

COLECCIÓN

JUS

PENAL

# Las drogas: políticas nacionales e internacionales de control

Una introducción crítica

Bernardo Pérez Salazar

Angélica Vizcaíno Solano

Misael Tirado Acero

PENAL 7



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
de Colombia

## Bernardo Pérez Salazar

Comunicador social de la Universidad del Valle. Magíster en Planificación del Desarrollo Regional, Institute of Social Studies (La Haya, Reino de los Países Bajos). Investigador del Grupo “Conflicto y Criminalidad” y docente de la Facultad de Derecho Universidad Católica de Colombia, donde realiza estudios criminológicos sobre economías criminales, agencias de control penal y conflicto armado, temas sobre los cuales ha publicado libros, al igual que decenas de capítulos de libros y artículos académicos. Correo electrónico: [bperezs@ucatolica.edu.co](mailto:bperezs@ucatolica.edu.co)

## Angélica Vizcaíno Solano

Economista de la Universidad Nacional de Colombia; abogada de la Universidad La Gran Colombia; especialista en Gestión y Evaluación Social y Financiera de Proyectos de la Universidad Católica de Colombia; magíster en Derecho con énfasis en Derecho Administrativo y Ciencias Políticas. Actualmente cursa un Doctorado en Derecho. Docente e investigadora del Grupo “Conflicto y Criminalidad” de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia. Asesora y consultora en derecho administrativo, contratación estatal, formulación y evaluación de proyectos, planeación estratégica, políticas públicas, economía social. Correo electrónico: [angelica.vizcaino7@gmail.com](mailto:angelica.vizcaino7@gmail.com)

## Misael Tirado Acero

Sociólogo de la Universidad Nacional de Colombia; tiene posgrados en Economía y Evaluación Social de Proyectos de la Universidad de los Andes. Doctor en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas de la Universidad Externado de Colombia. Posdoctorado en Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Docente investigador y líder Grupo “Conflicto y Criminalidad” de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia. Par académico e institucional del Ministerio de Educación Nacional, par evaluador de Colciencias. Consultor de Naciones Unidas y de la Presidencia de la República. Correo electrónico: [misaeltirado@gmail.com](mailto:misaeltirado@gmail.com)

Bernardo Pérez Salazar  
Angélica Vizcaíno Solano  
Misael Tirado Acero

# Las drogas: políticas nacionales e internacionales de control

Una introducción crítica

BS  
PENAL 7



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
de Colombia

Pérez Salazar, Bernardo

Las drogas: políticas nacionales e internacionales de control / Bernardo Pérez Salazar, Angélica Vizcaíno Solano y Misael Tirado Acero .-- Bogotá: Universidad Católica de Colombia, 2015

102 p. 17 x 24 cm. (Colección JUS penal)

ISBN: 978-958-8465-79-1 (impreso)

ISBN: 978-958-8465-80-7 (digital)

1. Abuso de drogas-legislación 2. Tráfico de drogas-legislación 3. Narcóticos-legislación  
4. Sustancias psicoactivas

I. Título II- Serie III. Vizcaíno Solano, Ángela. IV Tirado Acero, Misael

Dewey : 364.45 SCDD 21

### **Proceso de arbitraje**

1er concepto

Evaluación: 30 de junio de 2015

2do concepto

Evaluación: 1ero de julio de 2015

© Universidad Católica de Colombia

© Bernardo Pérez Salazar

Angélica Vizcaíno Solano

Misael Tirado Acero

Primera edición, Bogotá, D.C.

Julio de 2015

### **Editorial**

Universidad Católica de Colombia

Av. Caracas 46-72 piso 5

Bogotá, D. C.

editorial@ucatolica.edu.co

www.ucatolica.edu.co

*Corrección de estilo, armada*

*y publicación electrónica*

Hipertexto Ltda.

www.hipertexto.com.co

Calle 24A # 43-22. Quinta Paredes

PBX: (571) 269 9950

### **Facultad de Derecho**

Carrera 13 N° 47-49

Bogotá, D. C.

derecho@ucatolica.edu.co

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni total ni parcialmente o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin el permiso previo del editor.

Hecho el DEPÓSITO LEGAL

© Derechos Reservados

## CONTENIDO

### Introducción

#### Capítulo 1. El sistema internacional de fiscalización de drogas

Antecedentes .....	17
El Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes .....	18
La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes –JIFE– .....	19
La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito –ONUDD– .....	20
Tensión y parálisis del sistema .....	23
La Sesión Especial de la Asamblea General de 1998 .....	26
2008: el balance 10 años después .....	27
Las líneas de fractura .....	32
¿Guerra contra las drogas o reducción del daño? .....	35

#### Capítulo 2. La reforma de la “dosis de uso personal” en Colombia

Antecedentes .....	42
Evolución de la “dosis de uso personal” en Colombia .....	43
La reforma del artículo 49 de la Constitución Política .....	45
La “guerra contra las drogas”: ¿el camino hacia una “sociedad libre de drogas”? .....	47

#### Capítulo 3. La experiencia internacional en el control del consumo de sustancias psicoactivas

La experiencia en el control y reducción de consumo de drogas en Colombia .....	58
---	----

Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas .....	60
Tendencias recientes en el tratamiento y manejo de trastornos relacionados con sustancias .....	62

**Capítulo 4. Perspectivas nacionales e internacionales de la política  
de control de drogas en el futuro**

Regulación del consumo de drogas: ideas para una agenda colombiana.....	77
---	----

<b>Conclusiones</b> .....	83
---------------------------	----

<b>Bibliografía</b> .....	89
---------------------------	----

<b>Notas</b> .....	97
--------------------	----

## PRÓLOGO

El control de drogas es un tema que durante décadas ha alimentado la violencia política en Colombia y contribuido a entronizar en nuestra cultura los anti-valores que soportan la industria del tráfico internacional de drogas ilícitas. Entre ellos, la generalización del afán de enriquecimiento fácil y rápido, uno de los patrones más dañinos que han dejado los contrabandistas y narcotraficantes y que se celebran en las dramatizaciones televisadas que hoy representan uno de los productos bandera de exportación de nuestra industria cultural.

La corrupción generalizada es otra de las consecuencias más infortunadas que deja la cultura del narcotráfico. Cerca de cinco millones de hectáreas de nuestras tierras más productivas, adquiridas con dineros producto del tráfico internacional de estupefacientes, han pasado a manos de narcotraficantes durante las últimas décadas con la complicidad de abogados, notarios, registradores de instrumentos públicos, banqueros, autoridades civiles, de policía, militares y representantes políticos. Si bien, por medio de leyes para la extinción de dominio a favor del Estado de bienes derivados de actividades ilegales, el país hace esfuerzos importantes para recuperar estas tierras mal habidas por testaferros que encubren tanto a narcotraficantes como a cabecillas de grupos armados ilegales; tristemente, de un total de dos millones de hectáreas incautadas dentro de procesos penales de esta naturaleza, aproximadamente un millón y medio de hectáreas han sido devueltas.

Además, está el tema del consumo de drogas. Desde 1994, en Colombia es amparada la figura de la dosis personal para el consumo como una condición

asociada al derecho al libre desarrollo de la personalidad, de acuerdo con una sentencia de la Corte Constitucional. Sectores liderados por figuras como el presidente Álvaro Uribe (2002-2010), insisten en que esta decisión es la razón principal por la cual en las últimas décadas Colombia dejó de ser un país productor de droga para convertirse en uno consumidor. Por consiguiente, durante sus dos administraciones, Uribe dedicó esfuerzos importantes para prohibir la dosis mínima de consumo personal; después de numerosas iniciativas fallidas, finalmente logró hacerlo mediante la aprobación de la reforma el artículo 49 de la Constitución Política casi al término de su segunda administración, en diciembre de 2009.

El presente libro indaga la efectividad de esta solución para acabar con los males enunciados anteriormente. ¿Es la prohibición del consumo la vía para atacar el enriquecimiento ilícito, la corrupción generalizada y la expansión del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia? En los pasados cuatro años, un baluarte en el desarrollo de la política anti-drogas del gobierno colombiano, como la Dirección Nacional de Estupefacientes –DNE–, fue intervenida y luego liquidada por el gobierno nacional debido a la corrupción rampante en su interior. La premisa de la política de lucha contra las drogas, de la cual fue pieza fundamental la DNE, era que al incautar los haberes económicos de las organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico, estas se verían privadas de sus fuentes financieras y limitadas para continuar con sus actividades criminales. Sin embargo, como sucedieron las cosas, la DNE terminó penetrada por testaferrros de narcotraficantes y otros agentes corruptos para sacar provecho económico de los bienes incautados en procesos de extinción de dominio. Un caso que invita a reflexionar sobre las oportunidades criminogénicas que habilitan ciertas políticas prohibicionistas, tal como sucedió a raíz de la prohibición del comercio de alcohol en Estados Unidos de América durante un lapso de trece años en las primeras décadas del siglo XX.

Por su parte, recientes encuestas nacionales de consumo de sustancias psicoactivas (2013) indican que de la población entre 12 y 65 años, cerca del 8 % manifiesta haber consumido alguna vez en su vida marihuana; 2,5 %, cocaína; 1%, bazuco, y un poco menos del 1 % expresó haberlo hecho con éxtasis. Los informes comparativos sobre consumo de drogas entre la población universitaria arrojan que aproximadamente 29 % de los encuestados en Colombia admite haber consumido durante su vida al menos alguna droga ilícita, en contraste

con los universitarios encuestados en Ecuador, Perú y Bolivia, donde el promedio es del orden de 13 %.

Resultados de estudios como estos fueron incorporados en la motivación del proyecto de reforma del artículo 49 de la Constitución presentado al Congreso de la República por la administración Uribe en 2008, para argumentar la necesidad de prohibir el consumo de sustancias psicoactivas, sin penalizarlo por tratarse de un asunto de salud pública. Según el gobierno, si bien se prohíbe el consumo, no hay que considerar al consumidor o adicto como delincuente sino como un enfermo que requiere de tratamiento y rehabilitación médica. Así, quedó también establecido en la ley 1566 de 2012, mediante la cual se instituyen mecanismos para garantizar el tratamiento y la rehabilitación.

No obstante, los esfuerzos del gobierno de presentar los resultados de consumo de droga arrojados por encuestas de auto-reporte como una anomalía atribuible al amparo de la dosis mínima para el consumo personal ofrecido por la sentencia de la Corte Constitucional de 1994, las tendencias mundiales de consumo de drogas no son nada diferentes a las reportadas en Colombia. De acuerdo con los informes de la Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–, el consumo masivo de “drogas ilegales” (entre ellas, la marihuana, la cocaína, la heroína y sus derivados) es un rasgo prominente y una tendencia mundial. Entre las drogas que les siguen se encuentran las sustancias sintéticas o de laboratorio, que representan una amenaza sobre la cual no hay una dimensión apropiada de lo que pueden llegar a representar.

En Colombia, hoy conocemos algunas sustancias sintéticas, entre las cuales la más consumida es el *éxtasis*, una sustancia psicoactiva estimulante y empatógena, es decir que produce una sensación subjetiva de apertura emocional e identificación afectiva con el otro. La información que llega de diferentes regiones del país indica además que están apareciendo nuevos consumos de sustancias sintéticas y que estos se extienden rápidamente. Por ejemplo, el *ladies*, un líquido incoloro de aroma dulce conocido como cloruro de metileno o diclorometano, usado como solvente industrial y para la limpieza de las unidades procesadoras de los computadores, y cuyo uso por escolares rápidamente se expande en la actualidad debido a su efecto toxicológico que deprime el sistema nervioso central y causa efectos análogos a la embriaguez.

La producción de sustancias sintéticas tiene una especial sensibilidad a las características del consumo y a la demanda del mercado, lo cual representa una “ventaja” sobre las sustancias que provienen típicamente de laboratorios o “cocinas” ubicadas en ámbitos rurales, como la marihuana, la cocaína, la heroína y sus derivados, para solo mencionar algunos. Así, por ejemplo, para producir una tonelada de una sustancia sintética como *éxtasis*, se requiere invertir una cantidad mucho menor de recursos humanos y financieros que para producir un kilo de clorhidrato de cocaína. Mientras que para la producción de drogas sintéticas no es necesario tener tierras, ni que haya sol o agua, ni “raspachines” (como se denominan coloquialmente las personas que recogen las hojas de los arbustos de la coca), ni toda la cadena logística para obtener los precursores químicos para el procesamiento de la cocaína. Para producir una tonelada de *éxtasis* solo se necesita tecnología farmacéutica y algunos insumos.

### **¿Qué quiere decir todo esto?**

Por una parte, significa que el costo de las sustancias sintéticas continuará reduciéndose progresivamente frente a la marihuana, la cocaína, la heroína y sus derivados. Así está sucediendo ahora, a medida que el país sustituye su condición de productor y exportador de cocaína, marihuana y heroína, para convertirse en importador de tecnologías e insumos farmacéuticos, al igual que de drogas sintéticas diseñadas para “penetrar el mercado”, con el fin de desplazar otros consumos más costosos y menos “gratificantes” y atraer la demanda hacia la nueva sustancia sintética.

Por otra parte, esta posibilidad significa que estrategias comerciales como la anterior pueden traer efectos toxicológicos devastadores en el mediano y largo plazo para los consumidores expuestos a sustancias sintéticas. Es ilustrativa la historia de la epidemia en el oeste de Estados Unidos de América producida por las metanfetaminas, un estimulante muy poderoso que a la vez es altamente adictivo, pues cuando hay alta disponibilidad de su ingrediente activo, efedrina, la potencia media de sus efectos toxicológicos suele surtir consecuencias ruinosas sobre la salud de los consumidores, lo cual a su vez crea “oleadas” de presión sobre los recursos de tratamiento de desintoxicación y recuperación para adictos en esa región de EUA.

En síntesis, las epidemias causadas por sustancias sintéticas son cada vez más difíciles de prevenir porque hoy día se puede producir éxtasis o cualquier otra droga sintética a partir de infinidad de moléculas diferentes, muchas de las cuales

se encuentran en medicamentos de venta libre al público. Es el caso, por ejemplo, de algunos antigripales que contienen en su formulación moléculas que sirven como precursores para la producción de sustancias sintéticas psicoactivas, entre ellas, las referidas metanfetaminas.

El otro aspecto que debe destacarse en materia de control de drogas en Colombia es la debilidad del sistema nacional de salud actual para tratar problemas derivados del consumo abusivo y la adicción a las drogas. Como sugieren los estudios de consumo de drogas en el mundo, al igual que en nuestro país, este es un problema aún confinado a un segmento relativamente pequeño de la población, pero que con el tiempo tiende a extenderse a sectores cada vez más amplios. Por consiguiente, se trata de un problema de salud al que en el pasado se le prestó poca importancia, pero que en el futuro puede convertirse en un asunto de gran incidencia sobre la calidad de vida y el estado de la salud de los colombianos.

En este prólogo traemos a colación el mosaico de elementos acerca de las fases de producción, comercio y consumo de drogas con el ánimo de ilustrar la complejidad del reto que representa el control de la drogas en el mundo de hoy, y especialmente en un país con niveles extremadamente altos de criminalidad y corrupción como Colombia.

El panorama se hace aún más complejo cuando se enmarca en el sistema internacional de fiscalización de drogas regulado a través de convenciones internacionales de corte prohibicionista que restringen las opciones que puede explorar el país por medio de su ordenamiento jurídico, con el cual el lector tendrá oportunidad de familiarizarse a medida que se adentre en el texto.

El mensaje principal es sencillo: frente a una problemática extremadamente compleja como la que se documenta en detalle a lo largo de los capítulos de este libro, no hay una “bala de plata” que represente una solución para erradicar por completo y para siempre el “problema de las drogas”. Y si esto es así, será mejor disponer de más –y no menos– flexibilidad y maniobrabilidad para anticipar y controlar situaciones y tendencias que pueden traer consigo el germen de problemas que tienden a extenderse y agrandarse hasta hacerse incontrolables. Esta es quizás la reflexión más importante que deja el texto, del cual los responsables de la política pública en la materia obtendrán fruto si le prestan la atención debida.



## INTRODUCCIÓN

### “El problema de las drogas” en Colombia y el mundo

En marzo de 2016 se cumplirán cincuenta y cinco años de la apertura para la suscripción y ratificación internacional de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. ¿Su propósito?, asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales preparados con base en drogas y sustancias psicotrópicas y, a la vez, controlar la distribución ilícita de estos productos.

Su carácter de “convención única” se debe al propósito de sustituir nueve tratados que hasta entonces estaban vigentes en materia de control del cultivo y comercio masivo de plantas útiles y de sus productos derivados, entre ellas, la amapola (*Papaver somniferum*), la coca (*Erythroxylum coca*) y el cáñamo índico o marihuana (*Cannabis sativa*), que se relacionan brevemente a continuación:

1. Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya el 23 de enero de 1912.
2. Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado, firmado en Ginebra el 11 de febrero de 1925
3. Convención Internacional del Opio, firmada en Ginebra el 19 de febrero de 1925.
4. Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931.

5. Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente, firmado en Bangkok el 27 de noviembre de 1931.
6. Convención para la Supresión del Tráfico Ilícito de Drogas Peligrosas de Ginebra, del 26 de junio de 1936.
7. Protocolo firmado en Lake Success (Nueva York) el 11 de diciembre de 1946, que modifica los Acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936.
8. Protocolo firmado en París el 19 de noviembre de 1948, que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes.
9. Protocolo para limitar y regular el cultivo de la Adormidera, la producción, el comercio internacional al por mayor y el uso del Opio firmado el 23 de junio de 1953 en Nueva York.

En palabras de Fournier (2002), como es sabido, el cultivo y comercio masivo de estas plantas y sus derivados se remonta al siglo XVII, cuando fueron apropiadas como fuente de rentas fiscales por las administraciones coloniales implantadas por las potencias europeas en diferentes rincones del mundo. Así ocurrió con la amapola, de la cual se extraen los derivados opiáceos; la misma fue extensamente cultivada en India e Indonesia bajo las administraciones coloniales de Inglaterra y Francia. Por su parte, el arbusto de la coca, del cual proviene la cocaína, es un cultivo ancestral en los países andinos de América del Sur desde tiempos precolombinos, y su hoja fue frecuentemente utilizada en muchos lugares durante la Colonia como medio de pago de mano de obra. Y en relación con el cáñamo índico o marihuana, cuyos derivados son la marihuana y el hachís, es una planta de consumo y comercio tradicional en Marruecos y Túnez que fue regulada y explotada fiscalmente por las autoridades coloniales francesas.

La Convención Única de 1961 estableció un sistema universal de fiscalización del cultivo, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio y posesión de sustancias psicoactivas asociadas principalmente con estas plantas útiles y decenas de sus derivados o preparados, como los concentrados de paja de

adormidera, opio, morfina, heroína, codeína, cocaína, ecgonina, y resinas, extractos y tinturas de cannabis, entre otros.

Con la diversificación e incremento en el consumo de drogas sintéticas que se registró durante las décadas de los 60 y 70 , entre ellas, los estimulantes del sistema nervioso central (metanfetaminas), alucinógenos (éxtasis) las triptaminas semi-sintéticas (mezcalina y LSD), los opiáceos sintéticos (metadona), y sedantes (metacualona); en 1971 se abrió a suscripción la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas para someter a control otro centenar de sustancias sintéticas con medidas destinadas a prevenir el desvío de productos lícitos hacia mercados y usos ilícitos.

