiesta mediante un grupo de síntomas psicológicos y fisiológicos. La dependencia o adicción se diagnostica por un profesional de la salud, a partir de la confirmación de la presencia de los síntomas psicológicos y fisiológicos según criterios internacionales establecidos por la OMS o la APA.

Sustancia psicotrópica o psicoactiva: sustancia o preparado producido o elaborado en forma farmacéutica que actúa sobre el sistema nervioso central, produciendo efectos neurofisiológicos.

Sustancias psicotrópicas: Cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural que figure en las Listas I, II, III o IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, o que el Consejo Nacional de Estupefacientes decida someterla a control.¹⁰

Las sustancias objeto de persecución y sanción administrativa contempladas en este proyecto de ley concuerdan con las definidas en las convenciones internacionales de drogas ratificadas por nuestro país, por lo cual se entiende que estas sustancias se homologuen con aquellas comprendidas dentro de “la acepción del término drogas ilícitas”. No obstante, la conjugación de esta definición con la que seguidamente describe la condición del enfermo dependiente o adicto como una “persona que presenta un patrón caracterizado por repetida autoadministración de una sustancia, a pesar de los problemas relacionados con su consumo, la cual se manifiesta mediante un grupo de síntomas psicológicos y fisiológicos”, induce a la controvertible conclusión de que para efectos de determinar la responsabilidad de protección del Estado frente a personas afectadas por adicciones, tal condición queda restringida exclusivamente a aquella población que consume sustancias psicoactivas de carácter ilícito, sin otra consideración acerca de la naturaleza de los problemas relacionados con su consumo ni los síntomas psicológicos y fisiológicos que esta conducta cause en el organismo del consumidor.

Dejando a un lado por ahora la discusión sobre la efectiva disponibilidad de recursos públicos para brindar protección a la población afectada por adicciones a sustancias asociadas a trastornos mentales, es preciso señalar que excluir elementos de juicio aportados desde la salud pública, como lo son “la carga de enfermedad” y el “índice AVAD”, en la definición de la responsabilidad de protección del Estado frente a los adictos deja inadmisiblemente desprotegidas a cerca de 2,4 millones de personas que, según el Estudio Nacional sobre Salud Mental, tienen dependencia del alcohol. En oposición al referido criterio de definición de la responsabilidad de protección del Estado frente al adicto caben argumentos tanto de equidad como de racionalidad de la política pública. Concentrar los recursos y medidas de protección pública del adicto exclusivamente en los consumidores de sustancias ilícitas restringe el alcance de ellas apenas a una reducida proporción de la población en riesgo de ser afectada

¹⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA. “Proyecto de ley 248 de 2010 - Senado”, art. 3o, 2010, pp. 2-3.

por adicciones. Sin desconocer el drama humano de los consumidores adictos a drogas ilícitas, está establecido empíricamente que **éstos** representan apenas una pequeña fracción de la “carga de enfermedad” y de la participación en los AVAD asociados a consumo de psicoactivos como el tabaco y el alcohol.

¿Cuánto cuesta generalizar la protección administrativa de consumidores adictos a drogas ilícitas en Colombia?

Aparte de constatar las significativas necesidades de atención de protección de población afectada por el abuso y dependencia de sustancias asociadas a trastornos mentales distintas a las drogas ilícitas, no está dentro del alcance de este artículo discutir tal tema en mayor profundidad. Por consiguiente, en adelante este aparte se limita a examinar con algún detalle los estimativos sobre necesidades de protección frente a los riesgos representados por el consumo de drogas ilícitas en Colombia, así como la situación de las fuentes de recursos previstas en el proyecto de ley para financiar las medidas de protección y tratamiento por parte del Estado.

El título III del proyecto de ley en discusión establece la obligación al Gobierno Nacional de incorporar al Sistema Nacional de Salud (sic)¹¹ el tratamiento de rehabilitación de las personas que, por su estado de drogadicción y dependencia, deban ser sometidos a él, para lo cual deberá construir instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su correcto funcionamiento (art. 16). En otra parte¹² ya se han discutido, con base en las fuentes de información disponibles acerca del consumo de drogas ilícitas en Colombia, unos estimativos generales sobre las dimensiones de los grupos poblacionales que deben ser atendidos con intervenciones de prevención, profilaxis, tratamiento y recuperación para garantizar una cobertura generalizada de las medidas de protección frente al riesgo representado por el consumo de sustancias psicoactivas. Según las proyecciones del DANE para el 2010,¹³ la dimensión del grupo etéreo entre los 15 a los 26 años en Colombia que residen en municipios de más de 30.000 habitantes y requieren de cobertura permanente con programas de prevención y tratamiento pedagógico y profiláctico, es del orden de 7,5 millones de jóvenes.

¹¹ A partir de la ley 100 de 1993 el Sistema Nacional de Salud fue sustituido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (art. 4o).

¹² PÉREZ SALAZAR, B. *Control del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: tendencias en el manejo de trastornos relacionados y pautas para su reglamentación legal* [en imprenta].

¹³ DANE. “Proyecciones nacionales y departamentales de población, 2006-2020”. Bogotá: DANE, 2007, p. 77.