Casi dos décadas después, en 1988, se suscribió en Viena la Convención sobre Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas, con el propósito de integrar otras medidas para combatir el tráfico de drogas, entre ellas, el control del lavado de dinero y la desviación de precursores químicos utilizados en la fabricación de drogas ilícitas. La Convención de Viena también contempló acuerdos de cooperación legal mutua entre los países e incrementó el nivel de exigencia de las obligaciones contraídas por los Estados en la aplicación de sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción, posesión y tráfico de drogas (Jelsma y Metaal, 2004: 24).

Como resultado de estas tres convenciones internacionales, hay establecido hoy un mecanismo internacional de alcance prácticamente universal<sup>1</sup> que armoniza enfoques en torno al control de estupefacientes y se traduce en legislaciones nacionales casi idénticas a lo largo y ancho del mundo en relación con:

- Los regímenes de control aplicables a las sustancias y drogas fiscalizadas y precursores químicos utilizados en su fabricación
- La obligación de los Estados firmantes de fijar y mantener infraestructuras institucionales a cargo de la clasificación y aplicación de controles establecidos para el comercio y uso lícito de sustancias y precursores fiscalizados; prevenir, tratar y rehabilitar la drogodependencia; penalizar y sancionar como delitos graves el tráfico de estupefacientes y conductas punibles asociadas ( lavado de dinero y tráfico de precursores); criminalizar la posesión, compra o cultivo de drogas para consumo personal para el cual, como alternativa o adicionalmente a la judicialización y sanción, puede ofrecerse la rehabilitación; y brindar cooperación internacional a otros países en los casos judiciales más graves, incluyendo en ciertos casos la extradición (Leroy, 2003: 7-14).

Como se verá en el desarrollo de este libro, ante los resultados ambiguos obtenidos después de décadas de aplicación radical del enfoque prohibicionista consignado en las referidas convenciones; desde hace unos años diversos países han optado por experimentar con diversas políticas domésticas en busca de enfoques más consistentes con el fin de alcanzar los resultados buscados. Así, han emergido propuestas como *la reducción de daño* a través de programas de distribución de jeringas estériles entre usuarios drogodependientes para prevenir el contagio de enfermedades como VIH y Hepatitis C, la despenalización del uso de marihuana y la despenalización de los cultivadores de especies incluidas en las listas de régimen controlado; establecidas por la Convención Única de 1961 y el Protocolo de 1972, para así permitir la vinculación de estos productores a programas de sustitución y desarrollo alternativo (Transnational Institute, 2002: 16).

En este marco, el siguiente capítulo analiza la estructura y funcionamiento actual del sistema de control internacional de fiscalización de drogas que actualmente está vigente en el marco de la Organización de las Naciones Unidas. Con base en este telón de fondo, se caracteriza el estado actual de tensión y parálisis imperante en las instancias funcionales que tienen a su cargo la gestión y control de la política que orienta el sistema internacional de fiscalización de drogas.

Como se verá, Colombia ha sido uno de los países que con mayor prontitud incorporó en su ordenamiento jurídico las disposiciones de corte “prohibicionista” de las convenciones internacionales que regulan el control de las drogas. Pero a la vez, con la vocería del expresidente César Gaviria en el seno de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia y del propio presidente Juan Manuel Santos (2010–2018), Colombia ha asumido en años recientes un rol visible en el impulso de propuestas de reforma del régimen internacional de control de las drogas actualmente vigente.

Décadas de esfuerzos, miles de muertos y miles de millones de dólares gastados sin alcanzar las metas propuestas por los organismos internacionales en relación con la producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas; representan una carga cada vez más abultada para quienes insisten en sostener intacto el régimen internacional.

La reciente “descriminalización” de la producción, comercio y consumo de marihuana para fines recreacionales en los estados de California, Colorado y Washington en EUA, al igual que en la República de Uruguay, han creado

situaciones de hecho que señalan la inevitable necesidad de flexibilizar el marco de política internacional de control de drogas para permitir el ensayo de enfoques alternativos.

El tercer capítulo rastrea la trayectoria de los intentos de penalizar la dosis de uso personal en Colombia hasta la aprobación de la reforma del artículo 49 de la Constitución Política por medio del acto legislativo n.º 002 de 2009, que prohíbe el porte de la dosis de consumo personal de drogas ilícitas.<sup>11</sup> Concluye con una discusión sobre elementos relevantes para considerar las alternativas más apropiadas para la regulación del consumo de drogas en el país dentro del marco del sistema internacional de fiscalización de drogas.

Luego, el capítulo cuarto explora en detalle diversas corrientes y lineamientos de políticas internacionales en relación con el control de drogas y particularmente con la reducción del consumo y la oferta de servicios de rehabilitación para consumidores que presentan desórdenes en su salud física y mental debido al consumo problemático. Examina a la luz de la experiencia internacional de reducción del consumo, las perspectivas de la aplicación de las disposiciones que buscan garantizar atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y sus alcances frente a la situación de consumo problemático de drogas y vulnerabilidad ante la adicción asociada con el mismo. Discute los trastornos relacionados con sustancias a la luz de hallazgos recientes tanto de la neurociencia como de las ciencias sociales acerca de los mismos. Desde esta perspectiva, analiza las tendencias más recientes para su manejo y tratamiento y ofrece algunas pautas para que la reglamentación legal de la nueva disposición constitucional colombiana efectivamente proteja frente a los abusos frecuentemente asociados con medidas y tratamientos de rehabilitación.

En su capítulo final, el libro concluye con algunas reflexiones en relación con los aspectos más complejos del control de las fases de producción y tráfico de drogas, –como consecuencia de los operativos que realiza la policía incautando droga y allanando “ollas” o expendios de droga con el fin de disminuir la cantidad de droga disponible en las calles de la ciudad, el resultado no es el esperado de que desaparezca la oferta de droga; sino que los expendedores “rinden” la droga que venden con sustancias que pueden ser muy dañinas para la salud como sucede con el denominado “basuco” cuando se mezcla con cemento blanco, polvo de ladrillo, anfetaminas y lidocaína–, al igual que con las dificultades técnicas

para establecer un procedimiento administrativo de tratamiento y rehabilitación de personas con patrones de consumo problemático.

El presente libro es resultado de investigación de la Universidad Católica de Colombia, Facultad de Derecho, Grupo de Investigación de Derecho Penal “Conflicto y Criminalidad”, Línea de investigación fundamentos y transformaciones del poder punitivo.

# EL SISTEMA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE DROGAS

## Antecedentes

La arquitectura institucional con la cual se gobierna hoy la fiscalización internacional de drogas en marco del Sistema de las Naciones Unidas, se desarrolló formalmente a partir de la creación de la ONU al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Muchos órganos fueron calcados de mecanismos de control del tráfico de drogas peligrosas establecidos en el contexto de la Liga de las Naciones, en el período entre las dos Guerras Mundiales.

Es el caso, por ejemplo, del Comité Asesor sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Peligrosas, creado en 1920, precursor de la Comisión de Estupefacientes que actualmente funciona en el marco del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. El Comité de Salud de la Liga, entre cuyas funciones estaba la de recomendar las plantas y derivados que deberían ser objeto de fiscalización internacional, es por su parte el antecesor inmediato de la Organización Mundial de la Salud.

Mecanismos de control de reportes por país sobre inventarios, consumo y producción de materia prima y preparados elaborados con base en adormidera o amapola, coca y marihuana, que datan de la Convención Internacional del Opio de Ginebra en 1925, inspiraron desarrollos semejantes contemplados en la Convención Única de 1961.

La Junta Central Permanente del Opio, encargada de monitorear un sistema de certificación de importación para controlar el comercio internacional de drogas como medida para limitar la cantidad que cada país estaba autorizado para importar legalmente, es predecesora directa de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes que hoy se encarga de monitorear la aplicación de las Convenciones y de administrar el sistema de control de estimativos y estadísticas que anualmente someten a su consideración los países signatarios<sup>III</sup>.

### **El Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes**

Desde la promulgación de la Carta de la Naciones Unidas, la Asamblea General es el órgano político principal de la ONU y de esta dependen varios consejos responsables de diferentes temáticas, entre ellas: seguridad, derechos humanos y asuntos económicos y sociales. El Consejo Económico y Social es responsable de las tareas relacionadas con dichos temas y dispone de cerca de una decena de comisiones funcionales para atender aspectos específicos de la política económica y social. Una de estas es la de Estupefacientes, creada desde 1946 con la finalidad de actuar como la instancia principal de las Naciones Unidas para la formulación de política en temas relacionados con drogas.

La Comisión de Estupefacientes está conformada por 53 representantes de Estados miembro suscriptores de la Convención Única de 1961, elegidos por el Consejo Económico y Social<sup>IV</sup>. A su cargo estuvo la coordinación de la redacción y aprobación de las tres convenciones que regulan el sistema internacional de control de drogas y monitorea permanentemente su desarrollo. Brinda soporte técnico a los Estados miembro para el análisis de la situación global en materia de drogas, y está facultada, además, para conocer asuntos relacionados con el cumplimiento de los fines de estas convenciones, controla las listas de clasificación de sustancias sujetas a fiscalización internacional con base en recomendaciones de un Comité Experto de la Organización Mundial de la Salud, y tiene el mandato de proponer enmiendas, nuevos tratados o declaraciones en relación con el control internacional de drogas, por iniciativa propia o de cualquier Estado miembro.

También funciona como instancia directiva que conoce y discute los reportes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito –ONUDD– así como de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

•El sistema internacional de fiscalización de drogas•

–JIFE–. Finalmente, es la encargada de hacer seguimiento de las directrices fijadas por la XX sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de drogas, realizada en Nueva York en 1998, cuestión sobre la cual se ampliará más adelante. Como regla general, el procedimiento de la Comisión se basa estrictamente en decisiones de consenso.<sup>V</sup>

### **La Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes -JIFE-**

La Convención Única de 1961 creó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes -JIFE- como órgano independiente cuasi-judicial con funciones de control internacional del cumplimiento de las convenciones sobre drogas. Este órgano se integró por primera vez en 1968 y se encuentra conformado por 13 miembros elegidos por el Consejo Económico y Social. Tres de ellos son elegidos de una lista nominada por la Organización Mundial de la Salud y los diez restantes de una lista nominada por los gobiernos de los Estados miembro. La JIFE fiscaliza la oferta legal de drogas controladas requeridas para uso científico y médico en los países suscriptores de la Convención Única por medio de un sistema de licenciamiento diseñado para evitar que la producción de fuentes lícitas se “filtre” hacia el tráfico ilícito. Así, por ejemplo, la Junta administra y verifica las previsiones de requerimientos de morfina y heroína sometidos anualmente ante la misma por las autoridades competentes de cada país con destino a usos médicos y científicos, para licenciar internacionalmente cupos lícitos del cultivo de amapola y producción de estos derivados.

Anualmente, la JIFE publica un reporte sobre las nuevas tendencias y desarrollos en el control de drogas ilícitas, así como advertencias directas a los gobiernos de aquellos países que la Junta considera no están cumpliendo a cabalidad las disposiciones de la Convención, a los cuales tiene la facultad de convocar a la “celebración de consultas o a solicitarle explicaciones”.

La JIFE tiene la competencia de revocar las licencias de áreas lícitas de cultivo de amapola y establecer embargos internacionales al comercio de drogas controladas para sancionar aquellos gobiernos que se muestren negligentes en adoptar correctivos para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Convención Única. La Junta generalmente no recurre a medidas más allá de las advertencias en sus informes anuales, las cuales no suelen ser desestimadas por

los Estados miembro ya que representan señalamientos públicos de los gobiernos infractores ante la comunidad internacional. En el caso de los países de más bajos ingresos, estos señalamientos pueden traer, además, consecuencias prácticas tales como la reducción de cooperación internacional y acuerdos preferenciales de comercio por parte de aquellos países que tienen regímenes de sanción asociados al incumplimiento de las disposiciones de fiscalización internacional de drogas, como es el caso de Estados Unidos de América, EUA.

### **La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito -ONUDD-**

En la arquitectura institucional del Sistema de las Naciones Unidas, la Comisión de Estupefacientes al igual que la JIFE cuentan con una misma agencia encargada de albergar y cumplir con funciones de secretaría técnica para ellas. A partir de 1991 la agencia a cargo de esta función fue el Programa de las Naciones Unidas de Fiscalización Internacional de Drogas –PNUFID– además de coordinar actividades internacionales de control de drogas, entre ellas, programas de reducción de la demanda, desarrollo alternativo y fortalecimiento policial y judicial para disminución de la oferta y la interdicción del tráfico ilícito de drogas. PNUFID también cumplió un papel importante en la facilitación y asistencia técnica al proceso de armonización de la legislación sobre fiscalización de estupefacientes, regulación de precursores químicos y de lavado de activos que tuvo lugar a escala global, luego de la Convención de 1988, al igual que en el suministro de entrenamiento para jueces, fiscales y demás agencias con funciones policiales y judiciales.

Para efectuar estos cometidos, PNUFID disponía de una sede central en Viena, una red de veintiuna oficinas regionales en todo el mundo y un presupuesto anual del orden de cien millones de dólares, de los cuales apenas el 10% era del presupuesto ordinario de Naciones Unidas. El resto de sus recursos dependían de aportes voluntarios administrados a través de un “Fondo de Donantes Principales”, entre los cuales figuraban de manera prominente países como Italia, Estados Unidos, Suecia, Reino Unido, la Unión Europea, Japón, Alemania, Noruega, Francia, Australia, Dinamarca, Países Bajos, Canadá, Suiza, España, Austria, Finlandia y Bélgica. Estos fondos eran destinados a proyectos específicamente definidos por los donantes.

•El sistema internacional de fiscalización de drogas•

La gran dependencia de los recursos de donación del PNUFID implicó que la orientación política de la agencia, que formalmente corresponde a la Comisión de Estupefacientes, en la práctica respondiera a las agendas de los principales donantes. La inconveniencia de esta situación se hizo visible en 1999 cuando el PNUFID emprendió misiones altamente cuestionables como entrar en negociaciones con el régimen Talibán en Afganistán con el fin de abolir la producción de amapola en ese país y el desarrollo de experimentos secretos con micoherbicidas (hongos tóxicos) para erradicar plantaciones de cultivos ilícitos en Colombia y Uzbekistán.<sup>VI</sup> Al ser investigado el PNUFID por parte de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna de las Naciones Unidas, se encontraron irregularidades y vacíos en relación con procesos organizacionales de toma de decisiones, coordinación de políticas y programas, y la evaluación de sus resultados. Tampoco se hallaron mecanismos para formular lecciones a partir de los resultados obtenidos que retroalimenten los procesos de formulación y desarrollo de los programas.

La crisis estalló a mediados de 2001 y precipitó un proceso de fusión organizacional entre el PNUFID y el Centro para la Prevención del Crimen Internacional, –CPCI–<sup>VII</sup>, reforma que venía gestándose desde 1998 a raíz de una creciente preocupación a escala internacional por los vínculos existentes entre drogas ilícitas, organizaciones dedicadas a crímenes transnacionales y terrorismo, que se volvió particularmente visible luego del atentado contra las Torres Gemelas en Nueva York ocurrido el 11 de septiembre de 2001. Ambas dependencias quedaron subordinadas bajo la Oficina de las Naciones Unidas Contra el Delito y las Drogas –ONUDD–, a partir de 2002, aunque la disolución de las mismas se prolongó debido a que originalmente cada una tenía distintas dependencias funcionales y presupuestales. Mientras el PNUFID dependía de la Comisión de Estupefacientes, el CPCI lo era de la de Prevención del Crimen y Justicia Penal<sup>VIII</sup>, ambas comisiones del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. En 2004-2005 el proceso avanzó con la preparación del primer presupuesto consolidado que integraba los programas de lucha contra las drogas, el crimen internacional y el terrorismo, para su ejecución a través de la ONUDD como unidad estructural (Jelsma & Metaal, 2004).

El mandato de la ONUDD es apoyar a los países en el diseño, implementación y promoción de políticas sobre el problema mundial de las drogas y del delito transnacional organizado, a través de la puesta en marcha de proyectos

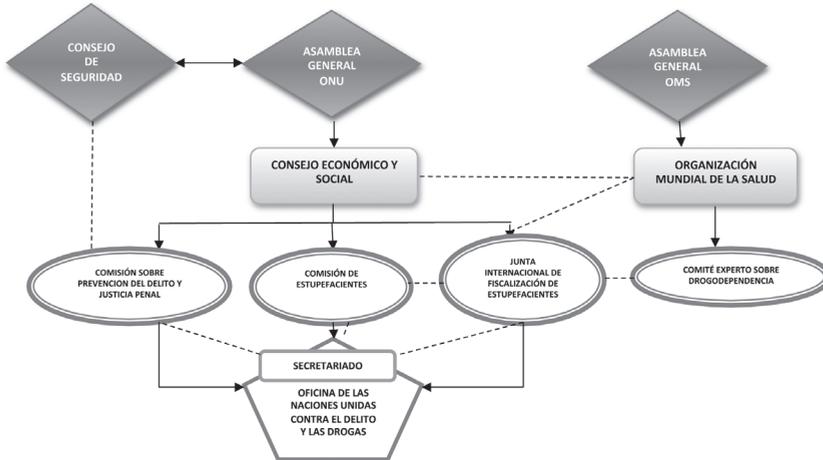
y programas de asistencia técnica, legal y financiera en el marco de las tres convenciones de Naciones Unidas sobre estupefacientes, la Convención sobre Delincuencia Organizada Transnacional, y la Convención contra la Corrupción. Incluye programas de sustitución de cultivos ilícitos a través de proyectos de desarrollo alternativo, reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas, lavado de dinero, crimen organizado, trata de seres humanos, terrorismo, corrupción y fortalecimiento de la justicia, en lo relacionado con la actualización y desarrollo del régimen legislativo y la tipificación de estos delitos.

La estructura aprobada de ONUDD contempla cuatro divisiones, a saber: Operaciones, Asuntos relacionados con tratados, Análisis de política y asuntos públicos, y Administrativa. La división de *Asuntos relacionados con tratados*, en colaboración estrecha con la JIFE, ofrece asesoría legal en la implantación combinada de las convenciones de drogas, crimen y corrupción e incluye una rama de prevención del terrorismo.

De acuerdo con un informe reciente de ONUDD (UNODC, 2009), el presupuesto consolidado para el bienio 2008-2009 asciende a \$333 millones de dólares, de los cuales \$38,3 millones de dólares (11,5 %) provienen del presupuesto ordinario de las Naciones Unidas. De las contribuciones voluntarias presupuestadas, 61 % está destinado al programa de drogas y 28 %, al de crimen. Se prevé que alrededor de 9 % de estas contribuciones se destinará a propósitos generales asociados con los programas de drogas y crimen, y el resto tendrá destinación específica para programas fijados por los donantes. En concepto de la Junta de Auditoría y de la Oficina de Supervisión Interna de las Naciones Unidas, resulta preocupante el crecimiento de las contribuciones con destino específico que ha recibido ONUDD en el pasado reciente, que pasó de US\$64 millones en 2003 a más de US\$245 millones en 2008, mientras decrecen las contribuciones destinadas a propósitos generales (un promedio anual de US\$21 millones entre 1992 y 1998, que en 2008 se reduce a US\$15 millones en 2008 y para 2009 se proyecta en US\$13 millones). La misma ONUDD reconoce que este modelo de financiación de sus programas representa una limitante, ya que la abrumadora proporción

•El sistema internacional de fiscalización de drogas•

de las contribuciones con destino específico frente a los recursos disponibles para propósitos generales socava el cumplimiento cabal de su mandato.