De otra parte, un cálculo grueso de los recursos necesarios para brindar medidas de protección y tratamiento de recuperación de cobertura universal en esta población se puede realizar tomando como referencia un costo promedio asociado a tratamientos de recuperación individuales de nueve meses de duración del orden de US\$ 20.000,¹⁴ equivalentes a \$40 millones. Es decir, un primer estimativo del monto de recursos requeridos para proteger con medidas de tratamiento de recuperación a la población que actualmente se encuentra en situación de abuso o dependencia de drogas ilícitas, de acuerdo a los hallazgos del Estudio nacional de consumo de psicoactivos, del 2008 (alrededor de 360.000 personas) sería del orden de \$14,4 billones, equivalente a cerca del 97% del ingreso anual del Fondo de Solidaridad y Garantías, con el cual se financia la prestación de servicios de seguridad social en salud en Colombia, aforado para la vigencia fiscal del 2009 en \$14,8 billones.¹⁵

Anticipando la imposibilidad de absorber la carga de la protección exclusivamente por medio del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el proyecto contempla disposiciones que obligan a los entes territoriales a destinar recursos para medidas de prevención, tratamiento y seguimiento a los consumidores de sustancias estupefacientes o psicotrópicas (arts. 17 y 42). Al respecto cabe anotar que, de acuerdo al Departamento Nacional de Planeación, una de las pocas fuentes que ha intentado cuantificar el aporte de los entes territoriales destinado a programas sobre prevención del inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital, y tratamiento en centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, en el 2006 los distritos, departamentos y municipios del país aportaron el 65% de los recursos públicos destinados a este tipo de actividades, que para ese año ascendió a \$33.859 millones, lo cual ofrece un panorama sobre la magnitud de los recursos al alcance de éstas.¹⁶

Adicionalmente, el proyecto de ley propone destinar hasta un 40% de los recursos que ingresen anualmente al Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha Contra el Crimen Organizado (Frisco) para el fortalecimiento de los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional establecidos en

¹⁴ ABC NEWS [en línea]: Expanding drug treatment: Is US ready to step up?, november 9, 2009. Disponible en: <http://abcnews.go.com/Business/wireStory?id=9032639>.

¹⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud [en línea]: Acuerdo 405 de 2008. Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/acuerdos/Acuerdo%20405%20de%202008%20-%20Presupuesto%20Fosyga%202009.pdf>.

¹⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación (DNP). "Gastos del Estado colombiano en la lucha contra el problema de las drogas (2005-2006)". Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2008. Disponible en: http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/Gasto_Drogas__2005-2006__07_May_2009_VF_2_.pdf, p. 25.

el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Estupefacentes o Psicotrópicas y su Impacto (art. 37).

En el anexo 2 se presenta un balance de los recursos ingresados al Frisco durante los últimos años como producto de la venta de inmuebles urbanos y rurales, así como de sociedades comerciales cuya extinción de dominio ha sido declarada por autoridades judiciales. Durante los últimos años el Frisco ha mostrado un comportamiento favorable de ingresos anuales crecientes. Sin embargo, en paralelo también han crecido los compromisos para la destinación de los recursos de dicho fondo. Así por ejemplo, el Conpes 3476 del 2007 destina parte de los ingresos del Frisco al financiamiento de macroproyectos de vivienda de interés social en Cali y Buenaventura, como también lo hace el Conpes 3575 del 2009 con destino a la expansión de la oferta nacional de cupos penitenciarios y carcelarios, y el Conpes 3583 del 2009 a la habilitación de suelo y generación de oferta de vivienda. Más aún, hay otros compromisos adquiridos con la nación para ser cancelados con ingresos del Frisco, entre ellos, los bienes producto de actividades ilegales entregados por, o decomisados a, integrantes de grupos armados ilegales, los cuales deben destinarse al Fondo para la Reparación de las Víctimas creado por la ley 975 de 2005.¹⁷

¿Cuestión de ajustar los estándares a los recursos disponibles?

A la luz de la desproporcionada magnitud de las necesidades de atención con medidas administrativas para tratamientos de recuperación de la población dependiente a drogas ilícitas frente a la disponibilidad de recursos públicos para dicho propósito, es evidente que la discusión girará en torno a la definición de los estándares de atención que pueden brindarse con los recursos disponibles.

Un primer problema tiene que ver con las dimensiones de la demanda de personal, medios e infraestructura que requiere el procedimiento administrativo previsto en el proyecto de ley para determinar la sanción y medidas de protección aplicables a quienes sean sorprendidos con “drogas ilícitas” o que se encuentren bajo el la influencia de dichas sustancias. De acuerdo con el procedimiento descrito bajo el título V del proyecto de ley, la persona

¹⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. “Decreto 135 de 2010, por medio del cual se distribuyen recursos del Frisco para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y se dictan otras disposiciones”, art. 1; decreto inexecutable, 2010.

[...] será conducida por parte de la autoridad de policía al centro de orientación más cercano. Una vez recibida la persona, se procederá a su identificación y registro. El médico psiquiatra o psicólogo realizarán entrevista con el fin de determinar la modalidad de consumo. Dentro de las siete horas siguientes el médico tratante deberá emitir dictamen forense, el cual tendrá una recomendación acerca del tipo de medida que deberá imponerse en el caso concreto. Recibidos los diagnósticos correspondientes, el juez que esté destacado en el respectivo centro de orientación, inmediatamente, y con ayuda de las conclusiones plasmadas en el dictamen forense, procederá a imponer la medida que estime conveniente, atendiendo a los fines preventivos y rehabilitadores que las rigen. El juez deberá poner en conocimiento del paciente el tratamiento de rehabilitación que se estime conveniente por medio de las medidas de protección con que cuenta el Estado (art. 29).¹⁸

Un informe periodístico reciente permite dimensionar lo que puede representar la tarea del control administrativo de porte y consumo de estupefacientes en una ciudad como Bogotá en el presente. Según el reporte de *Eltiempo.com*, en los primeros 10 meses del 2009 la Policía Nacional decomisó en Bogotá cerca de 3,8 toneladas de cocaína, pasta de coca, basuco y marihuana en la forma de dosis para el consumo de entre 1 y 5 gramos.¹⁹ De acuerdo a estos resultados operativos de la policía, en la eventualidad de entrar en vigencia el procedimiento administrativos descrito el número de infractores sorprendidos con “dosis personales” de drogas ilícitas en Bogotá podría contarse entre 75.000 y 375.000 al mes. Como punto de referencia para comprender la magnitud del esfuerzo que representaría la conducción, custodia, valoración, sanción y seguimiento de este volumen mensual de infractores, muchos de los cuales serán reincidentes, basta señalar que entre 2005 y 2008 la media del total de capturas realizadas por la Policía Nacional en Bogotá fue del orden de 31.000 al año, y la de capturas específicamente por tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, de 3.300 al año.²⁰

¹⁸ El proyecto de ley prevé que los recursos con los que funcionarán los referidos “centros de orientación” funcionarán cual una cuenta especial sin personería jurídica, administrada por el Ministerio de la Protección Social como un sistema separado de cuentas, con el objeto de propiciar la prevención, tratamiento y rehabilitación de consumidores y adictos de sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Estos centros, que funcionarán las 24 horas, estarán integrados por médicos especializados en psiquiatría, o psicólogos, jueces especializados, agentes del Ministerio Público, y contarán con la vigilancia y el apoyo permanente de la Policía Nacional (arts. 36 al 41).

¹⁹ *Eltiempo.com* [en línea]: Más de 450 “ollas” de droga hay en Bogotá; mueven al año unos 300.000 millones de pesos [noviembre 8 de 2009].

²⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Policía Nacional, 2006-2009. “Capturas realizadas según modalidad delictiva”. *Revista de Criminalidad*, núms. 48- 51.

En consecuencia, es previsible que la norma de persecución y sanción administrativa del consumo de drogas ilícitas en ciudades grandes como Bogotá sea aplicada con discrecionalidad por parte de la policía, ya que la cantidad de infractores a controlar supera con creces los medios a disposición de las autoridades para cumplir los procedimientos establecidos. En consecuencia, esta disposición legal afectará negativamente la imagen de la policía, al igual que la satisfacción ciudadana con el servicio prestado cuando ésta no responda de conformidad con dichos procedimientos ante los casos de consumo denunciados por las líneas de emergencia y seguridad, con lo cual en la práctica la vigencia del procedimiento administrativo contribuirá a deslegitimar la ley y la autoridad de policía.

Perversamente, toda nueva inversión pública en medios para atender los procedimientos administrativos establecidos para operar la sanción y protección de consumidores de drogas ilícitas restará recursos para financiar el tratamiento y seguimiento de aquellos consumidores adictos a sustancias psicoactivas, uno de los tramos de costo más importantes para el Estado en el cumplimiento de su obligación de garantizar el cuidado integral de la salud de las personas.

La experiencia internacional señala que una de las características principales de los programas de recuperación exitosos es su foco en el seguimiento sistemático de la evolución del proceso de bienestar y salud de la persona, así como el fomento de su integración a redes sociales, organizacionales e institucionales locales explícitamente comprometidas con proporcionar una “ecología favorable” en los ámbitos familiar, barrial y comunitario para la recuperación de la persona objeto de protección.²¹ Es evidente que la disponibilidad de un adecuado respaldo de recursos financieros para el proceso de seguimiento y apoyo es uno de los factores críticos relacionados con el éxito de los tratamientos de recuperación.²²

Dada esta exigencia, los expertos generalmente destacan que el éxito de este tipo de procesos está sensiblemente asociado a una precisa definición de los criterios de inclusión de quienes serán elegibles para los programas de recuperación.²³ En

²¹ UNODC. *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management*. Viena: Treatnet - Good Practice Document, 2008, p. 17. Ver también: White, W. and Cloud, W. “Recovery Capital; a Primer for Addiction Professionals”, 2008.

Disponible en: <http://www.counselormagazine.com/feature-articles-mainmenu-63/27-treatment-strategies-or-protocols/816-recovery-capital-a-primer-for-addiction-professionals>. Ver también PÉREZ SALAZAR, B. “Control...”, ob cit.

²² UNODC, ob. cit., *Drug...*, 2008, pp. 104-116.

²³ Ver, por ejemplo, KASSEBAUM, G. et al. “The drug court as a sentencing model”. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, núm. 17, 2001, pp. 89-104; LONGSHORE, D. et al. “Drug courts: a conceptual framework”.

relación con este aspecto crucial, hay lecciones concretas derivadas de la experiencia internacional, en particular de Estados Unidos y el Reino Unido, que aportan elementos relevantes para una reglamentación alternativa de la sanción y protección administrativa de los consumidores afectados por adicciones a sustancias desde la doctrina de la “reducción del daño”.

Lecciones a partir de las experiencias de Estados Unidos y el Reino Unido²⁴

Entre las naciones con legislaciones más intolerantes frente al consumo de drogas ilícitas se encuentra Estados Unidos, país que se destaca por una abultada población carcelaria, del orden de 500.000 internos por ofensas relacionadas con drogas, en su gran mayoría perteneciente a minorías étnicas de bajos ingresos.²⁵ Aun así, y pese a que la población carcelaria por delitos relacionados con drogas ilícitas se duplicó entre 1990 y el 2005 en ese país, la oferta de drogas ilícitas creció de manera persistente, como lo demuestra el hecho de que durante el mismo período el precio promedio por gramo de coca en las calles de las principales ciudades estadounidenses se redujo de US\$ 200 a US\$ 100.²⁶ No es de extrañar, por lo tanto, que en ciudades como Seattle, en el estado de Washington, se haya establecido por medio de referendos locales la persecución del consumo de marihuana como una prioridad “baja” para la policía.²⁷

Journal of Drug Issues, núm. 31, 2001, pp. 7-26; OLSON, A. E. et al. “Implementing the key components of specialized drug treatment courts: Practice and policy considerations”. *Law & Policy*, núm. 23, 2001, pp. 171-196; SAUM, C. A. et al. “Violent offenders in drug court”. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 2001, pp. 107-128; FESTINGER, D. S. et al. “Status hearings in drug court: When more is less and less is more”. *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 68, 2002, pp. 151-157; GOLDKAMP, J. S. “The impact of drug courts”, *Criminology & Public Policy*, núm. 2, 2003, pp. 197-206; MARLOWE, D. B. et al. “Are judicial status hearings a key component of drug court?”. *Criminal Justice and Behavior*, núm. 30, 2003, pp. 141-162.