Fuente: [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/BPSalazar\\_Dosis\\_personal\\_sistema\\_fiscalizacion\\_mayo2009.html](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/BPSalazar_Dosis_personal_sistema_fiscalizacion_mayo2009.html)

**Gráfica 1.** El Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas de las Naciones Unidas.

### Tensión y parálisis del sistema

La breve descripción anterior de los componentes e interacciones del Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas de las Naciones Unidas permite intuir la presencia de tensiones en su interior las cuales se originan a partir de distintas apreciaciones de los Estados miembro sobre los resultados del funcionamiento del sistema durante las dos décadas pasadas, al igual que en actitudes dispares de los mismos para continuar dando cumplimiento inflexible e indefinido de las disposiciones de las convenciones que lo regulan. Las tensiones comenzaron a aflorar pocos años después de la entrada en vigor de la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes de 1988, especialmente entre los países del Sur que se vieron convertidos en escenarios de represión contra cultivadores ilícitos, de guerra contra los carteles de la droga y de corrupción asociada al narcotráfico. En la visión de los países del Sur, hay en las convenciones desequilibrio entre las estrictas obligaciones impuestas a los Estados en relación con la represión de la producción y tráfico de drogas, y los compromisos generales respecto al control

del consumo en los mercados finales; así como de la fabricación, comercialización y el tráfico ilícitos de drogas sintéticas y precursores químicos, además del lavado de dinero en los países del Norte.

En 1993, México fue el promotor original de la iniciativa de convocar una cumbre mundial sobre el problema global de drogas, similar a los que se sostuvieron durante la primera mitad de la década de los 90 en relación con la preservación del medio ambiente (Río de Janeiro, 1992), el desarrollo social (Copenhague, 1995) y la equidad de género (Beijing, 1995). La propuesta mexicana era abrir un escenario de reflexión franca en torno a la eficiencia y viabilidad de las estrategias antidrogas implantadas hasta entonces, con miras a mejorarlas y adecuarlas al mundo del siglo XXI. Después de muchas deliberaciones y conflictos, en 1996 la idea original se redujo a convocar una Sesión Especial de la Asamblea de las Naciones Unidas para considerar la lucha contra la producción, venta, demanda, tráfico y distribución ilícita de estupefacientes y actividades relacionadas; así como para proponer nuevas estrategias, métodos, actividades prácticas y medidas específicas para fortalecer la cooperación internacional en respuesta al problema del abuso de drogas y el tráfico ilícito.

Se programó entonces esta Sesión Especial para el año 1998, a 10 años de vigencia de la Convención de 1988. En los términos de la convocatoria quedó expresa la intención de abordar la temática definida sobre la base del principio de la “responsabilidad compartida” y el pleno respeto por los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional, y en particular, el respeto por la soberanía e integridad territorial de los Estados.

En los eventos preparatorios de la Sesión Especial, los países del Sur insistieron en la búsqueda de alternativas al mecanismo unilateral de “certificación” establecido por EUA para calificar los esfuerzos realizados por otros países para erradicar cultivos ilícitos, hacer interdicción del tráfico ilegal de drogas y desverbrar organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico internacional. Al respecto, se señaló que la función de monitorear y juzgar el desempeño de los países es competencia de la JIFA y respaldaron como alternativa la opción de explorar un procedimiento de certificación multilateral a través de organismos como la Comisión Interamericana de Control del Abuso de las Drogas –CICAD–, de la Organización de Estados Americanos –OEA–.

Adicionalmente, demandaron mayor participación económica de los países consumidores para apoyar el desarrollo alternativo en aquellas zonas afectadas por la erradicación de cultivos ilícitos. En relación con este último tema, también se sostuvieron discusiones en torno a los criterios para definir métodos “seguros” de erradicación de cultivos ilícitos. A pesar de afirmaciones a favor del uso de herbicidas químicos y micoherbicidas, supuestamente inofensivos para la salud humana y especies vegetales distintas a los cultivos ilícitos, se argumentó en contra de la conveniencia de su aplicación por medio de aspersiones aéreas, las cuales inevitablemente causan daños colaterales en zonas aledañas y contaminan fuentes y cuerpos de agua como los estanques piscícolas.

También, hubo discrepancias en torno a la valoración de los resultados de la erradicación forzada: a pesar de las extensas áreas asperjadas con herbicidas, el área de cultivo total continuaba creciendo en los países que aplicaban estas medidas con la consecuente expansión de los daños ocasionados por el establecimiento permanente de nuevas áreas de cultivo ilícito en zonas de reserva forestal, reproduciendo así un círculo vicioso de contaminación y degradación ambiental creciente a través de nuevos cultivos. Al respecto, se cuestionó la relevancia de las medidas de control de la oferta y a la vez se señaló con insistencia la necesidad de un mayor compromiso de los países consumidores con el control, no solo de la demanda, sino también con actividades asociadas con el “lavado de activos”, el control de precursores químicos además del tráfico de drogas sintéticas.

Finalmente, de acuerdo con Fazio (1997), se discutió por iniciativa de México la propuesta de adelantar una “evaluación independiente” de la eficiencia de las convenciones existentes, a través de un grupo de 12 expertos encargados de realizar dicho estudio y preparar un documento propuesta sobre el cual fuese posible plantear estrategias para el nuevo siglo. Tal propuesta enfrentó oposición de países como EUA y el Reino Unido por cuanto objetaron el término “independiente” así como el procedimiento a través del cual serían seleccionados los integrantes del grupo. Esta iniciativa en particular se hundió antes de la Sesión Especial a raíz del escándalo generado por la detención en diciembre de 1996 del general de división, Jesús Gutiérrez Rebollo, comisionado del Instituto Nacional para el Combate a las Drogas –INCD– de México, acusado de proteger al principal narcotraficante mexicano Amado Carrillo Fuentes, apodado *El Señor de los cielos* y jefe del Cártel de

Juárez. El asunto propició que EUA objetara la idoneidad de México para continuar presidiendo los eventos preparatorios de la Sesión Especial.

### **La Sesión Especial de la Asamblea General de 1998**

De acuerdo con la Declaración política aprobada por resolución de la Asamblea General de la Sesión Especial de las Naciones Unidas (1998), a la cual la literatura refiere utilizando el acrónimo inglés “UNGASS”, la misma se reunió en junio de 1998 en Nueva York y aprobó una declaración política que reafirma la determinación y empeño de los Estados miembro para resolver el problema mundial de las drogas mediante estrategias nacionales e internacionales que reduzcan tanto la oferta como la demanda ilícitas de drogas, reconociendo que la acción contra este problema mundial es una responsabilidad común y compartida. Explícitamente, reconoce que la reducción de la demanda es un pilar indispensable del enfoque global para luchar contra el problema mundial de la droga, y afirma la necesidad de proporcionar los recursos apropiados para el tratamiento y la rehabilitación, así como para facilitar la reinserción social a fin de devolver la dignidad y la esperanza a los niños, jóvenes, mujeres y hombres que padecen de toxicomanía. En su texto, se estableció para el año 2003 el objetivo de desarrollar e implantar nuevos o mejores programas y estrategias de reducción de la demanda de drogas, formulados en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias, bienestar social y encargadas de hacer cumplir la ley, y fijó el año 2008 para lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda.

En sus diferentes apartes, la declaración reitera la prioridad internacional de erradicar los cultivos ilícitos para la producción de drogas, además, insiste en la necesidad de medidas de represión para combatir el cultivo, la producción, la fabricación y el tráfico ilícitos y fija el compromiso de formular estrategias con miras a eliminar o reducir considerablemente el cultivo ilícito del arbusto de coca, la planta de cannabis y la adormidera para el año 2008. Complementariamente, destaca la importancia especial que reviste la cooperación internacional para el desarrollo alternativo, cuyo objetivo debe ser el logro de una mayor integración de los sectores más vulnerables, que participan en el mercado de drogas ilícitas, en actividades económicas legales y viables.

•El sistema internacional de fiscalización de drogas•

La declaración exhorta a los Estados que no han adherido a las tres convenciones sobre fiscalización internacional de drogas a hacerlo y a cumplirlas plenamente para así contribuir a poner en vigor las disposiciones de estos instrumentos, y expresamente prevé la realización de exámenes periódicos para cerciorar que dichas estrategias sean eficaces. Fija el compromiso de los Estados de prestar especial atención a las medidas para la fiscalización de precursores y drogas sintéticas, y como objetivo para el año 2008 el propósito de eliminar o reducir considerablemente la fabricación, comercialización y tráfico de drogas sintéticas así como la desviación ilícita de precursores.

La referida declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas, también respalda la labor de la Comisión de Estupefacientes y la JIFE, los órganos de fiscalización de drogas establecidos por la Convención Única de 1961, y designa a la Comisión de Estupefacientes como “foro mundial de cooperación internacional contra el problema de la droga”, descartando tácitamente la posibilidad otra alternativa para discutir internacionalmente la estrategia de lucha contra las drogas. Finalmente, la declaración expresa la decisión de fortalecer la cooperación tanto para responder a la amenaza representada por los vínculos de la producción y el tráfico de drogas con grupos la delincuencia transnacional y grupos terroristas, como para frenar el tráfico ilícito de armas. Para tal fin, acoge la cooperación multilateral, regional, subregional y bilateral entre autoridades judiciales y las encargadas de velar por el cumplimiento de la ley para hacer frente a la delincuencia organizada que comete delitos relacionados con las drogas y realiza otras actividades delictivas conexas.

### **2008: el balance 10 años después**

Con base en el Consejo Económico y Social (2009), el proyecto de “Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas” presentado en marzo de 2009, por la Comisión de Estupefacientes al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, reconoce que los compromisos contraídos por los Estados miembro en 1998 se alcanzaron apenas “parcialmente”<sup>IX</sup>.

De acuerdo con la edición 2008 del Informe Mundial de Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2008), el área

mundial cultivada de amapola y coca en 2007 era inferior a la existente en 1997, pero el área cultivada de marihuana en 2006 era casi 160 % del nivel estimado en 1999. En todos los casos, los estimativos señalan que la producción de estas sustancias creció en relación con su nivel de 1997: casi el doble en el caso de la producción ilícita de opio y 15 % más el caso de la cocaína. En cuanto a precios, el gramo menudeado bajó en promedio en 25 % en el caso de la cocaína y, 40 % en el caso de los derivados opiáceos. La producción anual de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), por su parte, se ha mantenido por el orden 450 a 500 toneladas métricas desde 2000. El reporte estima que la prevalencia de usuarios de drogas entre la población mundial de 15 y 64 años permaneció estable entre 1997 y 2007, alrededor de 5 % del total, aun cuando en términos absolutos se incrementó de 180 millones a 208 millones de usuarios pertenecientes a ese grupo de edad.

El balance realizado por la Comisión de Estupefacientes ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2009), reconoce además una serie de consecuencias no buscadas que han emergido como resultado del cumplimiento de las disposiciones de las convenciones de fiscalización de drogas. Entre otras, menciona la creación y consolidación de mercados ilícitos a escala global, que han traído consigo un notable incremento en el uso de la violencia como medio de regulación interna en el desarrollo de su actividad, alimentada por un negocio en el cual los precios de la mercancía se multiplica por 100 entre el lugar de producción y el de expendio final. La parquedad de esta observación en los documentos oficiales de las Naciones Unidas no corresponde a la gravedad de esta consecuencia para los países que han soportado la violencia exacerbada de la “guerra contra las drogas”, entre ellos, Colombia y México.

Otra consecuencia no intencional es el impacto que la expansión de los mercados ilícitos y la consolidación de organizaciones criminales vinculadas a los mismos ha ocasionado sobre las prioridades de inversión de los presupuestos públicos. La lucha contra organizaciones criminales que controlan estos mercados ha obligado a destinar una creciente proporción de los limitados presupuestos públicos para dar “respuestas commensuradas” en el propósito de hacer cumplir la ley, generalmente con detrimento de los recursos destinados a la salud pública, precisamente el bien jurídico que se busca proteger por medio del sistema internacional de fiscalización de drogas.

Pero quizás la consecuencia no prevista por el régimen internacional de fiscalización de drogas de impacto más extendido tiene que ver con las masivas violaciones de derechos humanos por parte de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Los informes oficiales no abundan en detalles, pero conviene señalar algunos casos documentados por ONG defensoras de los derechos humanos<sup>X</sup>, como la violenta “guerra contra las drogas” emprendida en 2003 por el gobierno de Tailandia que dejó en su fase inicial de tres meses cerca de 2.275 ejecuciones sumarias extrajudiciales.

Hechos similares se han registrado en Brasil, donde niños reclutados por las bandas de narcotraficantes son blanco del fuego policial en las favelas: durante los primeros seis meses de 2007, las estadísticas policiales registraban 449 muertes de civiles y 60 de unidades policiales en este tipo de confrontaciones. A pesar de que la pena de muerte es una violación del Derecho Internacional Humanitario, cerca de treinta países en el mundo sancionan infracciones relacionadas con drogas con la pena capital. En Malasia, entre julio de 2004 y julio de 2005, 36 condenados por narcotráfico fueron ejecutados, mientras en Vietnam cerca de 100 reos son fusilados anualmente por esta causa. En 2002, China conmemoró el Día Internacional contra el Abuso de las Drogas y el Tráfico Ilícito de las Naciones Unidas (26 de junio) para realizar ejecuciones públicas en varias ciudades del país. En la más visible de las mismas, 24 reos fueron fusilados en la ciudad de Chongqing, en el suroccidente del país. Amnistía Internacional registró 55 ejecuciones relacionadas con drogas ilegales en un período de dos semanas que culminó el 26 de junio de 2005.

Las violaciones no solo afectan a quienes se involucran en el tráfico ilícito de drogas. Los consumidores también son objeto de abusos. En China, quienes son detenidos por posesión y uso de drogas ilícitas pueden ser reclusos en centros de desintoxicación forzosa sin que medie proceso judicial alguno. Allí, los detenidos son obligados a realizar trabajos forzados no pagos y sometidos a procesos militarizados de “educación psicológica y moral”. Numerosas investigaciones han documentado maltratos extremos bajo la designación de “tratamientos de rehabilitación”, entre ellos, la administración de choques eléctricos mientras se observan imágenes de uso de drogas. En Tailandia, durante la “guerra contra las drogas” de 2003, el gobierno impuso a los consumidores de drogas la asistencia obligatoria a tratamiento de rehabilitación. Quienes no lo hicieran voluntariamente podrían

ser detenidos y sometidos a tratamiento obligatorio. De acuerdo con analistas, muchos se presentaron al tratamiento durante la guerra –algunos consumidores, otros no– porque, aterrorizados, creían que era la única forma de evitar el arresto y posiblemente su ejecución extrajudicial.

Más universalmente, los consumidores de drogas son blancos fáciles de maltrato y detención por parte de la policía, particularmente cuando se fijan “cuotas” de detención tales como las que han sido documentadas por Human Rights Watch en sus informes sobre Rusia, Kazajistán y Ucrania. Más aún, la presión para alcanzar metas de operatividad y lograr condenas judiciales, con frecuencia incentiva a la policía a utilizar la tortura y otras tácticas abusivas para extraer confesiones de delincuentes sindicados, manipulando la adicción a drogas como medio para coaccionar testimonios de consumidores de drogas. Se han reportado casos en los que la policía de Ucrania explota los síntomas de abstinencia para obtener información y extorsionar dinero de consumidores de droga. El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas ha expresado su consternación sobre numerosas condenas por uso de drogas basadas exclusivamente en confesiones en ese país en particular.

De otra parte, en varios países la legislación sanciona la posesión de jeringas y prácticas de control policial específicamente dirigidas hacia consumidores de drogas; lo cual incrementa el riesgo de contraer VIH. El temor a la detención aleja a estos consumidores de los servicios de prevención del VIH y otros servicios de salud y fomenta prácticas riesgosas entre ellos. Numerosos estudios realizados en Tailandia durante la “guerra contra las drogas” documentan una reducción significativa en la cantidad de personas que voluntariamente buscaban tratamiento de rehabilitación, así como una proporción significativa de personas que con anterioridad asistían a este tipo de tratamientos y que dejaron de hacerlo.

La represión de los cultivos ilícitos, por su parte, también ocasiona efectos altamente discriminatorios contra la población más vulnerable. Investigaciones realizadas por ONUDD entre 2002 y 2003 en Myanmar (antigua Birmania) encontraron que la erradicación de cultivos ilícitos condujo en las áreas afectadas a una deserción escolar del 50 % y que dos de cada tres farmacias y practicantes médicos abandonaron la región. Los investigadores concluyeron que la súbita eliminación de la fuente principal de ingreso en efectivo de los campesinos causó “daño económico y social a la región”.

•El sistema internacional de fiscalización de drogas•

En Colombia, un informe del Comité de Derechos de la Infancia, presentado en 2006, señala su preocupación por los daños ocasionados por la aspersión aérea de glifosato en las campañas de erradicación de cultivos de coca sobre los cultivos de “pancoger” de las familias, que afectan la seguridad alimentaria de los hogares más vulnerables y, en particular, el desarrollo y la salud de la infancia.

La discriminación no solo es practicada por autoridades de policía. En algunas jurisdicciones las personas que buscan voluntariamente o son obligadas a someterse a tratamiento de rehabilitación por drogodependencia son individualizadas en registros públicos que constituyen verdaderas barreras de acceso a servicios de salud y tratamiento de rehabilitación, por cuanto, en la práctica eliminan toda confidencialidad y propician prácticas discriminatorias contra estas personas. En Suecia, las mujeres con problemas severos por el abuso de drogas o alcohol, con frecuencia no tienen acceso a refugios cuando son víctimas de violencia intrafamiliar. En el Reino Unido, a los consumidores de droga activos que se inyectan se les niega el acceso a tratamiento para el virus de hepatitis C, a pesar de directrices oficiales en sentido contrario. Algo similar sucede con el acceso a tratamientos antirretrovirales para consumidores de drogas, una población altamente vulnerable al VIH en los países de Europa Oriental al igual que en China, Malasia, Tailandia, Rusia y Ucrania.

El balance sobre las violaciones de derechos humanos en el marco del sistema internacional de fiscalización de drogas es que el impacto de las medidas represivas recae de manera desproporcionada sobre grupos vulnerables y comunidades marginadas. Contrario a la creencia generalizada, la mayor parte de las víctimas de las violaciones referidas hasta aquí no son cabezas de carteles ni grandes narcotraficantes. El “peso de la ley” cae sobre una vasta mayoría de pobres, pertenecientes a minorías étnicas, entre ellos, campesinos, expendedores al menudeo y personas que usan drogas<sup>XI</sup>.

La estigmatización y criminalización de estos grupos poblacionales vulnerables y marginados por parte del sistema internacional de fiscalización de drogas, genera dos consecuencias negativas. La primera, oscurece la exclusión social como uno de los factores asociados con el uso de drogas y el involucramiento con delitos relacionados con drogas, en todas las sociedades<sup>XII</sup>. La segunda, la política de encarcelamiento masivo de expendedores al menudeo y consumidores de drogas, de acuerdo con la Latin American Commission on

Drugs and Democracy (2009), ha traído consigo en muchos países un factor importante de congestión de los sistemas penales, hacinamiento carcelario y penitenciario así como corrupción policial<sup>XIII</sup>.

Finalmente, una cuarta consecuencia no buscada referida en el informe de la Comisión de Estupefacientes ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, tiene que ver con el denominado “desplazamiento del consumo de sustancias ilegales”. Las estrictas medidas de control dirigidas a reducir la oferta o la demanda de drogas ilícitas en ocasiones conducen a que los distribuidores y consumidores busquen drogas alternas que produzcan efectos psicoactivos similares pero cuyo control sea menos riguroso. Así, por ejemplo, la cocaína resulta más fácil de controlar que los estimulantes tipo anfetaminas –ETA– debido a que hay una distancia considerable entre las fuentes de materia prima de la cocaína (en los países Andinos) y los mercados de consumidores finales (EUA y Europa). En contraste, las ETA se producen en cualquier cocina de residencia del consumidor, con la ventaja adicional de que pueden adquirirse “en línea” a través de farmacias en internet. Dados estos factores, resulta evidente que en el pasado reciente se haya incrementado la popularidad de las drogas sintéticas en muchas partes del mundo.

### Las líneas de fractura

Ante un balance franco y abierto como el anterior, sobre el cual el consenso es generalizado, de acuerdo con la UNODC (2009), sería de esperar que también hubiese acuerdo internacional en relación con los ajustes que deben realizarse al sistema internacional de fiscalización de drogas con el fin de corregir sus deficiencias y lograr el propósito universal de mitigar las consecuencias negativas que traen las drogas tanto para consumidores como para la sociedad en su conjunto, particularmente en lo que tiene que ver con la violación de los derechos humanos, la violencia y las organizaciones criminales involucradas relacionadas con el tráfico internacional de estupefacientes.

Sin embargo, esto no ocurre así debido a numerosas “líneas de fractura” dentro del debate sobre la política de fiscalización de drogas que se desarrolla desde hace lustros en las Naciones Unidas. La más profunda tiene que ver con la manera de valorar el consumo de drogas ilícitas. Se estima que alrededor del 5 % de la población mundial de entre 15 y 60 años son consumidores de droga, y que solo una fracción de ellos tiene problemas de toxicomanía, alrededor del 10 % de los consumidores (UNODC, 2009).

Para quienes la meta es “un mundo libre de drogas”, su consumo representa un peligro intolerable que atenta contra los valores y el cumplimiento de la ley, la productividad y el presupuesto público; por cuanto genera demandas sobre el sistema de seguridad social, el policial y el penitenciario, por lo cual el consumo debe ser eliminado por completo y nunca ser aceptado como una “forma de vida”. De otra parte, los más pragmáticos consideran que la toxicomanía es un problema que hay que aprender a manejar sin necesidad de estigmatizar el consumo moderado, y confían en que su regulación legal, tanto por mecanismos públicos como privados, ofrece alternativas eficaces de prevenir y controlar sus consecuencias sociales indeseables e impide la transferencia de esta actividad que mueve enorme recursos económicos de la esfera legal a la ilegal, al igual que la proliferación de la delincuencia organizada y la corrupción generalizada.

La “tolerancia cero” frente al consumo estigmatiza y juzga inaceptablemente toda iniciativa de flexibilizar el régimen internacional vigente. Las consideraciones en tal sentido son calificadas como conniventes con el incumplimiento de la ley, además de ser señaladas como amenazas contra la libertad, el desarrollo, la salud y el bienestar de los jóvenes; contra la independencia de los Estados, la democracia, la estabilidad de las naciones, la estructura de las sociedades, la dignidad y la esperanza de las personas y las familias. De allí que, frente a los resultados “parciales” obtenidos por el sistema internacional de fiscalización de drogas durante el decenio 1998–2008 haya hondos desacuerdos entre los gobiernos de los países miembro acerca de los ajustes que deben realizarse para los factores problemáticos identificados.

Para la línea que defiende el *statu quo*, las deficiencias en los resultados obtenidos hasta ahora son consecuencia de la aplicación inadecuada de los acuerdos existentes para la fiscalización de la droga. Su lógica señala que las drogas son escasas como resultado de la fiscalización, y esta circunstancia eleva sus precios a un nivel que no guarda proporción con los costos de producción. Como efecto del respeto por la ley y el alto precio, innumerables adictos potenciales se mantienen alejados de las drogas (sic). Colateralmente, ello propicia que organizaciones criminales vinculadas al tráfico de estupefacientes se apropien de cuantiosas ganancias que reinvierten para aumentar su capacidad de ejercer la violencia y corromper servidores públicos con el fin de avanzar sus intereses en la pugna

por los mercados de drogas en las calles, socavando el pacto que existe entre la sociedad y sus dirigentes electos y

proporcionando pruebas a una ruidosa minoría de defensores de las drogas a afirmar que es peor el remedio que la enfermedad y que la legalización de las drogas es la solución... El levantamiento de los controles sobre el uso de las drogas sería una cínica abdicación de la responsabilidad que tiene el Estado de proteger la salud de sus ciudadanos y equivaldría a aceptar que una parte de cada generación ha de perderse por la adicción a las drogas (UNODC, 2009: i y 3).

Por su parte, quienes reclaman la necesidad de explorar estrategias alternativas para reformar el régimen vigente, reconocen la importancia de continuar apoyando y fortaleciendo los esfuerzos representados por las innumerables vidas sacrificadas y recursos económicos destinados para combatir a los carteles y organizaciones criminales que operan el tráfico internacional de estupefacientes. Sin embargo, consideran que el reto principal del presente consiste en reducir el daño causado por las drogas a las personas, la sociedad y las instituciones públicas; para lo cual señalan que resulta esencial diferenciar las sustancias actualmente clasificadas como ilícitas, de conformidad con las evidencias científicas acerca del daño que estas infligen a la salud de las personas y el tejido social.

De acuerdo con este criterio, una política represiva más eficiente centrada en la lucha y desmantelamiento de organizaciones criminales dedicadas al tráfico internacional de estupefacientes se vería favorecida con la despenalización de la marihuana o cannabis, una droga de consumo extendido que presenta riesgos a la salud de las personas y al tejido social; menores que los asociados al alcohol y el cigarrillo, dentro del marco de amplias campañas públicas de disuasión del uso de drogas en general, principalmente entre la población joven (Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2009).<sup>xiv</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, y en relación con aquellas drogas cuyo consumo resulta lesivo para las personas y la sociedad en general, se promueve el establecimiento de leyes, instituciones y regulaciones que lleven a los toxicómanos a abandonar su estatus de compradores en mercados ilegales –uno de los principales escenarios de uso indiscriminado de violencia y corrupción de las autoridades–, y se conviertan en pacientes del sistema de seguridad social, reduciendo así los daños a su salud y las violaciones de sus derechos humanos.

Naturalmente, la despenalización de la marihuana se ha convertido en un punto neurálgico en los debates sobre la política internacional de fiscalización de drogas, pues representa un tema que aleja los países “productores” del Sur, como los de la región Andina, el sureste asiático y Asia central; de los países “consumidores” del Norte, entre ellos, Canadá, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. Las discrepancias se entrecruzan con la discusión sobre cuál debe ser el frente principal de represión en la lucha mundial contra las drogas: el Sur argumenta que la represión tiene que dirigirse a restringir la demanda, el lavado de dinero y la desviación de precursores en los mercados del Norte; mientras que el Norte sostiene que la demanda se puede afectar más eficazmente por medio de la represión de la producción de materias primas así como en la interdicción de cargamentos en las rutas hacia los mercados finales.

En la práctica,

esta divergencia ha llevado a los países de África, Asia y Latinoamérica a alinearse en el ámbito de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas con el bando de la ‘tolerancia cero’ que lidera EUA, presentando fuertes críticas ante posturas indulgentes en cuanto a la reducción del daño o de despenalizar el cannabis en los países europeos y Canadá. Arguyen que la obligación impuesta por las Convenciones internacionales a los países productores de desplegar agencias encargadas de hacer cumplir la ley para reprimir a comunidades campesinas y destruir sus medios de vida, al igual que la carga que representa para los sistemas judiciales la investigación y judicialización de las redes tráfico de estupefacientes, deben ser compensadas no solo con recursos de cooperación para el desarrollo alternativo sino también con la aplicación del mismo tipo de represión para controlar los bancos y la industria química y el encarcelamiento de sus consumidores (Jelsma & Metaal, 2004).

### **¿Guerra contra las drogas o reducción del daño?**

El modelo de la política de “guerra contra las drogas” plantea el dilema de establecer si los daños asociados con sus estrategias represivas (prisión y encarcelamiento indiferenciado de consumidores a la violencia y corrupción que dispensan las organizaciones criminales que tienen en sus manos la regulación de estos mercados ilegales) contribuyen a reducir el daño causado por las drogas o si, por el contrario, se suman para agravarlos. Una política equilibrada implica hallar un balance entre la protección de la salud pública frente a los daños representados

por la toxicomanía y, por otra parte, el control de los perjuicios sociales relacionados con medidas represivas extremas. El objetivo debe ser el establecimiento de un sistema que efectivamente contribuya a proteger integralmente el bienestar de la persona y la sociedad a través de controles apropiados sobre sustancias potencialmente dañinas, y simultáneamente fijar límites claros para garantizar los derechos humanos de quienes se encuentran en roles que deben ser controlados, como es el caso de consumidores, cultivadores y quienes dependen para su subsistencia del expendio de estas drogas.

Resulta inaceptable continuar predicando que la política vigente está dando los resultados satisfactorios y que por lo tanto debe continuar sin modificación, sencillamente porque es coherente con posturas ideológicas proclives a “satani-zar” las iniciativas que se aparten del “prohibicionismo ciego”. Dadas las diferencias socioculturales entre sociedades y países, no hay razón para homogeneizar prohibiciones por medio de convenciones internacionales como la actualmente vigente que impone la abolición de prácticas culturales ancestrales como mascar la hoja de coca entre muchos pueblos indígenas de la región Andina. Deben ser eliminados los vestigios de la injusticia colonial como lo es esta prohibición.

De lo anterior se desprenden consideraciones sobre la necesidad de diferenciar las sustancias controladas con base en el daño que estas ocasionan a la salud, y no como sucede actualmente, por los prejuicios coloniales propios de la geopolítica del siglo XX.

El consumo de la marihuana tiene un impacto negativo sobre la salud, inclusive la mental. Sin embargo, la evidencia empírica disponible indica que los daños causados por esta droga son similares a los producidos por el alcohol o el tabaco. El daño ocasionado a la salud por la marihuana no es el mismo que el causado por la heroína. Tampoco es comparable aquel producido por la hoja de coca, frente al asociado con sus derivados concentrados como el clorhidrato de coca, y estas diferencias deberían reflejarse en las medidas establecidas para su fiscalización. Por consiguiente, no debería restringirse la posibilidad de experimentar con la regulación legal del mercado de la marihuana con base en la Convención Marco sobre el Control del Tabaco de la organización Mundial de la Salud –OMS–, dentro del marco de campañas innovadoras de información y prevención que puedan ser comprendidas y aceptadas, en particular por la juventud, que es el mayor contingente de usuarios.

•El sistema internacional de fiscalización de drogas.

Gran parte de las campañas de prevención que hoy se desarrollan en el mundo dejan mucho que desear en cuanto a su efectividad para cumplir con el propósito de alertar a la población en general y a los consumidores en particular sobre los costos de violencia y corrupción asociados al tráfico de drogas, también respecto a cómo las drogas afectan negativamente la autonomía de las personas, y sobre la responsabilidad que cabe a cada uno frente a estos problemas.

Testimonios vivenciales por parte de quienes han padecido en la práctica estos riesgos puede tener mayor poder de convencimiento que la amenaza de represión o la exhortación virtuosa a no consumir. Los cambios en la sociedad y la cultura que llevaron a reducciones impresionantes en el consumo de tabaco demuestran la eficiencia de campañas de información y prevención basadas en lenguaje claro y argumentos consistentes con la experiencia de las personas a que se destinan.

La validez de las estrategias de reducción de daño, que han sido avaladas por agencias del Sistema de Naciones Unidas como la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra VIH/SIDA –ONUSIDA– y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–, como medio para contener la epidemia de VIH/SIDA frente a la cual la comunidad de toxicómanos resultan especialmente vulnerables; es otro elemento básico para una política equilibrada de fiscalización de las drogas. Los programas de intercambio de jeringas y las salas de consumo no tienen como fin fomentar el hábito entre personas drogodependientes, como lo suelen sugerir sus opositores. Son medios para garantizar el respeto y protección de los derechos sociales, económicos y culturales así como la salud de las poblaciones afectadas por los mercados ilícitos de drogas, entre ellas, cultivadores, expendedores de subsistencia y consumidores.

La sanción penal de cultivadores no tiene sentido dentro una lógica económica, ni tampoco desde el punto de vista social: el costo de las hojas de coca necesarias para producir un kilo de cocaína es del orden de US\$300, mientras el valor al por mayor del kilo de cocaína en la las calles de un mercado final es del orden de US\$150.000, que cortado a 2/3 de pureza se vende a \$100 el gramo. ¿Hay manera de encarecer el precio final de la cocaína en mercados finales atacando y criminalizando a los cultivadores en los países de origen, cuando su materia prima apenas alcanza a representar el 0,002 % del precio final? (Reuter, 2001: 15-23).

Suponiendo que mediante medidas de control de la oferta, como la aspersión aérea, el encarcelamiento o el desplazamiento forzado de los hogares que derivan

su ingreso principal del cultivo ilícito, se logre incrementar a US\$600 el precio de las hojas necesarias para producir un kilo de cocaína ¿el logro de este efecto económico justifica los daños sociales, económicos y ambientales causados a poblaciones vulnerables en regiones marginales? El tratamiento que requieren las familias de cultivadores no es el criminal, sino la atención por medio programas de desarrollo social y de fuentes de trabajo alternativo, de educación democrática y de búsqueda de soluciones seriamente financiadas en un contexto participativo y que contemplen las realidades locales en términos de productos viables y con acceso a los mercados en condiciones competitivas.

La situación de los expendedores de subsistencia y los consumidores a quienes se les aplican sanciones penales es similar: estas contribuyen poco o nada en reducir el problema de la distribución y consumo de drogas; pero acarrean un enorme costo social y económico para ellos y sus hogares, por la vía de la extorsión y la violencia que se les dispensa por parte de las autoridades encargadas de la fiscalización. Por ello, resulta prioritario fijar reglas claras y coherentes de proporcionalidad en los tratamientos previstos para evitar daños innecesarios y promover la protección de sus derechos humanos, así como la valoración sistemática del impacto causado por los programas de fiscalización de drogas que los afectan. Un elemento clave para avanzar en esta dirección es diseñar mecanismos de inclusión que faciliten el aporte de estas poblaciones en la formulación de políticas de fiscalización de drogas en el futuro.

Las consideraciones anteriores ponen en evidencia la necesidad de superar el *statu quo* impuesto por las convenciones de drogas vigentes, que durante los últimos 20 años han resultado inmodificables. Los mecanismos previstos para la reforma de la Convención Única no son favorables al cambio. Establecen que cualquier enmienda de este tratado internacional requiere la notificación de las partes proponentes al secretario General de la ONU, con base en un proyecto de enmienda acompañado de su correspondiente motivación. El secretario General deberá poner en conocimiento de la enmienda propuesta y las razones para esta a las partes y al Consejo Económico y Social. Este último tiene la facultad de elegir entre llamar a una conferencia para considerar la enmienda, o preguntar a las partes si aceptan la enmienda. Si ninguna de las partes rechaza el proyecto de enmienda en los 18 meses siguientes a su puesta en circulación por el Consejo, la enmienda entra en vigor. Si una o más partes rechazan la enmienda y presentan sus comentarios dentro de

los 18 meses, el Consejo considera si organiza o no una conferencia para sopesar la enmienda. El Consejo también está facultado por la Carta de las Naciones Unidas a negarse a tomar una decisión sobre la propuesta de enmienda.

Tal procedimiento hace altamente improbable que prosperen iniciativas que pueda adelantar algún país en solitario frente a la presión de los gobiernos defensores del *statu quo*, con EUA a la cabeza. Las posibilidades de modificar el sistema actual dependen de la promoción e integración de coaliciones y alianzas políticas amplias en el seno del Sistema de las Naciones Unidas, en torno a una plataforma común para flexibilizar el régimen vigente con base en un núcleo de ideas afines. Entre los puntos para una agenda preliminar de discusión para avanzar en esa dirección, cabe incluir los siguientes:

- Implementar alternativas para convertir al ONUDD en un verdadero foro acerca de la efectividad del sistema internacional de fiscalización de drogas vigente, que fomente el debate abierto y racional sobre la droga, al igual que sobre los resultados obtenidos mediante el abanico de políticas de flexibilización puestas en práctica por diversos países en busca de mejores soluciones. Una de las principales limitaciones para ello radica en la enorme dependencia de la ONUDD de donaciones de países, en detrimento de su capacidad de formular estrategias de política independiente frente a las agendas internacionales de los donantes.
- Definir pautas y criterios generales para la realización de evaluaciones independientes del actual sistema mundial de control de drogas y poner en la mesa recomendaciones para una política de drogas más eficaz, más justa y más humana. Tanto la ONUDD como la JIFE deberían acoger los resultados de dichas evaluaciones como insumos para ajustar un marco de interpretación más flexible y pragmática de las convenciones y contribuir al establecimiento de una política de fiscalización internacional de drogas más eficaz y humana.
- Establecer agenda explícita y visible dentro de la ONUDD una para la protección de los derechos humanos en el contexto global del régimen de fiscalización de drogas, así como para el establecimiento de un sistema de valoración del impacto sobre los derechos humanos de los programas adelantados por la agencia.
- Equilibrar la programación de los recursos de la ONUDD destinados para la lucha contra la droga frente a aquellos asignados para combatir organizaciones

criminales y terroristas: a pesar de que estas últimas están creciendo a un ritmo mucho más rápido que el de los mercados de drogas, el presupuesto destinado para combatirlos es apenas una fracción del que se ejecuta en la lucha contra las drogas.

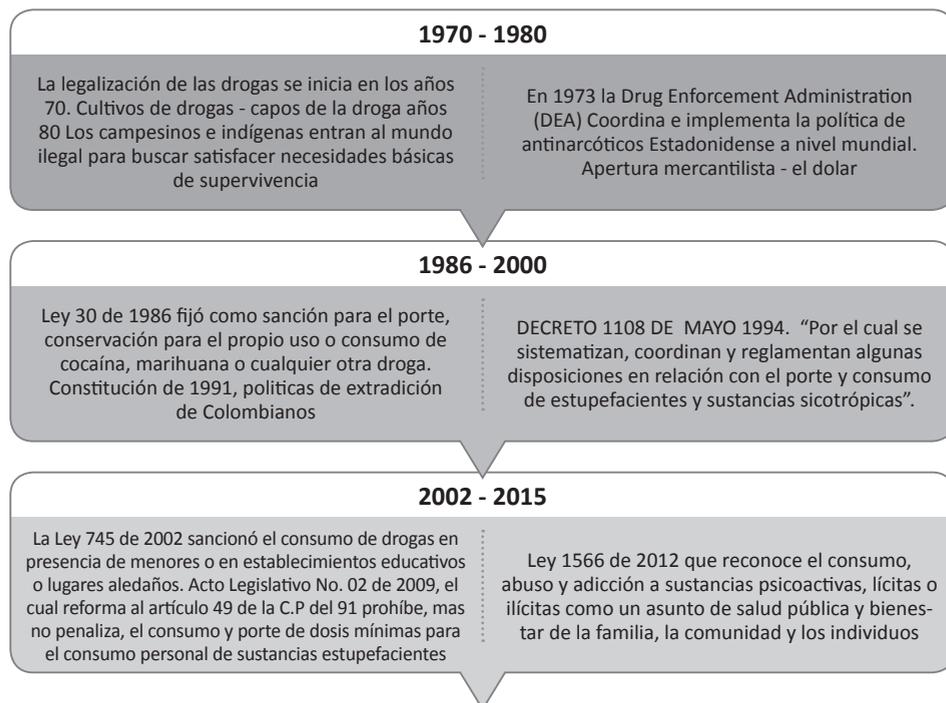
La discusión de una agenda como esta promete una base de acuerdos amplios para cimentar el sistema internacional de fiscalización de drogas sobre una política equilibrada entre la protección de la salud pública frente a los daños representados por la toxicomanía y el control de los perjuicios sociales asociadas a las medidas represivas extremas que hoy afectan de manera desproporcionada a los grupos humanos en situación de mayor vulnerabilidad en todas las sociedades.