²⁴ El contenido de esta sección se basa en las siguientes fuentes: MCGUIRE, J. (ed.) *What Works Reducing Reoffending*, Chichester: John Wiley and Sons, 1995. Ver también: WEXLER, D. “Book review: A Review of «What Works: Reducing Reoffending». *Behavioral Sciences & the Law*, 15(3), 1997, pp. 365-370; UNODC. “Expert Working Group Report on DTC Best Practices”, 1999. Disponible en http://www.unodc.org/pdf/lap_report_ewg_casework.pdf.

²⁵ HUMAN RIGHTS WATCH. “Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drug”. *A Human Rights Watch Report*, 12(2G), 2000.

²⁶ REUTER, P. “Assessing U.S. Drug Policy. Materials for the first debate of the Latin American Commission on Drugs and Democracy”, 2008. Disponible en: http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter_reuter_ingles.pdf.

²⁷ *THE WALL STREET JOURNAL* [en línea]: White House Czar Calls for End to “War on Drugs” [mayo 14 de 2009]. Disponible en: <http://online.wsj.com/article/SB124225891527617397.html>.

En el Reino Unido, otro país cuya legislación usualmente no se clasifica como tolerante frente al consumo de drogas ilícitas, recientemente la Comisión de Política de Drogas sugirió revisar el enfoque de las agencias encargadas de la lucha contra las drogas ilícitas. Según dicha comisión, la evidencia empírica y los estudios de caso sobre el impacto del control policivo del consumo y los mercados de drogas ilícitas en ese país recomiendan concentrar los esfuerzos en la disuasión y control de conductas particularmente dañinas, como aquellas que involucran el uso de violencia con armas de fuego, el reclutamiento de menores de edad para cumplir funciones como “campaneros” o “mulas”, al igual que el microtráfico en sitios particularmente sensibles como los entornos escolares y la áreas residenciales, y el aseguramiento de tratamiento terapéutico y soporte para consumidores problemáticos y expendedores.²⁸

En la experiencia de ambos países, cada vez cobra mayor importancia para las autoridades y comunidades locales la reducción de las manifestaciones más dañinas asociadas con consumos problemáticos y el microtráfico local, los cuales frecuentemente se expresan en la forma de distintas modalidades de delito, mientras que la prohibición del consumo de drogas ilícitas como tal pasa a ser una preocupación menor. Una línea de reflexión que resulta afín a la doctrina de la “reducción de daños”, cuya perspectiva invita a sopesar permanentemente si el daño causado a la salud por el consumo de drogas ilícitas se reduce con las estrategias represivas —que incluyen desde la persecución y encarcelamiento indiferenciados de consumidores hasta la violencia y corrupción dispensadas como consecuencia de la regulación de mercados ilegales por parte las organizaciones criminales— o, si por el contrario, éstas se suman para agravarlos.

No es de extrañar que hubiese sido en este tipo de contextos de reflexión donde se incubaron y adquirieron relevancia los mecanismos de sanción y protección administrativa conocidos como los tribunales de tratamiento de drogas (TTD). Las primeras experiencias con ellos surgieron a principios de la década de los noventa en Estados Unidos como respuesta a la frustración expresada por jueces y líderes sociales ante el fracaso del sistema de justicia penal para contener el enorme incremento de uso de drogas que tuvo lugar en ese país durante la década de los ochenta, al constatar que las sanciones penales impuestas a los infractores penales consumidores de drogas contribuían poco a su recuperación y, por el contrario, reforzaban el círculo vicioso de abuso de drogas ilícitas – criminalidad – reclusión.

²⁸ UK DRUG POLICY COMMISSION [en línea]. “Moving towards Real Impact Drug Enforcement Strategy and policy implications”. Disponible en: http://www.ukdpc.org.uk/resources/HR_Enforce_Policy_Briefing.pdf.

Los TTD representan un viraje sustancial frente al manejo que daban los tribunales tradicionalmente a los casos que involucraban infractores penales por consumos problemáticos de drogas ilícitas, caracterizado por estar enmarcado dentro de las pautas propias de procesos contenciosos y tener su foco principal de atención en la adjudicación de derechos, responsabilidades y reivindicaciones a partir de reconstrucciones retrospectivas realizadas con el aporte de un número reducido de actores y agentes de interés. En contraste, el proceso transformado que hoy se practica en los TTD se basa en la colaboración de todas las partes involucradas y está centrado en la resolución de necesidades y de problemas específicos, lo cual se traduce en una orientación prospectiva que elude la confrontación y la disputa, e involucra una amplia gama de actores y participantes. Su objetivo principal es el procesamiento eficiente de casos y la obtención de resultados conducentes a evitar la reincidencia criminal y el abuso de drogas.²⁹

En 1998 la sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas que estableció los principios rectores de reducción de la demanda de drogas y el plan de acción relacionado recogió la preocupación cada vez más generalizada en el mundo por la situación de los infractores penales con adicción a drogas ilícitas, y se urgió a los gobiernos a buscar alternativas multidisciplinarias y a tomar aquellas iniciativas correctivas que se mostrasen eficaces. Por consiguiente, hacia finales de la década de los noventa el modelo de los TTD se adaptó y estableció en un número creciente de jurisdicciones, entre ellos Australia y Canadá (1999); Irlanda (2000); Bermudas, Brasil, Islas Caimán, Jamaica y Escocia (2001); Nueva Zelanda, Isla Mauricio, Gales, Inglaterra e Irlanda del Norte (2002), y Chile (2004).³⁰

Cada infractor contra el cual el sistema de justicia penal se apresta a judicializar por un delito adicional al porte y consumo personal de drogas ilícitas es valorado brevemente después de su detención para establecer si es o no elegible para someterse al TTD, con base en consideraciones del riesgo que éste representa para la seguridad pública y su disposición general para aceptar el tratamiento como alternativa al encarcelamiento. En el caso del infractor elegible que formaliza dicha aceptación, a éste se le ofrece la posibilidad de entrar en diálogo directo con un juez asesorado por el equipo interdisciplinario del TTD para exponer su versión e interpretación de las circunstancias que derivaron en la conducta punible por la

²⁹ "UNODC and Drug Treatment Courts" [en línea]. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/legal-tools/Drug-Treatment-Courts.html>.

³⁰ UNODC..., ob. cit.

cual ha de ser judicializado en caso de desistir su proceso de recuperación a su adicción bajo la tutela del tribunal de tratamiento de drogas.

La interacción cara a cara del infractor con el juez, al igual que con cada integrante del TTD, es una de las claves para el éxito del proceso de recuperación. Los TTD están conformados por un juez, un fiscal, un abogado defensor, el operador del tratamiento, un oficial de ejecución de la ley, un oficial de libertad condicional, el consejero administrador del caso y el coordinador del programa. Este equipo multidisciplinario se ocupa de promover en el infractor la reflexión sobre la cadena de eventos que condujo a su infracción penal, asistiéndole en la racionalización de situaciones de alto riesgo que en su cotidianidad pueden conducirle a recaer en el consumo y reincidir en infracciones penales, y ayudándolo a identificar cómo, a la par con su tratamiento de recuperación, debe manejar y evitar verse comprometido con tales situaciones en el futuro. Durante todo el proceso, una estrecha colaboración del equipo de justicia, el operador del tratamiento y el consejero administrador del caso, permite que las decisiones sean tomadas generalmente por consenso y facilita la coordinación para el inicio del tratamiento y la supervisión judicial permanente a la mayor brevedad posible. Cuando sea necesario, el juez es quien toma la última decisión.

Los tratamientos incluyen una gama de servicios, algunos de los cuales involucran a la comunidad a la cual pertenece el infractor a fin de asegurar su acceso al cuidado de la salud, a la vivienda y el empleo dignos, al igual que a oportunidades de capacitación como parte de su recuperación, para lo cual hay un consejero administrador asignado específicamente para asistir en el proceso de reintegración a la comunidad. Con la asesoría de terapeutas y consejeros el infractor anticipa “planes para evitar recaídas” mediante los cuales se compromete a evitar situaciones identificadas como de “alto riesgo” para recaídas, y a identificar las redes de apoyo y soporte a las cuales recurrirá para lograrlo en las múltiples circunstancias concretas de su vida diaria. El involucramiento activo de la comunidad durante el proceso es esencial para garantizar un clima de apoyo local positivo para la labor del TTD, y éste usualmente se realiza por medio de un comité asesor de la comunidad (CAC), que cumple funciones de instancia de consulta y de coordinación de acciones de beneficio mutuo.

Otro elemento clave para el éxito es la supervisión judicial permanente y la consejería intensiva durante todo el proceso por parte del TTD, mediante sesiones de rendición de cuentas periódicas del infractor ante él así como con la realización

de pruebas de orina programadas y aleatorias con el fin de verificar la supresión del consumo de drogas ilícitas. Una escala de estímulos y sanciones se desarrolla para cada caso en particular. Las sanciones previstas se aplican con agilidad y firmeza, y a la vez son flexibles cuando sea necesario. En tal evento, el TTD muestra disponibilidad para asistir y apoyar al infractor en la identificación y realización de ajustes en su proceso de recuperación para lograr cumplir su compromiso de no reincidir en infracciones penales ni en el consumo de drogas. En general, los tratamientos responden de manera apropiada a las necesidades específicas del infractor (por ejemplo, si se trata de una madre cabeza de familia el tratamiento debe procurar garantizarle una vivienda apropiada, así como asegurarle educación y salud para ella y sus hijos).

Finalmente, la evaluación tanto del proceso como del impacto del programa y los tratamientos, son claves para su éxito. A pesar de las dificultades metodológicas asociadas a la evaluación de impacto de los programas de los TTD,³¹ los equipos interdisciplinarios dedican esfuerzos a la identificación de “grupos de control o contraste” para permitir la evaluación periódica del programa. Los resultados obtenidos son insumos para el diseño y realización de procesos de retroalimentación y formación continuada del equipo, a los fines de fomentar el mejoramiento continuo de éste y actualizar sus conocimientos sobre el fenómeno de la adicción, al igual que sobre el manejo de procesos de recuperación.

Numerosos estudios recientes han revelado las considerables debilidades metodológicas de las evaluaciones realizadas en el pasado acerca del impacto de los TTD.³² No obstante, hay consenso generalizado acerca de su visible contribución a la disminución de reincidencia y mejora en la tasa de permanencia en tratamiento de los infractores que se han sometido al mecanismo del TTD. Algunos estimativos recientes concluyen que los TTD contribuyen a la reducción de la reincidencia hasta en un 35%, en comparación con los resultados de infractores condenados al encarcelamiento. Más aún, se calcula que los TTD ahorran entre US\$ 2,21 y US\$ 3,36 al sistema de justicia penal por cada dólar invertido en ellos. Asimismo, en el caso de los hogares se estima que el ahorro puede llegar a US \$12 por cada dólar invertido en TTD, como consecuencia de la reducción en visitas a servicios hospitalarios de urgencias y otros cuidados médicos, al igual que por la prevención

³¹ REMPEL, M. “Reincidencia 101: evaluando el impacto de su tribunal de tratamiento de drogas”. En: *Conceptos*, núm. 16, Fundación Paz Ciudadana, 2010.