La declaración reciente de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia traza un derrotero para que América Latina cobre la oportunidad de asumir el liderazgo en el foro internacional de este tema de enorme trascendencia para el desarrollo social y político de los pueblos latinoamericanos:

Simultáneamente, a nivel global, debemos avanzar en la articulación de una voz y visión de América Latina capaz de influir en el debate internacional sobre drogas ilícitas, sobre todo en el marco de las Naciones Unidas y de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Esta participación activa de América Latina en el debate global marcaría la transición de región-problema a la de región-pionera en la implementación de soluciones innovadoras para la cuestión de las drogas (Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2009: 16).

## LA REFORMA DE LA “DOSIS DE USO PERSONAL” EN COLOMBIA

**Gráfica 2.** Antecedentes normativos en materia de drogas



Fuente: Elaboración propia.

## Antecedentes

Para cuando Colombia ratificó, mediante la Ley 67 de 1993, la última de las tres convenciones referidas, todas las obligaciones contempladas dentro del sistema internacional de fiscalización de drogas habían sido previamente incorporadas a la legislación colombiana. Por medio de la Ley 30 de 1986, que establece el Estatuto Nacional de Estupefacientes, se sanciona como delito grave el cultivo, conservación y financiación de plantaciones de las que pueda producirse cocaína, morfina, heroína o cualquier otra droga que produzca dependencia; así como el transporte, almacenamiento, conservación, elaboración, oferta, venta, adquisición, financiación o suministro a cualquier droga que produzca dependencia. También sanciona el destino ilícito de bienes muebles e inmuebles para la elaboración, almacenamiento, transporte, venta o uso de estas drogas así como la posesión ilegal de elementos que sirvan para su procesamiento, entre ellos, éter etílico, acetona, amoníaco, permanganato de potasio, carbonato liviano, ácido clorhídrico, ácido sulfúrico, diluyentes, disolventes u otras sustancias que se utilicen con el mismo fin.

En cuanto al consumo, la ley originalmente previó sanción como contravención el porte o conservación para uso o consumo de dosis de uso personal de cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia estableciendo penas de arresto hasta por un año y multas de hasta un salario mínimo legal mensual. Para los usuarios o consumidores que de acuerdo con dictamen médico legal se encontraran en estado de drogadicción, se les impuso su internamiento en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. (Congreso de la República de Colombia, 1986)<sup>xv</sup>.

Poco después del fallo C-176 del 12 de abril de 1994 con el que la Corte Constitucional halló exequible la ley que ratifica la Convención de 1988, la misma Corte declaró inexecutable los artículos de la ley 30 de 1986 que establecen como contravención el porte, uso y consumo de dosis personales de drogas que produzcan dependencia, mediante sentencia C-221 del 5 de mayo de 1994, por hallarlos violatorios del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Consideró la Corte:

El legislador no puede válidamente establecer más limitaciones que aquéllas que estén en armonía con el espíritu de la Constitución. La primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella)

quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo. Si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena. El considerar a la persona como autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y la primera y más importante de todas consiste en que los asuntos que solo a la persona atañen, solo por ella deben ser decididos. Decidir por ella es arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a la condición de objeto, cosificarla, convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen. Cuando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo que ha decidido, ni más ni menos, es constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre lo más radicalmente humano, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia. Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras esta 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 (Corte Constitucional, C-221, 1994).

La decisión fue reñida y la sentencia motivó un extenso salvamento de voto por cuatro de los nueve magistrados, que votaron en contra de la referida declaratoria de inexequibilidad. Consideraron que:

De la decisión mayoritaria se desprende una paradoja y una ambigüedad muy difíciles de entender: Por un lado se autoriza el consumo de la dosis personal, pero por otro se mantiene la penalización del narcotráfico. Es decir que se permite a los individuos consumir droga, pero se prohíbe su producción, distribución y venta. Carece de toda lógica que la ley ampare al consumidor de un producto y, en cambio sancione a quien se lo suministre (Corte Constitucional, C-221, 1994).

El diferendo registrado en las deliberaciones de la Corte Constitucional colombiana en torno a la prohibición de la producción, distribución, venta y consumo de drogas no es una discrepancia coyuntural aislada o local. Refleja posiciones encontradas en un debate global que se desarrolla desde hace varios años en relación con el control del uso indebido de drogas y la drogodependencia dentro del marco del sistema de la Organización de las Naciones Unidas.

### **Evolución de la “dosis de uso personal” en Colombia**

El artículo 51 de la Ley 30 de 1986 fijó como sanción para el porte, conservación para el propio uso o consumo de cocaína, marihuana o cualquier otra droga que

produzca dependencia en cantidad considerada de uso personal, el arresto hasta por 30 días y multa de medio salario mínimo en la primera infracción; y arresto de un mes a un año y multa de medio a un salario mínimo con ocasión de una segunda infracción cuando esta hubiese tenido lugar dentro los 12 meses siguientes a la primera infracción. Para el caso de los consumidores que de acuerdo con dictamen médico legal se hallaran en estado de drogadicción, el artículo preveía su internamiento en establecimiento psiquiátrico o similar por el término necesario para su recuperación, sin la aplicación de multa o arresto. 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 del drogadicto obligada mediante caución a responder por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes. En caso de que esta faltare en su cumplimiento, se le haría efectiva la caución y se impondría el internamiento forzoso del drogadicto.

Estas disposiciones fueron declaradas inexecutable por la referida sentencia de 1994, con lo cual, de manera tácita quedó instituida en el ordenamiento jurídico colombiano la dosis mínima de uso personal de drogas que produzcan dependencia. Desde entonces, en dos ocasiones la legislación colombiana ha tipificado como contravención penal el consumo de estupefacientes o sustancias adictivas en cantidad de dosis personal, siguiendo las pautas que la misma sentencia C-221 de 1994 fijó para la regulación del consumo de drogas.

...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 (Corte Constitucional, C-221, 1994).

En desarrollo de estos preceptos, la ley 745 de 2002 sancionó el consumo de drogas en presencia de menores o en establecimientos educativos o lugares alejados, además de indicar dichas conductas como contravenciones penales y para ello estableció el procedimiento previsto para contravenciones especiales en los

• La reforma de la “dosis de uso personal” en Colombia •

artículos 21, inciso primero, 22, 23, 24 y 26 de la Ley 228 de 1995. En esa oportunidad, la disposición fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-101 de 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 rindieron inaplicables.

Nuevamente, en 2007, mediante la ley 1153 de ese año se retomó el articulado de la Ley 745 de 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 las mismas. Una vez más, mediante Sentencia C-879 del 10 de septiembre de 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 dosis personal persiste en Colombia como conducta penalizada vía contravención penal, sin que haya procedimiento aplicable para hacer efectiva esta disposición.

### **La reforma del artículo 49 de la Constitución Política**

En septiembre de 2008 el gobierno colombiano presentó el proyecto de acto legislativo n° 016 de 2008 de la Cámara, en cuya exposición de motivos indicó insatisfacción con el tratamiento hasta entonces establecido para contravenciones como el consumo de la dosis personal en presencia de menores o en establecimientos educativos. El gobierno argumentó que el fenómeno requería ser abordado de una manera más compleja e integral, justificó además la necesidad de reforma del artículo 49 de la Constitución Política para incorporar al mismo una política estatal de protección a la salud pública, facultando al legislador para establecer, con fines resocializadores y rehabilitadores, sanciones no privativas de la libertad para quienes portaran o consumieran sustancias estupefacientes o psicotrópicas para uso personal.

El proyecto, suscrito por los Ministros de Interior y Justicia y Protección Social, señalaba, entre sus motivaciones, la necesidad de entrar “en consonancia con lo prescrito por el artículo 95 de la Constitución Nacional que impone respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios, como también, obrar conforme al principio de solidaridad frente a situaciones en que la vida o la salud de las demás personas estén en peligro”, al igual que el propósito de blindar la exequibilidad de la

disposición vigente que sanciona el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, elevando esta a nivel constitucional (Córdoba & Rangel, 2008).

A pesar de que el proyecto de enmienda se presentó dentro del marco de una política de protección de la salud pública, curiosamente ninguna de las motivaciones que lo acompañaron hacía referencia a problemas propios de este ámbito. Nada se preveía en relación con la protección de los consumidores frente al riesgo de adquirir enfermedades contagiosas como el VIH y la hepatitis B, ni sobre la valoración de la efectividad de los métodos de tratamiento para su desintoxicación, ni en relación con la regulación para garantizar la protección de los derechos humanos de las personas que se someten a dichos tratamientos.<sup>xvi</sup>

Por el contrario, en la exposición de motivos del referido proyecto abundaban datos acerca de los altos porcentajes de adolescente vinculados con conductas delictivas que reportan consumir sustancias psicoactivas, de lo cual se infería que “hay una relación directa entre consumo de drogas en jóvenes que sumado a otras condiciones, resultan vinculándose a la delincuencia” (sic) (Córdoba & Rangel, 2008).<sup>xvii</sup> Tales argumentos confirmaban que la política radical de la “guerra contra las drogas” impulsada por EUA, que incluye medidas represivas como el tratamiento obligatorio para consumidores, era la fuente principal de inspiración de la enmienda.

Finalmente, el texto aprobado en diciembre de 2009 de la enmienda al artículo 49 de la Constitución Política, que trata sobre los servicios de salud y las garantías que debe brindar el Estado, adicionó lo siguiente:

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está (sic) prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

Con la aprobación de esta reforma se reinstauró en Colombia el tratamiento obligatorio para los consumidores de drogas ilícitas, tal como se preveía en los artículos de

la ley 30 de 1986 declarados inexecutable por sentencia de la Corte Constitucional en 1994, y sus alcances fueron reglamentados por medio de la ley 1566 de 2012 que reconoce el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas como un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Así mismo, establece que el abuso y la adicción serán tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado.

Con anterioridad, en 2011, el Congreso de la República había aprobado una reforma al Código Penal, a iniciativa del Ministro del Interior, Germán Vargas Lleras, que iba en contravía del espíritu de la disposición constitucional que prohíbe más no penaliza la dosis de uso personal y, en vez, le da tratamiento como asunto de salud pública. La reforma se expidió por medio de la ley 1453 conocida como Ley de Seguridad Ciudadana, y entre los artículos del Código Penal reformados de interés para referir aquí se destaca el 376 de la Ley 599 de 2000, que atañe a materias relativas al tráfico, fabricación o porte de estupefacientes. El texto reformado suprimió la expresión “salvo lo dispuesto sobre dosis para uso personal” que hasta entonces hacía parte de su redacción. De esta manera, de un plumazo el porte de dosis de uso personal nuevamente se penalizó con prisión de ciento veintiocho (128) a trescientos sesenta (360) meses y multa de mil trescientos treinta y cuatro (1.334) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En la revisión de constitucionalidad a la que se sometió La Ley de Seguridad Ciudadana, la Corte declaró exequible dicha modificación al Código Penal pero la condicionó mediante la Sentencia 491 de 2012 haciendo explícito que la penalización del porte de dosis para uso personal, en tanto se trata de un comportamiento que no trasciende la órbita individual y carece del potencial de afectar derechos ajenos o bienes jurídicos. A partir de esta decisión, la dosis personal permanece sin penalizar en el ordenamiento jurídico colombiano.

### **La “guerra contra las drogas”: ¿el camino hacia una “sociedad libre de drogas”?**

Sin desconocer los perjuicios y molestias que implica la toxicomanía para la sociedad en su conjunto, incluyendo la carga que ello pueda representar para los sistemas de salud y seguridad social, es lamentable que el modelo de referencia para manejar el consumo de drogas ilícitas en Colombia sea el de EUA, precisamente aquel en torno al cual hay consenso de que se trata de uno de los más

desequilibrados del mundo. Al respecto, con frecuencia se señala en la literatura especializada que entre las consecuencias prominentes del régimen norteamericano de lucha contra las drogas se destaca una abultada población carcelaria del orden de quinientos mil internos por ofensas relacionadas con las drogas, en su vasta mayoría perteneciente a minorías étnicas de bajos ingresos: “la probabilidad de que un hombre negro sea encarcelado en una prisión estatal por un delito relacionado con drogas es 14 veces mayor que la de un hombre blanco no hispánico” (Human Rights Watch, 2000).

Contra todo principio de justicia, en EUA persisten penas desproporcionadamente altas en relación con el ‘crack’, cuyo uso es más extendido por comunidades urbanas pobres y negras, frente a la cocaína típicamente consumida por estratos con niveles de ingresos medios a altos. Más aún, a pesar de que la población carcelaria por delitos relacionados con drogas se duplicó entre 1990 y 2005 en EUA, el precio promedio por gramo de coca en la calle en ese país se redujo de US\$200 a US\$100 durante el mismo período (Reuter, 2008).

Ante la evidente deficiencia del modelo estadounidense de lucha contra las drogas, alternativamente se suele señalar como ejemplo exitoso el “modelo sueco” basado en la visión de alcanzar una “sociedad libre de drogas”. Este surgió como reacción a un experimento que se desarrolló en Estocolmo entre 1965 y 1967, basado en principios liberales y anti-autoritarios, que consistió en el suministro, por prescripción médica, de anfetaminas y opiáceos para uso oral e intravenoso a consumidores adictos, con el propósito de reducir los daños tanto a los individuos como a la sociedad. El programa fue abandonado luego de dos años, cuando se detectó que parte de la droga prescrita era desviada hacia mercados ilegales con el consecuente incremento del número de consumidores con problemas de uso abusivo de droga.

El cambio de política condujo a la implantación de medidas altamente restrictivas tanto de la oferta como de la demanda, incluyendo la criminalización tanto del tráfico como del consumo de drogas. El control se centró sobre el uso de marihuana y anfetaminas como “drogas de entrada” en la cadena que conduce hacia el abuso de drogas, y fue acompañado por una importante ampliación de la oferta de servicios de desintoxicación y centros de tratamiento residencial. Todo este esfuerzo se fundamentó, además, sobre un consenso nacional en torno a la

política restrictiva por encima de las diferencias partidistas, con el apoyo decidido de la sociedad civil y los grupos de presión.

En ese proceso para enfrentar el problema de la droga, Suecia ha invertido anualmente, durante más de 30 años, cerca de 0,5 % de su PIB (que en 2008 ascendió US\$ 479 mil millones). El resultado principal de este esfuerzo es que entre 1971 y 2006, el número de adolescentes entre 15 y 16 años que manifiestan haber usado drogas se redujo de 15 % a 6 % (UNODC, 2007).

Los logros asociados al “modelo sueco”, no obstante, son matizados por la misma Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito –ONUDD–, al señalar que:

...aparte de la importante inversión destinada para esta política en un país cuya población apenas supera nueve millones de habitantes, también confluyen un número de factores que han contribuido al logro de los positivos resultados. Entre ellos, el hecho de que la localización geográfica de Suecia la sitúa por fuera de los principales corredores del narcotráfico internacional, y que la distribución equitativa del ingreso en el país tiende a desincentivar la vinculación de los jóvenes a actividades criminales como el tráfico de drogas (UNODC, 2007).

Aun así, de acuerdo con Stalenkrantz (2002: 146-150), algunos críticos del modelo sueco señalan consecuencias socialmente indeseables de este régimen, entre ellas, el aislamiento social y la estigmatización creada alrededor de los consumidores de drogas debido a la intensa campaña de propaganda oficial de desinformación diseñada para obtener el apoyo del público para la política de la “sociedad libre de drogas”, en la cual, con facilidad la lucha contra las drogas sutilmente se transforma en la estigmatización de los consumidores de drogas. Por consiguiente, estos últimos enfrentan una condición social cada vez más marginada, que los empuja a confiar y relacionarse solo con la comunidad de los toxicómanos, llegando a considerar como enemigos no solo a la policía, sino también a los servidores públicos vinculados a programas sociales al igual que de salud y educación. El resultado social del modelo, por lo tanto, ha sido exitoso en cuanto a la prevención del consumo, pero poco afortunado en evitar que quienes comienzan como consumidores terminen convertidos en adictos. Además, el modelo es altamente sensible a las reducciones del presupuesto público, como las que se registraron durante los años 90 a raíz de una disminución del presupuesto para el tratamiento de consumidores adictos que coincidió con desempleo creciente e incremento en

la oferta ilegal de droga: el porcentaje de adolescentes de 15 a 16 años que manifiestan haber usado drogas también subió de 3 % en 1990 a 9 % en 2001.

La prohibición legal del consumo de drogas no necesariamente resulta más eficaz que el control social y la regulación privada que se ejerce en distintos ámbitos sociales para restringir el uso en ciertos lugares y horarios. En algunas sociedades donde existe consenso generalizado en contra del consumo, como sucede en los países islámicos en relación con el alcohol, la prohibición total puede ser eficaz porque está conforme con la costumbre general, sin que su eficacia dependa de la universalización de tal régimen a nivel mundial.

De acuerdo con Thornton (1991), un caso ilustrativo sobre el valor de los mecanismos de control social y regulación privada es el documentado en relación con el impacto de la prohibición de las bebidas alcohólicas establecida en EUA entre 1920 y 1933. Desde su concepción, la medida buscaba vaciar las prisiones y refugios para pobres, reducir los impuestos, eliminar definitivamente los problemas sociales, aumentar la productividad y acabar con el ausentismo en los lugares de trabajo prohibiendo las bebidas alcohólicas legales. Ninguno de los aspectos anteriores mejoró mientras estuvo vigente la legislación prohibicionista. En contraste, la regulación privada por parte de empleadores sobre la ingesta de alcohol de empleados mejoró la productividad, redujo el ausentismo al igual que los accidentes industriales dondequiera que hubiese sido implantada antes, durante y después de la prohibición en ese país.

Los últimos 20 años muestran que los esfuerzos por reprimir el comercio de la droga por la vía de su ilegalidad no han logrado detener la reducción del costo de la misma, ni han conseguido disuadir significativamente consumos estables en todo el mundo. En cambio, está claro que dicha política ha entregado a manos de organizaciones criminales transnacionales un negocio rentable que cada vez las hace más poderosas y, por otro lado, ha aumentado la población carcelaria, la corrupción y la violación de los derechos humanos contribuyendo a crear así un factor adicional de marginamiento y exclusión social para los hogares pertenecientes a minorías étnicas de bajos ingresos.

Puede afirmarse que hay consenso global sobre la necesidad de focalizar las estrategias represivas en la lucha contra las organizaciones criminales. Son estas las que capturan la mayor parte de las rentas generadas por los mercados ilícitos de drogas y, a la vez, alimentan la violencia, la corrupción de las instituciones, el

lavado de dinero y el tráfico de armas para lo cual, con frecuencia, tienen el control de territorios y poblaciones. Son, además, las que están mejor protegidas frente a los riesgos penales asociados con la actividad. Exhiben una gran capacidad de gestión empresarial con un nivel superior de especialización, por medio de redes de contactos capaces de responder con flexibilidad a las oportunidades concretas y a las condiciones específicas de cada “negocio”. Además de tener acceso privilegiado a fuentes de apoyo financiero con disponibilidad inmediata, poseen a la vez una vibrante capacidad de respuesta para aprovechar oportunidades extraordinarias con tasas de retorno muy superiores al promedio del mercado, como sucede con los diferenciales de precios en ámbitos internacionales, demandas insatisfechas o ventajas de costos derivadas del robo de propiedad tanto física como intelectual.