³² Por ejemplo, SANFORD, S. et al. “Lifting...”, *ob. cit.*, 2005.

de costos de victimización y las pérdidas por hurtos atribuidos a consumidores problemáticos de drogas.³³

Aun así, algunos críticos señalan que los TTD son “indulgentes con el delito”. No obstante, hay una creciente documentación de infractores que prefieren abandonar los programas de tratamiento y optan por cumplir sus condenas penitenciarias, que consideran menos arduas:

El juez Paul Bentley afirma que para muchas personas es más difícil completar un programa de tratamiento de un año que pasar un año en prisión: “Cuando las personas ingresan en el programa, les damos 30 días para que cambien de parecer y algunos lo hacen. Dicen: ‘Se me hace demasiado difícil presentarme ante el tribunal dos veces por semana e ir al tratamiento cuatro o cinco veces por semana. Prefiero cumplir una condena; por favor, señor juez, mándeme a la cárcel’”.³⁴

Reflexiones finales: la doctrina de la “reducción del daño” y las medidas administrativas de sanción y protección de consumidores de drogas ilegales en Colombia

El nuevo régimen de sanción y protección administrativa de consumidores de drogas ilícitas instaurado por la reforma del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia se ciñe a las convenciones internacionales de drogas ratificadas por el país, por lo cual su aplicación queda restringida a aquellas sustancias psicoactivas calificadas por la ley como “drogas ilícitas”. Al hacerlo así, la norma constitucional y su proyecto de ley reglamentaria ignoran el acervo de evidencia empírica que indica, tanto a escala mundial como en el caso particular de Colombia, que la carga de enfermedad y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) asociados a consumos problemáticos de tabaco y alcohol son mucho más significativos que aquellos asociados a las “drogas ilícitas”, con lo cual resulta visiblemente erosionado el compromiso del Estado colombiano con el cumplimiento del propósito explícitamente referido en la norma constitucional de “prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas”.

³³ UNODC. “From coercion to cohesion. Treating drug dependence through health care, not punishment”. Viena: Discussion paper, 2009, p. 9.

³⁴ “Tribunales de tratamiento de drogas” [en línea]. Disponible en: <http://www.unodc.org/newsletter/es/200503/page003.html>.

Desde la perspectiva de la equidad y de la racionalidad de las políticas públicas que velan por la salud es evidente la inconveniencia del sentido de tal disposición, por cuanto obligan al Estado y a la sociedad a invertir recursos escasos en la prevención, atención y recuperación de conductas definidas en función del estatus “lícito” o “ilícito” de la sustancia que consume, y no del daño sobre la salud que dichas conductas de consumo ocasionan en el organismo del consumidor y en su entorno familiar, social y laboral. En consecuencia, al conceder prelación legal de acceso a los recursos y medidas de protección y tratamiento únicamente a consumidores de drogas “ilícitas”, la referida disposición jurídica desfavorece inequitativamente el acceso a recursos públicos de protección y tratamiento a una porción significativa la población colombiana que en la actualidad aporta elevadas cargas de enfermedad e índices de participación de los AVAD en el país.

Aún en el escenario en el cual prevalece el criterio de que la responsabilidad del Estado debe restringirse a brindar medidas de protección y recuperación a consumidores de drogas ilícitas, es evidente la insuficiencia de los montos de recursos que puedan aportar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades territoriales y el mismo Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco). La naturaleza residual de los recursos del presupuesto público colombiano que se destinan al tema de la reducción del consumo de sustancias psicoactivas es, sin duda, uno de los principales obstáculos que debe remontar el país para cumplir con el compromiso de brindar el cuidado integral de la salud de las personas a las personas afectadas por la dependencia a ellas.

Mientras tanto, la pretensión de generalizar la sanción de la prohibición del consumo de drogas ilícitas incurriendo en costos administrativos extraordinarios como los que se han inferido a lo largo de este artículo, no sólo será un despilfarro en desmedro de los tratamientos de recuperación cuyo éxito se verán comprometido por el insuficiente respaldo de recursos financieros para posibilitar el seguimiento y apoyo de dichos procesos, sino que irá en contravía de las tendencias que se registran en el contexto de países con ingresos de nivel alto. La relevancia de la doctrina de la “reducción del daños” como base para priorizar la asignación de recursos públicos a la sanción y protección de consumidores problemáticos de drogas ilícitas es expresada convincentemente por la Comisión de Política de Drogas del Reino Unido: la sostenibilidad de los impactos positivos obtenidos por las agencias encargadas de la lucha antidroga depende de que sus recursos se focalicen en el control de los aspectos más dañinos asociados con el consumo y el funcionamiento de los mercado de drogas ilícitas, como lo son el uso de violencia, el reclutamiento de menores

de edad, el microtráfico de drogas ilícitas en sitios particularmente sensibles como los entornos escolares y la áreas residenciales, y el aseguramiento de tratamiento terapéutico y soporte para consumidores problemáticos y expendedores, entre otros.

Los antecedentes que originalmente llevaron al establecimiento de los TTD en Estados Unidos refuerzan el mensaje central de la doctrina de “reducción del daño”: frente al problema de las sustancias psicoactivas la prioridad principal radica en atender las conductas penalmente punibles más dañinas asociadas con adicciones y consumos problemáticos. De allí que en el marco de los TTD se haya establecido la condición de infractor penal con problemas de adicción como criterio de inclusión para identificar candidatos elegibles a beneficiarios de recursos públicos, protección y medidas de tratamiento orientadas a garantizar el cuidado integral de la salud. Un segundo criterio es la disposición voluntaria y manifiesta del infractor de someterse a tratamiento con el fin de recuperar su autonomía personal y posibilitar así su reintegración sostenible a su entorno familiar y social.

Varios aspectos de la experiencia de los TTD ofrecen pautas para el diseño de una estrategia viable de “cuidado integral de la salud” dirigida a personas afectadas por consumos problemáticos o adicciones a sustancias psicoactivas en nuestro país. En primer lugar, se trata de un mecanismo de sanción administrativa cuyo funcionamiento no demanda inversiones extraordinarias para detectar e identificar a aquellos consumidores de sustancias psicoactivas que han perdido autonomía para controlar su conducta y en consecuencia han sido aprehendidos por incurrir en conductas penalmente punibles. Adicionalmente, los infractores que manifiesten voluntariamente disposición a someterse a un tratamiento de recuperación para superar su adicción como alternativa al encarcelamiento, aportan con ello uno de los elementos críticos para el desarrollo exitoso del proceso. Más aún, este procedimiento de selección de “beneficiarios de la protección del Estado” permite ahorrar la inversión en los medios requeridos en cumplir con los engorrosos procedimientos administrativos establecidos para la sanción generalizada del consumo de drogas ilícitas, y destinarlos a financiar tanto el tratamiento como el seguimiento y control del proceso del infractor en recuperación. La experiencia de los TTD muestra que éste es el tramo clave al cual deben aplicarse los recursos disponibles para atender el cuidado integral de la salud de las personas afectadas por la adicción a sustancias psicoactivas.

Anexo 1

Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína al menos una vez en la vida entre adolescentes de hasta 15 años y jóvenes de hasta 21 años en países seleccionados del mundo, 2008

			Alcohol				Tabaco				Marijuana				Cocaína			
			Hasta 15 años de edad		Hasta 21 años de edad		Hasta 15 años de edad		Hasta 21 años de edad		Hasta 15 años de edad		Hasta 21 años de edad		Hasta 15 años de edad		Hasta 21 años de edad	
Continente	País	Muestra	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar	%	Error Estándar
Américas	Colombia	4,426	57,4	2,3	92,2	1,2	12,3	1,3	37,5	1,9	2,9	0,6	10,2	1,2	0,8	0,3	3,1	0,8
	México	5,782	29,0	1,9	77,5	1,2	21,4	1,4	52,5	1,6	2,2	0,5	8,0	1,1	0,6	0,3	4,1	0,7
	EUA	5,692	50,1	2,5	93,1	1,3	43,6	2,4	71,6	2,8	20,2	1,8	54,0	2,8	2,5	0,8	16,3	1,6
Europa	Bélgica	1.043	67,0	8,3	88,5	6,1	-a	-	-a	-	4,7	2,5	22,2	6,6	0,0	0,0	0,6	0,4
	Francia	1.436	68,2	3,2	94,5	2,2	-A	-	-a	-	15,3	4,3	44,1	5,3	0,0	0,0	1,9	1,3
	Alemania	1.323	68,2	3,2	97,8	1,1	-a	-	-a	-	13,0	3,3	41,0	4,8	0,0	0,0	6,1	2,7
	Italia	1.779	44,9	3,6	76,3	3,6	-a	-	-a	-	3,3	1,1	13,7	2,5	0,0	0,9	0,9	0,6
	Países Bajos	1.094	59,6	7,7	89,7	6,4	-a	-	-a	-	7,0	3,0	34,6	7,1	0,0	0,0	1,0	0,6
	España	2.121	52,8	4,8	92,1	2,1	-a	-	-a	-	8,5	2,6	27,7	4,4	0,1	0,1	5,3	1,8
	Ucrania	1.719	39,3	3,9	98,5	1,1	46,0	4,9	72,1	3,9	1,3	0,7	12,3	2,6	-b	-	-b	-
Oriente Medio y África	Israel	4.859	15,2	1,2	62,7	1,6	8,9	0,9	43,2	1,6	0,3	0,2	13,7	1,1	0,0	0,0	0,5	0,2
	Libano	1.031	24,3	5,2	45,8	6,5	18,0	2,8	51,1	6,4	0,4	0,3	5,7	2,7	-b	-	-b	-
	Nigeria	2.143	3,4	3,2	52,5	3,1	6,9	1,7	10,1	1,7	0,2	0,2	1,9	0,9	-b	-	-b	-
	África del Sur	4.315	9,4	1,4	39,5	2,0	11,0	1,6	31,0	1,6	1,6	0,5	11,0	1,4	-b	-	-b	-
Asia	China	887	30,4	6,7	91,9	5,8	-a	-	-a	-	-b	-	-b	-	-b	-	-b	-
	Japón	1.628	31,7	5,1	73,6	5,2	15,2	3,7	54,7	5,0	-b	-	-b	-	-b	-	-b	-
Oceania	Nueva Zelanda	17.790	74,1	1,5	94,1	0,9	-a	-	-a	-	26,8	1,4	61,8	1,5	0,1	0,1	5,0	0,8

a: Pregunta no incluida en este país.

b: Menos de 30 personas en toda la muestra de este país manifestaron utilizar esta droga, por lo cual no se calcularon estimativos.

Fuente: Degenhardt, L. et al. "Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys". Public Library of Science Medicine 5, núm. 7, 2008, p. 1059.

Anexo 2

Fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado (frisco) Ingresos recaudados por venta de inmuebles y sociedades 2006–2010
Fecha de corte: abril 30 de 2010

Vigencia / Concepto	Bienes urbanos	Valor venta urbanos	Bienes rurales	Valor venta rurales	Total bienes	Total venta
2006	8	1.885.122.000	-		8	1.885.122.000
2007	739	86.723.361.329	4	432.953.300	743	87.156.314.629
2008	389	64.822.691.658	10	5.466.529.249	399	70.289.220.907
2009	1.644	115.005.410.083	18	10.581.777.750	1.662	125.587.187.833
2010	186	20.942.451.551	11	6.487.490.443	197	27.429.941.994
Subtotal	2.966	289.379.036.621	43	22.968.750.742	3.009	312.347.787.363
Venta sociedades 2009					-	14.268.175.582
Total	2.966	289.379.035.621	43	22.968.750.742	3.009	326.615.962.945
Bienes escriturados	2.372		25		2.397	
Bienes por escriturar	594		18		612	
Hectáreas vendidas de bienes rurales			2.385			

Fuente: Dirección Nacional de Estupefacientes – Fondo para la Rehabilitación, Reinserción Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco).