Esta capacidad facilita a las organizaciones criminales transnacionales el establecimiento de relaciones con agentes de la economía legal, sin que por ello tengan que renunciar a la opción de hacer uso sistemático de la violencia, el terror y la corrupción cuando sea conveniente. Muchas de ellas, usualmente giran en torno a la actividad de individuos clave que permanentemente están involucrados en alianzas cambiantes y de corta duración. Estas personas usualmente no se perciben a sí mismas, ni son percibidas por los demás, como criminales. Sin embargo, su ocupación rutinaria se basa en integrar coaliciones en torno a oportunidades que involucren la captura de mezclas de rentas legales e ilegales, aprovechando ámbitos estructurados por reglas inestables o auto-contradictorias, propensas a la influencia discrecional a favor de “intereses especiales” (UNODC, 2002).

Por consiguiente, la lucha contra estas formas criminales probablemente requiera tanto de respuestas represivas de tipo policivo, de orden regional y global, como también de reformas legales que cierren muchos de los vacíos y ambigüedades jurídicas que facilitan los tránsitos entre la legalidad y la ilegalidad; los cuales permiten que estas organizaciones se restablezcan.

En vista de que la parte más importante de la violencia y corrupción que soportan países como Colombia en relación con los mercados ilícitos de drogas es administrada por formas criminales como las descritas, más que por cultivadores, expendedores de subsistencia o consumidores; conviene focalizar con mayor nitidez los esfuerzos orientados a modificar los incentivos que han favorecido la reproducción y fortalecimiento de dichas organizaciones criminales. Uno de los referentes obligatorios en el debate académico de las drogas en Colombia, es el profesor Rodrigo Uprimny, quien plantea la paradoja del uso del derecho penal

máximo para regular el control de las drogas, vulnerando los derechos humanos e imponiendo innecesariamente sufrimiento a las personas por una conducta que no afecta bienes jurídicos protegidos por la sociedad, y señala la necesidad de explorar alternativas. (Uprimny, 2003).

El argumento de mayor peso para flexibilizar el régimen actual de fiscalización de drogas es precisamente la posibilidad de explorar alternativas para reprimir y controlar estas organizaciones, distintas a las que se han utilizado hasta ahora en el marco del sistema internacional vigente.

El fin principal de toda guerra debe ser terminar la guerra. Infortunadamente, algunas guerras se convierten a sí mismas en un fin, y la “guerra contra las drogas” en el marco de la estrategia prohibicionista que gobierna actualmente el sistema internacional de fiscalización es un ejemplo de esta clase de guerras. El objetivo de las políticas sobre consumo y drogas debe ser reducir los daños individuales y sociales causados por la droga y no la destrucción de las vidas de quienes de alguna manera están involucrados con las mismas.

Corresponde a cada sociedad en particular explorar y construir alternativas basadas en evaluaciones de impacto rigurosas. En ese proceso, debe alentarse la participación amplia de quienes tienen en sus manos la posibilidad de incidir para prevenir y remediar este problema social, entre ellos educadores, profesionales de la salud, líderes espirituales, padres de familia, jóvenes en riesgo de incurrir en consumos problemáticos, jueces, policías, formadores de opinión y policías. Las soluciones de política más apropiadas serán aquellas que emerjan de procesos regulados democráticamente a través de los cuales se logre definir alternativas adecuadas a la historia y cultura de cada sociedad.

## LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN EL CONTROL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Como se vio anteriormente, a finales del año 2009 el Congreso de la República realizó los debates reglamentarios para aprobar una reforma constitucional que prohibió el porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas y estableció medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias.

Aparte de los perjuicios y molestias que implica la toxicomanía para la sociedad en su conjunto, incluyendo la carga que esta representa para los sistemas de salud y seguridad social, quien haya conocido de primera mano el sufrimiento y dolor de familias afectadas por uno o varios consumidores problemáticos tanto de drogas ilícitas como de alcohol, comprende y comparte por completo esta intención manifiesta que se impone el Estado mediante la nueva disposición constitucional. No cabe duda, además, que esta representa un avance en la medida en la cual 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 a través del sistema penal como ocurre hasta el presente.

Por ello, en el desarrollo legal de la norma constitucional en referencia, el Congreso colombiano expidió la Ley 1566 de 2012, la cual en su artículo primero reconoce “que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos... que el

abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado”. (Congreso de la República, Ley 1566, 2012).

De esta manera, se formaliza el compromiso del Estado colombiano de garantizar acceso a los beneficios anteriores a los consumidores problemáticos que hoy se encuentran sometidos a tratamiento penal principalmente como consecuencia de su condición como tal, muchos de ellos condenados y reclusos en cárceles y penitenciarías del país.

Según el *Informe integral de gestión institucional año 2013* de la Policía Nacional,

en el lapso comprendido entre 2009 y 2013 más de 400 mil personas fueron capturadas por fabricación o tráfico de estupefacientes, de las cuales aproximadamente la cuarta parte fueron imputadas ante el sistema judicial. En ese período, por los delitos relacionados con porte y fabricación de drogas ilícitas se pasó de capturar a 58.134 personas en 2009, a 85.008 en 2013. En total, las capturas por estupefacientes pasaron de representar el 29 % en 2009 al 33 % del total en 2013. Este orden de magnitud permite apreciar una dimensión del impacto de la reforma constitucional y su desarrollo normativo sobre el uso del tiempo y los esfuerzos de la Policía Nacional y del sistema judicial (Policía Nacional de Colombia, s.f.).

Las cifras anteriores sugieren que la magnitud de personas que se encuentran en el sistema carcelario y penitenciario por el referido delito, deben estar por el orden de decenas de miles, y no es descartable que en su mayoría, ya sea en mayor o menor, grado presenten síntomas de consumo problemático o adicción a sustancias psicoactivas, y que en consecuencia requieran de atención integral.

Con el fin de disponer de un punto de referencia para avanzar en esta discusión, conviene considerar la experiencia internacional. Como es sabido, los niveles de consumo de drogas ilícitas más altos del mundo se encuentran en EUA, donde rige una de las legislaciones más intolerantes del mundo en relación con el porte y consumo de drogas ilícitas<sup>XVIII</sup>. Los resultados de las encuestas internacionales que aportan evidencia en tal sentido no son los únicos que cuestionan la eficacia de una legislación intolerante frente al consumo de drogas. La Comisión de Política de Drogas del Reino Unido, un país cuya legislación usualmente no se clasifica como tolerante frente al consumo de drogas ilícitas, recientemente publicó un informe recomendando una revisión del enfoque de las agencias encargadas de la lucha contra las drogas, a partir de evidencia empírica y estudios de caso

en torno al impacto efectivo del control policivo sobre el consumo y los mercados de drogas ilícitas en ese país. Entre los principales hallazgos relacionados en dicho informe (UK Drug Policy Commission. 2009), cabe destacar los siguientes:

- No se debe presumir que la captura de expendedores y traficantes de droga o el decomiso de mercancía tendrá automáticamente un impacto positivo sobre la comunidad. A pesar de que la leyes antidrogas, apoyadas por un nivel riguroso de aplicación de las mismas, aparentemente han contribuido a contener en alguna medida los mercados ilícitos de drogas, más “control” generalmente no conduce a “menor” disponibilidad de drogas debido a que los mercados de droga ya establecidos son demasiado resilientes y adaptables.
- Lo anterior no quiere decir que no haya lugar para el control de consumo y de los mercados de drogas ilícitas, aún en escenarios donde dichos mercados se encuentran afianzados y no se observa ninguna reducción en la oferta como consecuencia de las intervenciones realizadas. No obstante, es necesario reconocer que no todas los mercados de droga son igualmente perjudiciales y que la gran adaptabilidad de estos mercados ofrece un potencial para “moldearlos” por medio de la aplicación de la ley para que estos adquieran formas menos “nocivas”.
- Entre las sugerencias para la aplicación de la ley con esta orientación, se encuentran recomendaciones como concentrar los esfuerzos de las agencias en la disuasión y control de conductas particularmente dañinas (en especial aquellas que involucran el uso de violencia con armas de fuego, el uso de menores de edad como “campaneros” o “mulas” y, a veces, su explotación sexual), la expulsión de los mercados ilegales de sitios especialmente sensibles como los entornos escolares y la áreas residenciales, y el aseguramiento de tratamiento terapéutico y soporte para consumidores problemáticos y expendedores.
- En resumen, el impacto positivo de la acción de las agencias encargadas de la lucha antidroga depende de que previamente se establezcan con claridad los beneficios buscados para las comunidades locales a través de la actividad de control realizada por tales agencias. En tanto se disponga de una valoración de los distintos daños causados por los mercados de droga así como una comprensión apropiada de los atributos de dichos mercados que causan distintos tipos de daño, será posible focalizar los recursos disponibles para controlar

los aspectos más dañinos de los mismos de manera consistente y así contribuir a la sostenibilidad de los impactos obtenidos mediante las intervenciones de aplicación de la ley.

Es decir, ante el fracaso reiterado en el propósito de alcanzar metas maximalistas de erradicar por completo los mercados y el consumo de droga, lo razonable y práctico es adoptar un enfoque centrado en la reducción del daño, ajustado a los recursos disponibles, al igual que al logro de impactos sostenibles para la comunidad en el control de las expresiones más nocivas del fenómeno de las drogas. El historial reciente de los montos presupuestales destinados a atender los enormes esfuerzos dedicados por el gobierno colombiano en su lucha por reducir la oferta sin haber avanzado significativamente en la erradicación de la producción y el tráfico de drogas ilícitas en Colombia, son evidencia local adicional que respalda el pragmatismo detrás de las recomendaciones formuladas en el Reino Unido.

Así mismo, vale la pena relacionar aquí la experiencia reciente de Portugal con la “descriminalización” del consumo de drogas. De acuerdo con Greenwald (2009: 4), esta medida legal se instauró en ese país en 2001, y hoy día existe un consenso generalizado acerca del éxito de sus resultados durante la década y media transcurrida desde entonces. Bajo la ley portuguesa continúa vigente la prohibición del porte y consumo de drogas, pero la compra, posesión y consumo de toda droga (incluidas la cocaína y la heroína) para uso personal –que en la legislación portuguesa se define como la cantidad promedio suficiente para el uso individual de una persona durante 10 días– es sancionada por medio de instancias y procedimientos administrativos. Las medidas impuestas contemplan desde amonestaciones y multas, hasta restricciones como la suspensión del derecho a practicar profesiones licenciadas (médicos, abogados, conductores de transporte público), la proscripción de frecuentar personas específicas o visitar lugares de alto riesgo para adictos (como clubes nocturnos), la prohibición de viajes al extranjero, la terminación de beneficios de subsidios públicos, y el requerimiento de presentaciones periódicas a la autoridad administrativa para demostrar que la adicción está bajo control. Todas estas sanciones pueden ser suspendidas por la autoridad administrativa competente, que en el caso portugués son las Comisiones para la Disuasión de la Adicción a Drogas<sup>XIX</sup>, con la condición de que el infractor se someta a tratamiento para superar su adicción.

Los resultados positivos de la descriminalización de las drogas en Portugal están a la vista. Un indicador cada vez más relevante en el mundo es el de las muertes inducidas por consumos agudos de drogas. A partir de la descriminalización en 2001, cuando este indicador marcó cerca de 80 muertes anuales atribuidas a esta causa, los decesos han descendido continuamente. También se registran reducciones visibles en el número de notificaciones de nuevos casos de VIH y de hepatitis B y C, asociados con el consumo de drogas. Además, la estrategia portuguesa ha contribuido directamente a incrementar la escala de las actividades de tratamiento y prevención en el país: el número de comunidades y centros de desintoxicación y tratamiento terapéutico ha aumentado, posibilitando un incremento de cerca de 150 % en el número de personas en tratamiento, que pasó de alrededor de seis mil en 1999 a casi quince mil en 2003.

Por su parte, el reporte de consumo de drogas ilícitas al menos una vez en la vida ha disminuido particularmente entre los grupos de edad más jóvenes, es decir los de mayor vulnerabilidad a la adicción. Entre escolares de 13 a 15 años la tasa se redujo de 14,1 % en 2001 a 10,6 % en 2006, y para aquellos entre 16 y 18 años se redujo de 27,1 % en 2001 a 21,6 % en 2006. En ambos de estos grupos de edad críticos la prevalencia de consumo de todas las drogas ilícitas se ha reducido desde la descriminalización.

Una lección de la experiencia portuguesa relevante para el caso colombiano es que sin renunciar a la persecución de las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas ilegales, la decisión política de establecer la descriminalización en ese país se hizo en el contexto de un cambio de orientación de la estrategia nacional de control de drogas hacia la reducción de consumo y abuso de las mismas. Es decir, la política expresamente se modificó para reorientar su foco hacia la prevención primaria, extendiendo y mejorando la calidad y capacidad de respuesta de las redes de atención en salud específicamente para asegurar acceso universal a tratamiento a personas con consumos problemáticos, y dotando las instancias administrativas competentes para conocer los casos de infractores por consumo de drogas con mecanismos eficaces para sustituir sanciones penales y administrativas para consumidores problemáticos por el sometimiento voluntario a tratamiento terapéutico.

## La experiencia en el control y reducción de consumo de drogas en Colombia

Las medidas y tratamientos para el abuso y la adicción que deben ser atendidos integralmente por el Estado, conforme a la normatividad vigente que desarrolla la Ley 1566 de 2012, están condicionadas en su artículo cuarto al consentimiento informado de la persona, que deberá ser notificada con anterioridad acerca de los tratamientos disponibles así como sobre los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. Además, explícitamente se establece que la persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

Tal condicionamiento reconoce y trata de prevenir situaciones de estigmatización, abuso y violaciones de derechos fundamentales frecuentemente asociadas con disposiciones legales que someten a consumidores de drogas a medidas y tratamientos coercitivos con fines rehabilitadores. A pesar de que en Colombia hay normatividad específica que regula los servicios prestados por Centros de Atención en Drogadicción –CAD– y servicios de farmacodependencia (Ministerio de Protección: Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1315 de 2006), periódicamente se conocen denuncias a través de los medios de comunicación sobre torturas físicas, castigos degradantes, abuso sexual e intimidación psicológica realizados en el marco de “terapias de choque” para el tratamiento de personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Tampoco es inusual que se registren suicidios de internos en dichos centros.<sup>XX</sup>

La vulnerabilidad a violaciones de derechos humanos de quienes son sometidos a tratamientos de trastornos relacionados con sustancias está ampliamente documentada en todo el mundo. Tanto en México como en China, Malasia, Camboya y Vietnam, los “centros de rehabilitación” han sido utilizados como fachadas para mantener internos sometidos a trabajo forzado, muchos de los cuales no son adictos y algunos ni siquiera son consumidores.<sup>XXI</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en Asia Oriental los tratamientos coercitivos de “rehabilitación de adictos” suelen ser aplicados sin diferenciar entre quienes lo son y no lo son, e incluso con frecuencia son aplicados

a personas detenidas en redadas policiales sobre la base de meras sospechas. Muchas de estas personas son sometidas a tratamientos durante meses y hasta años, sin evaluación médica ni derecho al debido proceso ante autoridades judiciales. Ante la ausencia de criterios claros para dar de alta a quienes se encuentran “en tratamiento”, se registran conductas autodestructivas por parte de los internos, que van desde la ingesta de clavos o vidrio molido para ser remitidos a servicios de atención médica a fin de escapar a su internamiento forzoso, hasta el suicidio (WHO, 2009)<sup>XXII</sup>.

En muchos países, entre ellos Colombia, las normas que regulan el funcionamiento de los centros de rehabilitación de adictos fijan condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, al igual que de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica. No obstante, de acuerdo con Human Rights Watch (2003) la presencia de personal que cumple con los requisitos exigidos por la normatividad para ejercer su profesión u oficio y la disponibilidad de condiciones físicas y técnicas apropiadas para prestar directamente servicios de terapia y la realización de actividades de ocupación del tiempo libre y recreación, no impide que en la práctica se apliquen métodos de “terapia de choque” presentados como si se tratará de ejercicios de entrenamiento y disciplina militar (enfoque pedagógico-reeducativo), de aislamiento radical de todo contacto social, físico y visual para propiciar la interiorización de normas de auto-regulación (enfoque espiritual-religioso), o tratamientos hipnóticos en los cuales los pacientes son inyectados con placebos con la falsa advertencia de que “estallarán” o se “envenenarán” si ingieren sustancias psicoactivas y, en algunos casos, mediante tratamientos invasivos con agujas calientes o congeladas, insertadas y prensadas durante semanas para destruir tejidos cerebrales que supuestamente regulan la avidez causada por la adicción (enfoque médico-clínico-psiquiátrico), entre otros.<sup>XXIII</sup>

Pese a la atrocidad de estas prácticas, el público en general suele respaldarlas desde una postura de condena moral de quienes sufren trastornos relacionados con SPA. Desde el que podría denominarse “modelo moral” de la farmacodependencia (OMS, 2005: 231) —el cual se ha generalizado como consecuencia de décadas de “guerra contra las drogas”—, la adicción se concibe como una conducta propia de personas débiles o “malas”, sin voluntad para controlar sus impulsos de gratificación inmediata, a las cuales por consiguiente se debe perseguir y someter a la ley, o al menos, a procesos de tratamiento rehabilitadores.

También de acuerdo con la OMS (2005: 231), durante las últimas dos décadas esta posición se ha matizado con la incorporación parcial de elementos provenientes del “modelo médico” de la farmacodependencia, el cual define el consumo ya no como asunto penal sino principalmente de interés para la salud pública. La ya referida reforma del artículo 49 de la Constitución Política colombiana se inscribe en esta tendencia: a partir de la misma, en Colombia los consumidores de drogas ya no serán enjuiciados como criminales. Sin embargo, dada la estigmatización generalizada de los trastornos relacionados con sustancias, es probable que los “enfermos” continúen enfrentando desprotegidos los abusos que se les dispensan en el marco de modelos o enfoques de atención basados en “terapias de choque”, bajo el amparo de “su consentimiento informado”.

### **Trastornos relacionados con sustancias psicoactivas**

El “modelo médico”, en su planteamiento íntegro, considera que los usuarios que tienen trastornos relacionados con sustancias son apenas una reducida proporción del universo de personas que consumen drogas psicoactivas, la mayoría de los cuales lo hacen sin desarrollar dependencias. El mismo modelo reconoce el uso de las SPA como nocivo para la salud y califica su consumo como un comportamiento de riesgo que predispone a la persona a sufrir trastornos. No obstante, señala que el daño causado por el consumo difiere de una sustancia a otra dependiendo de cómo se administre –por inhalación, por ingestión, mediante inyección al torrente sanguíneo, entre otras–, en qué cantidades y con qué frecuencia. Además, señala que si bien la investigación neurocientífica puede establecer mediciones biológicas directas de estados –como la tolerancia a los efectos tóxicos de las sustancias– y efectos asociados a la dependencia –como la severidad de los síntomas de abstinencia–, no puede dimensionar directamente los elementos cognitivos y de experiencia propios de la dependencia, como es el caso de la avidez por el consumo y la limitación o pérdida del control frente al uso abusivo de estas sustancias. Por consiguiente, no hay establecida una relación lineal entre la cantidad de sustancia consumida y la severidad de la dependencia. Tampoco hay una relación única entre el patrón de uso y el inicio de la dependencia, ni entre la experimentación y la dependencia. (OMS, 2005: 242).