Referencias bibliográficas

Libros y artículos de revista

- DANE. "Proyecciones nacionales y departamentales de población, 2006-2020". Bogotá: DANE, 2007, p. 77.
- DEGENHARDT, L. et al. "Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys". *Public Library of Science Medicine* 5, núm. 7, 2008, p. 1059.
- FESTINGER, D. S. et al. "Status hearings in drug court: When more is less and less is more". *Drug and Alcohol Dependence*, núm. 68, 2002, pp. 151-157.
- GOLDKAMP, J. S. "The impact of drug courts", *Criminology & Public Policy*, núm. 2, 2003, pp. 197-206.
- HUMAN RIGHTS WATCH. "Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drug". *A Human Rights Watch Report*, 12(2G), 2000.
- KANDEL, D. B. et al. "Patterns of drug use from adolescence to early adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use and discontinuation". *American Journal of Public Health*, núm. 74, 1984, pp. 660-665.
- KASSEBAUM, G. et al. "The drug court as a sentencing model". *Journal of Contemporary Criminal Justice*, núm. 17, 2001, pp. 89-104.
- LEROY, B. "International drug policy: challenges and perspectives". En: *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 2003, pp. 7-14.
- LONGSHORE, D. et al. "Drug courts: a conceptual framework". *Journal of Drug Issues*, núm. 31, 2001, pp. 7-26.
- MARLOWE, D. B. et al. "Are judicial status hearings a key component of drug court?". *Criminal Justice and Behavior*, núm. 30, 2003, pp. 141-162.
- MCGUIRE, J. (ed.) *What Works Reducing Reoffending*, Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
- OLSON, A. E. et al. "Implementing the key components of specialized drug treatment courts: Practice and policy considerations". *Law & Policy*, núm. 23, 2001, pp. 171-196.
- PÉREZ SALAZAR, B. *Control del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: tendencias en el manejo de trastornos relacionados y pautas para su reglamentación legal* [en imprenta].
- REMPEL, M. "Reincidencia 101: evaluando el impacto de su tribunal de tratamiento de drogas". En: *Conceptos*, núm. 16, Fundación Paz Ciudadana, 2010.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, "Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes", 1986.

- _____. “Sentencia C-221 de 1994. Declaración de inexecutable de los artículos 51 y 87 de la ley 30 de 1986, que impide que revivan normas de contenido similar, que fueron derogadas por la ley en cuestión”, magistrado ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz. Disponible en: www.mamacoca.org/foro_legal/sentencia_C221_de_1994.htm.
- _____, Policía Nacional, 2006-2009. “Capturas realizadas según modalidad delictiva”. *Revista de Criminalidad*, núms. 48- 51.
- _____. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2008)*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009.
- _____. “Proyecto de ley 248 de 2010 - Senado”, art. 3º, 2010, pp. 2-3.
- SANFORD, S. et al. “Lifting the Cover on Drug Courts: Evaluation Findings and Policy Concerns”. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(3), pp. 239-258.
- SAUM, C. A. et al. “Violent offenders in drug court”. *Journal of Drug Issues*, 31(1), 2001, pp. 107-128.
- UNODC. *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management*. Viena: Treatnet - Good Practice Document, 2008, p. 17.
- _____. “From coercion to cohesion. Treating drug dependence through health care, not punishment”. Viena: Discussion paper, 2009, p. 9.
- WEXLER, D. “Book review: A Review of «What Works: Reducing Reoffending””. *Behavioral Sciences & the Law*, 15(3), 1997, pp. 365-370.
- Documentos en Internet
- DANE. “Estimaciones 1985-2005 y proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad”. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=496&Itemid=996.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud [en línea]: Acuerdo 405 de 2008. Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/acuerdos/Acuerdo%20405%20de%202008%20-%20Presupuesto%20Fosyga%202009.pdf>.
- _____. “Decreto 135 de 2010, por medio del cual se distribuyen recursos del Frisco para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y se dictan otras disposiciones”, art. 1; decreto inexecutable, 2010.
- _____. Departamento Nacional de Planeación (DNP). “Gastos del Estado colombiano en la lucha contra el problema de las drogas (2005-2006)”. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2008. Disponible en: http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/Gasto_Drogas__2005-2006__07_May_2009_VF_2_.pdf, p. 25.

- REUTER, P. "Assessing U.S. Drug Policy. Materials for the first debate of the Latin American Commission on Drugs and Democracy", 2008. Disponible en: http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter_reuter_ingles.pdf.
- UK DRUG POLICY COMMISSION [en línea]. "Moving towards Real Impact Drug Enforcement Strategy and policy implications". Disponible en: http://www.ukdpc.org.uk/resources/HR_Enforce_Policy_Briefing.pdf.
- UNODC. "Expert Working Group Report on DTC Best Practices", 1999. Disponible en http://www.unodc.org/pdf/lap_report_ewg_casework.pdf.
- _____. *Informe Mundial de Drogas 2009*. Resumen ejecutivo, 2009. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf.
- WHITE, W. et al. "Recovery Capital; a Primer for Addiction Professionals", 2008. Disponible en: <http://www.counselormagazine.com/feature-articles-mainmenu-63/27-treatment-strategies-or-protocols/816-recovery-capital-a-primer-for-addiction-professionals>.
- WHO. *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO, 2002.

Artículos de Prensa

- ABC NEWS [en línea]: Expanding drug treatment: Is US ready to step up?, november 9, 2009. Disponible en: <http://abcnews.go.com/Business/wireStory?id=9032639>.
- Eltiempo.com*: "Consumo de droga como falta menor, con rehabilitación obligatoria al adicto, propone el Gobierno" [marzo 25 de 2009].
- Eltiempo.com* [en línea]: "Más de 450 'ollas' de droga hay en Bogotá; mueven al año unos 300.000 millones de pesos" [noviembre 8 de 2009].
- Eltiempo.com*. "Se abre debate por 'tribunal especial' para portadores de droga" [marzo 3 de 2009].
- THE WALL STREET JOURNAL [en línea]: White House Czar Calls for End to "War on Drugs" [mayo 14 de 2009]. Disponible en: <http://online.wsj.com/article/SB124225891527617397.html>.
- THE WASHINGTON POST [en línea]: "It's time to Legalize Drugs", August 17, 2009. Disponible en: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/08/16/AR2009081601758.html>.
- "Tribunales de tratamiento de drogas" [en línea]. Disponible en: <http://www.unodc.org/newsletter/es/200503/page003.html>.
- "UNODC and Drug Treatment Courts" [en línea]. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/legal-tools/Drug-Treatment-Courts.html>.