El farmacodependiente adquiere su condición como tal cuando pasa de un estado en que el uso de SPA es voluntario y controlado, a uno en el cual la avidez por buscar el consumo ya no se encuentra bajo el mismo control –a pesar del creciente y sensible daño que este causa a la persona–, y este cambio se refleja en modificaciones en la función cerebral<sup>XXIV</sup>. A escala molecular, celular, estructural y funcional, el cerebro farmacodependiente es claramente distinto del cerebro que no ha adquirido tal condición, aun en presencia de consumo grandes cantidades de SPA (Leshner, 1997: 46). El cerebro farmacodependiente manifiesta cambios en la actividad metabólica cerebral, así como en la disponibilidad de receptores, la expresión genética y la capacidad de respuesta a estímulos del entorno. Aún no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos a través de los cuales ocurre la transición de un estado a otro. También Leshner (1997: 46) indica que no está claro, por ejemplo, si este cambio cualitativo es el resultado de un “salto precipitado” en uno o múltiples mecanismos que actúan en concierto, o si más bien la condición de la farmacodependencia deviene de una suma de neuroadaptaciones graduales.

Algunos de estos cambios cerebrales de larga duración son idiosincrásicos a sustancias específicas, mientras otros son comunes a muchas SPA. La presencia de los mismos efectos cerebrales asociados a sustancias que causan dependencia sugiere la existencia de mecanismos cerebrales comunes que subyacen a todas las adicciones. (Leshner 1997). Desde la perspectiva del “modelo médico”, la farmacodependencia raramente se presenta como una enfermedad aguda. En la mayoría de los casos se manifiesta como un trastorno crónico propenso a las recaídas, cuyo tratamiento no debe ser asimilado al de una condición aguda y episódica, como cuando se adquiere una infección o se fractura un hueso, por ejemplo. La farmacodependencia requiere de un manejo similar al de otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión crónica.<sup>XXV</sup>

Por consiguiente, los parámetros definidos para la efectividad de un tratamiento en particular deben reflejar esta condición. Al igual que en el caso de otras enfermedades crónicas, un estándar razonable para calificar un tratamiento como exitoso no es la cura, sino su manejo para lograr una reducción significativa en el consumo, lapsos prolongados de abstinencia con recaídas ocasionales, así como la funcionalidad social y ocupacional de la persona. (McLellan, et al.: 1997).<sup>XXVI</sup> Desde hace más de una década el “modelo médico” subraya que la farmacodependencia no se puede reducir a una “patología” susceptible

de ser controlada a través de intervenciones o tratamientos centrados en los aspectos biológicos del individuo. Cada vez se atribuye mayor importancia a la investigación de aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados con el fenómeno de las adicciones en la vida moderna (OMS, 2005: 7-40).

Desde las ciencias sociales también hay un creciente interés en la expansión del fenómeno de las adicciones como un fenómeno global, ya no solamente restringido a comunidades étnicas o minorías marginadas donde de manera simultánea con su aculturación y pérdida de autonomía e identidad cultural, se presentan altos niveles de prevalencia de trastornos relacionados con sustancias (Alexander, 2000: 501-526.) La generalización de la condición dependiente en distintos estratos y contextos culturales del mundo sugiere que el fenómeno está relacionado con procesos extensos de “dislocación” cultural y creciente exclusión social, típicamente asociados con la globalización<sup>xxvii</sup>.

Desde esta interpretación general de los trastornos relacionados con sustancias, de acuerdo con Granfield (2004: 29-34) la experimentación con las mismas se enmarca en la búsqueda de sentido personal y propósito de vida en contextos donde, a medida que se fracturan los marcos de creencias e instituciones sociales que en el pasado ofrecían una constelación de referentes culturales comunes, dicha búsqueda se reduce a una empresa individual y solitaria. (No es de sorprender entonces que el individuo moderno se caracterice por su propensión a identificarse principalmente con sus posesiones materiales y las imágenes que proyecta de sí mismo a través de los productos que consume. En una cultura global que fomenta identidades individuales sobre esta base no es de extrañar que se generalice el uso y abuso de tóxicos en la búsqueda de placer, status y sentido. (Granfield, 2004: 32).

### **Tendencias recientes en el tratamiento y manejo de trastornos relacionados con sustancias**

Terminada la guerra de Vietnam fueron documentados numerosos casos de ex-combatientes estadounidenses quienes durante el servicio se hicieron adictos a la heroína, y luego de su regreso a casa, lograron sobreponerse a su dependencia con facilidad, en contraste visible con la experiencia de los adictos en las calles de las ciudades estadounidenses que enfrentaban enorme desgaste personal

e institucional a través de sometimiento a reiterados tratamientos infructuosos. Algunos de los excombatientes lo hicieron con base en tratamientos y otros a través de procesos naturales de recuperación sin intervención formal alguna o tratamiento (Robins, 1993: 1041 - 1054).

El fenómeno particular de los veteranos de Vietnam incentivó el desarrollo de estudios para detectar y documentar vivencias de otras personas con trastornos relacionados con sustancias que lograron “recuperar” sus vidas sin necesidad de someterse a tratamientos ni intervenciones formales. (Granfield & Cloud, 1999: 1543–1570). En el marco de este tipo de procesos, en los cuales han jugado un papel protagónico psicólogos, abogados y otros profesionales de las ciencias sociales, ha crecido el interés por definir la noción de “recuperación”. Desde entonces, se han realizado numerosos sondeos para establecer la prevalencia de la recuperación entre personas afectadas por la dependencia de drogas, se han documentado y clasificado diversas experiencias de recuperación, y se han sistematizado patrones, procesos y etapas de recuperación que contemplan horizontes extensos de tiempo. Como resultado, han emergido propuestas de cambio de paradigma en el campo del tratamiento de la farmacodependencia, del enfoque patológico de intervención y tratamiento, hacia un enfoque basado en el “manejo de la recuperación” (White, 2004).

El concepto de “recuperación” tiene numerosas acepciones. En algunos ámbitos se utiliza para referir procesos en los cuales se han registrado mejoras visibles en una amplia gama de áreas funcionales –integración activa dentro de redes de soporte familiares y sociales, capacidad para desempeñar ocupaciones legales que generan ingresos de manera estable, evitar conductas delictivas reincidentes, entre otras– sin haber recurrido a ningún tratamiento o intervención formal. En otros, se utiliza para referir la membresía activa en grupos de ayuda mutua –Alcohólicos Anónimos, por ejemplo–, como la base principal para avanzar en su proceso de recuperación. Aun en otros contextos, el término se utiliza para referir avances positivos en las distintas áreas funcionales que son típicamente monitoreadas en aquellos individuos en proceso de sobreponerse a trastornos relacionados con sustancias, independientemente de que hayan recurrido o no a tratamientos formales (McLellan, Chalk & Bartlett, 2007: 333).

Las diferencias anteriores no representan obstáculo para que haya consenso sustantivo en relación con diversas dimensiones del concepto de “recuperación”.

En primer lugar, se acepta ampliamente que “abstinencia” y “recuperación” no son sinónimos, pues si bien la abstinencia es una condición necesaria, es insuficiente para una recuperación plena. El proceso de recuperación debe, adicionalmente, contemplar la identificación y suministro de servicios de soporte apropiados para apoyar el desarrollo de habilidades en el sujeto que se ha propuesto sobreponerse a su dependencia, para “hacerse a una vida con sentido”.

Además, el término “recuperación” siempre se utiliza en forma de gerundio —el sujeto se está recuperando— en reconocimiento de que el estatus de recuperación puede cambiar en un lapso muy breve, para bien o para mal. Por eso la expresión “está recuperado” se evita en general, a fin de destacar el compromiso permanente requerido del sujeto para manejar un problema que podría reaparecer en cualquier momento si no se controla debidamente.

Finalmente, de acuerdo con McLellan, Chalk & Bartlett (2007: 333), el uso del concepto “nivel de recuperación” tiene como referente a la persona y no al proceso dentro del cual se desarrolla su recuperación. El estatus de cada sujeto en su proceso de recuperación es susceptible de ser valorado a partir de sus avances en las distintas áreas funcionales mencionadas atrás, teniendo en cuenta las circunstancias propias de cada persona, tales como la presencia o ausencia de otros problemas relacionados con la dependencia, entre ellos, enfermedades mentales o VIH, así como los valores, conocimientos y destrezas del sujeto para resolver problemas e interactuar positivamente con redes de soporte familiares y sociales, entre otros. Dada la gran incidencia atribuida a la presencia y calidad de los factores de recuperación, y la enorme variabilidad de la situación entre una y otra persona, resulta irrelevante tratar de establecer el “nivel de recuperación” alcanzado mediante un proceso, sistema de atención de salud o programa de tratamiento.

En síntesis, el paradigma del manejo de la recuperación se centra en la identificación y desarrollo del potencial de la persona y su entorno, con el propósito de articular los apoyos y soportes necesarios para que ella se haga responsable de manejar activamente su recuperación y avanzar autónomamente en la búsqueda de una vida con sentido. (Unodc, 2008). Por consiguiente, su foco de atención es el bienestar y la salud de la persona, antes que la abstinencia como tal. El manejo de la recuperación valora las oportunidades para empoderar a la persona, reconociendo y respetando diversas trayectorias y estilos en el proceso de recuperación, y promueve su involucramiento activo en el compromiso de confrontar

en su entorno los discursos y prácticas que reproducen la estigmatización de las drogas, de quienes las consumen y abusan de ellas, al igual que de quienes se encuentran en proceso de recuperación. También, fomenta su integración dentro de redes sociales, organizacionales e institucionales que buscan crear una “ecología favorable” para la recuperación a nivel familiar, barrial y comunitaria para apoyar positivamente la dinámica de la recuperación de otras personas que hacen parte de su entorno y se encuentran en situaciones similares a la suya.

Un concepto central dentro del paradigma del manejo de la recuperación es el de enriquecimiento permanente de los activos al alcance de las personas para apoyar su recuperación, específicamente de aquellos que fortalecen las propias capacidades y oportunidades para avanzar y manejar el proceso de manera autónoma (White, W. 2004). Esta noción, denominada “capital de recuperación”, propone una aproximación al individuo “desde donde se encuentre” en su proceso de recuperación, con el propósito de allegar a su alcance activos asociados a diversos dominios de la vida, que le servirán de apoyo y soporte para avanzar en el continuum de su desintoxicación, rehabilitación e integración social.

El grupo de trabajo sobre manejo sostenido de la recuperación de la red internacional Treatnet<sup>xxviii</sup>, identifica ocho dominios de la vida en los cuales se debe fomentar la identificación y construcción de activos personales o “capital de recuperación”, los cuales se relacionan brevemente a continuación (UNODC, 2008):

- **Salud física y mental:** comprende tanto el estado de salud física y mental del individuo como de sus valores, conocimientos, destrezas educacionales y vocacionales, al igual que su capacidad para resolver problemas, su auto-percepción, autoestima y confianza en las propias capacidades para manejar situaciones de riesgo.
- **Redes de soporte familiar y social y actividades de recreación:** contempla los activos financieros y de seguridad social de salud que puedan ser canalizados a través de estas redes, al igual que la disposición de familiares, parejas y amistades íntimas para participar y brindar apoyo positivo al individuo en su esfuerzo de recuperación en el marco de actividades recreativas y relaciones significativas en ambientes libres de drogas y acceso relacional a instituciones convencionales locales, tales como establecimientos educativos, sitios de trabajo, iglesias y en general, organizaciones comunitarias.

- **Albergue y entornos favorables para la recuperación de la salud:** comprende el acceso a instalaciones que brinden abrigo y protección frente a amenazas de maltrato físico, psicológico o abuso sexual, así como medios apropiados para la vida digna –entre ellos, vestido, alimentación, aseo e higiene personales, y acceso a transporte–, cuyo entorno inmediato sea estimulante para la actividad física y recreativa en ambientes libres de drogas, y ofrezca condiciones razonables para la seguridad personal del individuo en proceso de recuperación.
- **Soporte a través de redes de ayuda mutua:** se refiere a la posibilidad de pertenecer a grupos integrados por personas en procesos de recuperación dentro de una relación horizontal de “pares”, de quienes se puede esperar tanto apoyo en momentos de dificultad, como la oportunidad para ofrecer apoyo a otros. A través de las redes de ayuda mutua se activan mecanismos que ofrecen los beneficios terapéuticos del proceso de asistir a otros.
- **Oportunidades de empleo y alternativas de solución de asuntos legales pendientes:** comprende aquellos activos y oportunidades que permiten al individuo en proceso de recuperación acceder a la posibilidad de ser “auto-suficiente” económicamente, entre ellos, servicios de orientación vocacional y asistencia para la búsqueda de empleo, así como organizaciones con el objetivo expreso de formar destrezas laborales básicas y facilitar una primera oportunidad para acceder a un empleo formal. Estrechamente relacionados con este tipo de activos, se encuentran aquellos mecanismos de orden judicial que ofrecen a infractores penales con trastornos relacionados con sustancias, la alternativa de iniciar procesos de recuperación y reintegración a la vida social y la actividad económica legal.
- **Desarrollo educacional y de destrezas vocacionales:** comprende el abanico de oportunidades para acceder a instituciones educativas para reiniciar estudios de educación secundaria, en aquellos casos en que el individuo en proceso de recuperación hubiese desertado antes de su culminación, o de nivel pos-secundaria que facilite su calificación para acceder a oportunidades de empleo en artes y oficios o a nivel técnico o profesional.
- **Soporte para la integración comunitaria y cultural:** contempla todos aquellos recursos y medios dispuestos en la comunidad con el propósito explícito de apoyar procesos de recuperación, entre ellos, los esfuerzos activos

dirigidos a confrontar la estigmatización social de las drogas, de quienes las consumen y abusan, y de quienes se encuentran en proceso de recuperación; la visibilización y promoción de múltiples y diversos modelos de rol en proceso de recuperación, así como recursos culturalmente apropiados para resonar positivamente con individuos y familias pertenecientes a minorías étnicas, religiosas o de preferencia sexual.

- **Soporte para la búsqueda de una vida con sentido y propósito:** refiere todos aquellos activos que ofrecen apoyo a la persona en proceso de recuperación para la reconstrucción de valores y la identidad personal al igual que en las relaciones interpersonales a través de marcos generales de creencias con los cuales logran dotar de sentido y propósito a sus vidas. Entre otros activos se contemplan la integración de grupos religiosos o que comparten tradiciones culturales comunes, así como la práctica del deporte, el yoga, la meditación u otras disciplinas orientadas a centrar y restablecer el equilibrio emocional y mental de las personas, desarrollando el carácter y destrezas sociales, así como la confianza en las propias capacidades para enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva y un estilo de vida equilibrado.



## PERSPECTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES DE LA POLÍTICA DE CONTROL DE DROGAS EN EL FUTURO

Durante la década anterior, las reformas judiciales en el mundo incorporaron de manera parcial elementos del “modelo médico” de la farmacodependencia, el más visible de los cuales consiste en redefinir los trastornos relacionados con sustancias ya no como un asunto penal, sino del ámbito de la salud pública. No cabe duda que este giro representa un avance importante, en tanto reconoce y trata el fenómeno como un trastorno complejo, determinado no solo por factores biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y del entorno.

La dependencia es un trastorno crónico que con frecuencia concurre con otras condiciones físicas y mentales. La toxicomanía no es una falla en la voluntad o en la fortaleza del carácter, sino un trastorno de la salud que puede afectar a cualquier persona. A pesar de los conocimientos de la neurociencia sobre cuestiones como la vulnerabilidad, los mecanismos de tolerancia, la abstinencia y la avidez; en la actualidad no se puede predecir quién perderá el control por el consumo de drogas para luego hacerse dependiente. Para algunos individuos el “interruptor” cerebral que desencadena trastornos relacionados con sustancias se activa tras un breve lapso de consumo abusivo, mientras que en otros el cambio ocurre de manera gradual, aun en presencia de consumo de grandes cantidades de drogas. Lo que sí se sabe con certeza es que el potencial de una sustancia dada para producir dependencia es afectado por la herencia genética de cada individuo, así como por las circunstancias socioculturales en las que se utiliza.

El reconocimiento del papel que juega el entorno familiar, social y comunitario tanto en el desarrollo de la dependencia como en el proceso de la recuperación estable de la persona, marca las tendencias más recientes en el manejo y tratamiento de trastornos de consumo de drogas, las cuales no solo se orientan a suspender el consumo –con frecuencia mediante la administración de drogas psicotrópicas sustitutas–, sino también a promover cambios en el comportamiento a través de intervenciones psicosociales y a fomentar la construcción de redes de soporte familiar, social y comunitario de apoyo a los procesos de recuperación estable. Mediante estas pautas y las tendencias vigentes, el manejo de la dependencia avanza hacia modelos de menor desgaste de las personas y de las instituciones públicas y privadas que les brindan servicios de recuperación, los cuales a la vez son más eficaces para salvar vidas y mejorar la salud de los individuos afectados y la de sus familias, y así como para reducir los costos sociales en el manejo de esta condición crónica.

La literatura especializada sobre trastornos relacionados con drogas y su manejo señala con claridad la distinción entre la condición del adicto y la del consumidor no adicto. La utilización del término “enfermo dependiente” o “enfermo adicto”, como lo hace en numerosos apartes la Ley 1566 de 2012, para referirse de manera genérica a quienes son consumidores de sustancias psicoactivas, trae consigo varios problemas prácticos.

Por una parte, el uso de estos términos resulta impropio para referirse a aquellas personas que muestran trastornos por el consumo, esto conduce a una “patologización” de la condición de la persona. Por consiguiente, el trastorno se encuadra como si fuese un fenómeno de naturaleza exclusivamente individual, y por tanto, el tratamiento también se reduce a la persona como tal, haciendo caso omiso de los factores ambientales, sociales e institucionales que inciden en la aparición de esta clase de trastornos. Como ya se señaló, esto conlleva a la estigmatización que suscita respuestas sociales negativas que no aportan para nada a la recuperación de la persona.

De otra parte, en medicina científica el término “enfermedad” se utiliza de manera muy precisa para referir un fenómeno que cumple cuatro criterios específicos:

1. Hay una condición patológica identificable
2. Hay una causa identificable de dicha condición
3. Es posible hacer un pronóstico de la evolución de dicha condición

#### 4. Es posible tratar esa condición

El consumo que realizan las personas que usan drogas en general no cumple con estos criterios, de modo que es un equívoco médico utilizar el término “enfermo” para referirse a ellas. No quiere decir lo anterior que no se den casos en los que algunas personas se enfermen a raíz del consumo de drogas, como consecuencia de cualquier exceso, (Ej. Exposición desproporcionada a la radiación solar, al ejercicio físico, o a temperaturas extremas). Pero resulta completamente equivocado derivar que cualquier persona que se exponga al sol, haga ejercicio, o salga cuando hace frío, sea, por consiguiente “enferma”.

En el caso de las drogas, algunas personas que las consumen llegan a presentar trastornos o patrones desadaptativos de consumo, que se expresan en deterioro o malestar en tres o más de los siguientes aspectos durante los pasados doce meses:

1. Tolerancia, es decir, la necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado, pues el efecto de una misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo continuado.
2. Síndrome de abstinencia, caracterizado por la presencia de una serie de síntomas psicofisiológicos (ansiedad, temblor, calambres, vómito, convulsiones) provocados por la suspensión súbita del consumo.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Manifestación de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. El empleo de una cantidad desproporcionada de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, el consumo de la misma, o en la recuperación de los efectos de su consumo.
6. Una reducción evidente del tiempo que se dedica a actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. El consumo continuo de la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la misma.

Estos criterios se utilizan para diagnosticar la dependencia de sustancias psicoactivas, a partir de los cuales se definen medidas y tratamientos de orden terapéutico. No obstante, con mucha frecuencia estos criterios arrojan resultados indeterminados porque la persona bajo valoración no suministra la información

requerida o la distorsiona. Si la persona no está dispuesta a colaborar, como sucede en muchos casos con los consumidores con patrones desadaptativos, resulta imposible elaborar un dictamen de diagnóstico y un tratamiento adecuado, aun para profesionales expertos en el tema.

Infortunadamente, la disposición constitucional colombiana que prohíbe el consumo de drogas y prescribe para el adicto y su familia atención especial para su fortalecimiento “en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de las personas”, interpreta de manera excesivamente simple y estrecha sus necesidades. Del análisis a la literatura queda claro que el fortalecimiento de valores y principios del adicto y su familia es una condición necesaria pero insuficiente para su recuperación, dado que el proceso debe atender adicionalmente, tanto funciones cerebrales alteradas como componentes funcionales concomitantes a nivel de comportamiento y de acceso a “capital de recuperación”.

El equívoco surge como consecuencia del uso intercambiable de las nociones de “consumo” y “adicción” que hace el legislador en la redacción del artículo en referencia. Será conveniente por lo tanto que la reglamentación legal del mismo tenga presente que la recuperación del adicto es un proceso largo, que en la mayoría de los casos se estabiliza plenamente después de cuatro o cinco años, luego de un período inicial de ambivalencia durante el cual son frecuentes las recaídas; al respecto, la literatura insiste en la importancia de lograr estabilizar la abstinencia, pero también en que esta no es la finalidad del proceso (White, 2004: 5-6).

La abstinencia es apenas una condición y un medio para lograr que la persona recupere distintos dominios de su vida, entre ellos, su salud física y mental, sus redes familiares y sociales de soporte, así como acceso a condiciones de albergue y entorno seguros, a grupos de ayuda mutua, a alternativas de solución en asuntos legales pendientes; a oportunidades de empleo, de desarrollo educacional y vocacional para su integración social y cultural, en fin, de soporte para la búsqueda de una vida con sentido y propósito (UNODC, 2008). Vista la importancia que desempeñan los elementos que conforman el “capital de recuperación” en la rehabilitación exitosa de la vida de la persona, y el papel clave que juegan las redes de soporte familiar, social y comunitaria para garantizar el acceso a la mismas durante el largo proceso de estabilización de la recuperación; también será

conveniente que la reglamentación legal dedique recursos y cree incentivos para el fomento de dichas redes de soporte.

De otra parte, considerando la magnitud del esfuerzo social y económico necesarios para brindar apoyo a la recuperación exitosa de los trastornos relacionados con sustancias, es comprensible que la literatura juzgue inconveniente someter a tratamiento terapéutico a quien quiera que consuma drogas por el mero hecho de hacerlo. La “masificación” del tratamiento terapéutico es una respuesta inapropiada e ineficiente para los patrones más comunes y generalizados de consumo de estas sustancias, por lo general, asociados al uso experimental y ocasional (Gerstein & Harwood, 1990: 7).

Por consiguiente, no es recomendable tratar a estas personas como si fuesen adictos, ni someterlas al desgaste asociado a tratamientos centrados exclusivamente en lograr la abstinencia, en los cuales la deserción antes de su culminación es superior al 50 % y la tasa de recuperación estable es baja.<sup>XIX</sup> Los altos costos, la baja efectividad y el desgaste continuo tanto para las personas tratadas como para los sistemas públicos y privados de tratamiento, son razones de peso para sustentar la inconveniencia de aplicar tratamientos terapéuticos en casos de consumo ocasional o experimentación con drogas, un fenómeno que como ya se ha visto forma parte de la vida en las sociedades modernas y no necesariamente conduce a la dependencia.

En casos en que el patrón de abuso es reciente o donde hay discapacidad leve como consecuencia del abuso de estas sustancias, la literatura apoya el uso de medios de control sociales para limitar el acceso a estas sustancias, principalmente entre adolescentes; incluyendo la orientación preventiva, los servicios educacionales o las sanciones disciplinarias, antes que los tratamientos terapéuticos para la cesación y abstinencia del consumo (Gerstein & Harwood, 1990: 7).

Sin embargo, respaldar la deseabilidad de los mecanismos de control social del consumo ocasional o de experimentación no equivale a apoyar el uso de la estigmatización y la discriminación social de las drogas, ni de sus consumidores o de quienes se encuentran en proceso de recuperación. Arrojar atributos “demoníacos” de las drogas, o calificar moralmente el carácter de las personas afectadas por trastornos relacionados con sustancias (Room, 2003: 15-23), son mecanismos que encubren factores objetivamente establecidos en relación con dichos trastornos y, en vez, generan alarma social junto con respuestas reactivas

de temor y rechazo social. Como se ha señalado a lo largo del libro, es por esta vía como se generalizan actitudes irracionales de condena moral e indiferencia frente a prácticas atroces que violan los derechos fundamentales de quienes son sometidos a “terapias de choque” amparadas por la ley y las normas que reglamentan los “servicios de rehabilitación”.

La atribución de propiedades esenciales del “mal” a las drogas y a su uso para calificar moralmente a quienes las consumen, es una forma de “fetichizar” el fenómeno, pues lo abstrae de las condiciones y fuerzas sociales que contribuyen a su reproducción, dotándolo erróneamente de una naturaleza susceptible de ser controlada en sus manifestaciones inmediatas como si fuese un hecho autónomo e independiente de las condiciones y circunstancias sociales que contribuyen a su reproducción. Carlos Marx (1975: p. 88-93) señaló la funcionalidad del mecanismo de “fetichización” de la mercancía para reproducir el modo de producción capitalista. A través de la fetichización de las drogas y su consumo se reproducen prejuicios sociales que agravan la dislocación y exclusión social de las personas asociadas a este fenómeno, con lo cual se alimenta el círculo vicioso que activa los patrones de consumo abusivo y conducen a la adicción (Alexander, 2000).

Al respecto, es ilustrativo el caso sueco. En ese país impera una política abolicionista del consumo de drogas soportada en una intensa campaña de propaganda oficial diseñada con el propósito de ganar el apoyo del público para la política de la “sociedad libre de drogas”. Con frecuencia se cita como una política exitosa en relación con la prevención del consumo entre los jóvenes (UNODC, 2007).

No obstante, sus críticos señalan con preocupación la alta prevalencia de patrones abusivos de consumo entre quienes comienzan como consumidores ocasionales o de experimentación (Stalenkrantz, 2003: 146-150). Interpretan esta como una consecuencia de los mensajes de lucha contra las drogas que en la mente del público se han transformado en justificación para estigmatizar a los consumidores de las mismas. Reconociendo que el fenómeno representa un efecto no intencional de la política abolicionista, en el caso sueco las campañas oficiales contribuyen a reproducir condiciones de aislamiento social y estigmatización en torno a todos los consumidores de drogas, quienes en su mayoría son personas que experimentan o consumen ocasionalmente. Por consiguiente, como se señaló más arriba, el modelo sueco tiene éxito previniendo el consumo, a costa de agravar la vulnerabilidad de los consumidores ocasionales a adquirir la condición

de farmacodependientes, pues los aleja de los servicios y programas sociales de salud y educación, al igual que de la policía, y los relega a depender cada vez más de la comunidad de toxicómanos para resolver sus necesidades.

Como lo ilustra el caso sueco, el control social del consumo de drogas mediante la estigmatización y la discriminación social de estas sustancias y su consumo es una barrera perversa que impide acceder al tratamiento y la atención de toxicomanías, razón por la cual la literatura rechaza vehementemente esta práctica (OMS, 2005: 247 -249).

Al alimentar prejuicios sociales que agravan la dislocación y exclusión social de quienes sufren trastornos relacionados con drogas, la estigmatización ejerce además un efecto destructivo sobre el “capital de recuperación” disponible en el ámbito de las redes de soporte familiares, sociales y comunitarias de las personas en proceso de recuperación (Granfield & Cloud, 2001).

Al respecto, conviene considerar el diseño de instancias y procedimientos que permitan definir, dispensar y controlar las medidas administrativas previstas en artículo constitucional en referencia. Como se señaló al término del capítulo anterior, donde se describe en detalle el funcionamiento de las “comisiones para la disuasión de la adicción a las drogas” que operan exitosamente en Portugal desde 2001, una lección de la política portuguesa de descriminalización del consumo de drogas relevante para el caso colombiano, es que sin renunciar al objetivo de reprimir y perseguir a las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas ilegales, la política antidrogas de ese país logró incentivar la oferta de comunidades y centros de desintoxicación y tratamiento terapéutico, incrementando su número por medio de una creciente asignación y canalización de recursos públicos para tal fin (Greenwald, 2009).

Un elemento que racionaliza la asignación de los recursos de tratamiento y manejo (que como se ha visto son escasos frente a la condición crónica del trastorno relacionado con sustancias), es el criterio de otorgar prioridad de acceso a aquellas personas que han infringido la ley penal por conductas originadas en esa condición, y que están dispuestas a someterse voluntariamente a tratamiento terapéutico como una alternativa para sustituir sanciones penales.

Esta es la base programática sobre la cual se estableció la figura de los “tribunales de tratamiento de drogas” en EUA a partir de la década de los 90, arreglo que también ha sido evaluado positivamente a partir de sus resultados: numerosos

estudios longitudinales de seguimiento a “egresados” de estos tribunales señalan que su reincidencia en conductas sancionadas penalmente es del orden del 20 %, en contraste con un promedio de 50 % entre la población que ha cumplido su pena sin pasar por los “tribunales de droga”(Sanford & Arrigo, 2005).

Entre los aspectos más exitosos de ese modelo se destaca su capacidad de activar metodologías de “reestructuración de procesos cognitivos” que favorecen la estabilización de los procesos de recuperación en consumidores problemáticos. De acuerdo con muchos terapeutas, la negación o minimización de conductas indebidas de la ley penal es uno de los primeros obstáculos que deben superar los infractores en su proceso de recuperación. La necesidad de superar esta “distorsión” cognitiva” es común entre infractores con trastornos relacionados con sustancias y para hacerlo es preciso que la persona asuma plena responsabilidad y esté en disposición de rendir cuentas, así como tener compromiso de no volver a incurrir en tales conductas.

En el contexto de los “tribunales de droga”, los jueces asesorados por terapeutas especializados, entran en diálogo directo con el infractor a fin de escuchar su versión de los hechos que derivaron en la judicialización, para luego invitarlo a reflexionar acerca de la cadena de eventos que lo condujeron a cometer la infracción penal. De esta manera, el “tribunal de drogas” asiste al infractor en racionalizar las situaciones de alto riesgo que en su cotidianidad pueden conducirlo a recaer en el consumo y reincidir en infracciones penales, y lo ayudan a identificar cómo manejar y evitar verse comprometido con tales situaciones en el futuro. Así, con la asesoría de terapeutas, el infractor desarrolla con anticipación “planes para evitar recaídas”, en los cuales se compromete a evitar situaciones identificadas como de “alto riesgo” y a prever los activos de su “capital de recuperación” sobre los cuales se puede soportar en circunstancias concretas de su vida diaria. El infractor rinde cuentas periódicas de los resultados obtenidos mediante la aplicación de sus “planes personales” ante el “tribunal de drogas” y de ser necesario, los ajustes correspondientes para cumplir cabalmente su compromiso de no reincidir en infracciones penales (McGuire, 1995).

Como se aprecia, hay un acervo de experiencias internacionales exitosas para el manejo de trastornos relacionados con sustancias, estructurados sobre paradigmas orientados a apalancar la capacidad de las personas para recuperar su autonomía y la capacidad de control de sus vidas; los cuales arrojan resultados

positivos en relación con el mejoramiento de la salud y la capacidad de dar sentido y propósito a sus vidas, sin necesidad de recurrir a modelos de atención basados en “terapias de choque”.

### **Regulación del consumo de drogas: ideas para una agenda colombiana**

Conviene analizar propuestas como establecer instancias judiciales inspiradas en los tribunales de tratamiento para drogas que operan en EUA, a la luz de experiencias con la implantación de este modelo en países de América Latina como Brasil, México y Chile. En general, estas iniciativas han sido impulsadas en respuesta ante el fracaso del sistema de justicia penal para contener el incremento de uso de drogas, y la constatación de que las sanciones penales impuestas a delinquentes consumidores de drogas contribuyen poco a su recuperación. Sin embargo, conviene advertir que de la mano de este tipo de iniciativas se han observado respuestas chocantes, como ocurre en Chile, donde las personas con trastornos de consumo de drogas son beneficiarias de toda suerte de privilegios, como prelación para el trabajo, la vivienda, la educación, la salud y otros servicios sociales (Cámara de Diputados de Chile, s.f.). No sería chocante si no hubiese multitud de personas que tampoco tienen acceso a estos beneficios; al dar prelación a los drogadictos y a los ladrones por medio de mecanismos como los tribunales de droga, el mensaje que se trasmite es que para tener acceso a trabajo, vivienda y otros servicios hay que ser drogadicto y ladrón. Esta es una paradoja que también se vive en muchos países de Europa, y que trae consigo la amenaza de provocar problemas mayores que las soluciones que se consiguen.

Las consideraciones anteriores no contradicen la necesidad de ofrecer tratamiento y apoyo a quienes presentan trastornos de consumo, pues estos constituyen elementos esenciales para el bienestar de las personas, para los hogares y para la sociedad en general. Por ello, es necesario equilibrar los recursos destinados por el gobierno a la política de reducción del consumo, teniendo en cuenta las dimensiones de las necesidades existentes en relación con esta materia tanto entre la población carcelaria y penitenciaria del país que puede estar por el orden de entre 35.000 y 40.000 internos, como del resto de la población en Colombia.

Al respecto, el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, el más reciente disponible en la actualidad (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES

Social, 2003) mostró que los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el país se encuentran dentro de los tres problemas más frecuentes de salud mental, con un 10.6 % de prevalencia de vida. El mismo estudio mostró que estos trastornos generan un bajo nivel de consulta ante los servicios de salud: si bien se trata de una minoría entre los consumidores de sustancias psicoactivas, el 95 % de aquellos que sí padecen de trastornos de esta naturaleza, es decir los que desarrollan hábito y dependencia de las sustancias que consumen, reportaron a la encuesta que nunca habían accedido a servicios de salud especializados. Las razones de esta situación son múltiples y están relacionadas con la baja oferta y promoción de tales servicios, así como con la no aceptación de dichos trastornos por parte de los consumidores problemáticos de y su marcada tendencia al “auto-marginamiento” frente al uso de las redes de servicios y apoyo social a disposición.

Hasta el pasado reciente, menos del 3 % del gasto total asignado a la lucha contra las drogas era destinado a la reducción del consumo y a los programas de atención integral a personas con trastornos de consumo. En su mayoría, estos recursos se aplicaban a campañas masivas de prevención del consumo en población general cuyo impacto real son desconocidos, al igual que al acompañamiento y funcionamiento de los comités territoriales de prevención y control de drogas, la construcción de planes territoriales de reducción de consumo, el desarrollo de estudios y sistemas de indicadores, y el fortalecimiento de observatorios regionales y sistema nacional de información, entre otros.

La ejecución de la mayor parte de estas acciones recaían en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y algunas en otros miembros de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, tales como los Ministerios de Educación, Interior, Justicia, Policía Antinarcóticos, Fiscalía General de la Nación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC–, y en entidades territoriales, entre otros; sin mayor impacto sobre el escaso acceso a servicios de salud especializados para el tratamiento de quienes padecen de trastornos de salud.

La Ley 1566 de 2012 representa un avance significativo al incluir intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades necesarios para la atención integral de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a drogas lícitas e ilícitas en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como

subsidiado. De acuerdo con la resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 del Ministerio de Salud en el Plan Obligatorio de Salud –POS–, actualmente está cubierta la atención de urgencias en salud mental, la psicoterapia ambulatoria individual y grupal especializada (hasta 60 sesiones anuales), y la atención con internación en salud mental en fases agudas de la enfermedad (hasta 90 días anuales, y en el caso de menores de edad, hasta 180 días).

Está por establecer el impacto de estas medidas sobre el acceso a la atención integral de quienes padecen de trastornos de consumo. Un indicador importante es cómo se comporta el número de Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– habilitadas como Centros de Atención en Drogadicción –CAD–; otros atributos de interés en esta materia corresponden a su naturaleza (privados/públicos), los servicios que ofrecen (atención de urgencias; psicoterapia ambulatoria; atención a la farmacodependencia de alta complejidad, servicios de toxicología y desintoxicación, etc.), y sus modalidades (ambulatoria/residencial).

En 2010, luego de aprobada la reforma constitucional del artículo 49, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud reportaba 284 Centros de Atención a la Drogadicción –CAD–, (89 % privados y 11 % públicos). De ellos, 104 (37 %) eran de modalidad residencial; 88 (31 %), ambulatorios; 58 (20 %) ofrecían servicios de atención a la farmacodependencia de alta complejidad, y 34 (12 %), servicios de toxicología y desintoxicación. En aquel entonces, se estimaba necesario multiplicar con rapidez la capacidad de atención e infraestructura existente para dar cumplimiento a la disposición constitucional de garantizar acceso a atención integral en salud a consumidores de droga.

La valoración del impacto de la Ley 1566 de 2012 y la inclusión de la atención de trastornos por consumo de drogas en el POS sobre el incremento en la capacidad y la infraestructura de los CAD al igual que sobre el acceso a estos servicios por parte de la población que los requiere, está más allá de los alcances de este libro. No obstante, queda señalada aquí la importancia de establecer la eficacia de las medidas tomadas en esta materia mediante la realización de estudios con ese propósito, particularmente a la luz de proyecciones según las cuales en el mundo las condiciones psiquiátricas y neurológicas representarán en 2020 el 15 % del total de la carga de la enfermedad, y en Colombia la depresión unipolar, un factor de riesgo para los trastornos de consumo de drogas, será la primera causa general de consulta en un horizonte temporal cercano (Posada, 2013).

Mientras tanto, hay numerosas líneas de acción que pueden contribuir a mejorar el acceso a la atención integral para quienes padecen trastornos de consumo de drogas, entre ellas, requerir a las Empresas Promotoras de Salud –EPS– un mayor esfuerzo en la visibilización de los servicios de atención en salud mental y trastornos de consumo de drogas dentro de los POS. Otra línea de acción importante es la coordinación con las entidades territoriales para la integración de las estrategias de atención al trastorno de consumo de drogas a los servicios de atención primaria en salud con base en protocolos validados, y desde allí realizar la remisión de las personas que lo demanden a entidades especializadas. Dada la escasa oferta de CAD especializados en atención de drogo-dependencia de alta complejidad, cuyos servicios son los tratamientos de mayor costo, es importante aprovechar los mismos eficientemente por medio de su integración funcional a la red jerarquizada de servicios de salud. Una tercera línea es el fortalecimiento de las acciones de tratamiento de base comunitaria integradas dentro de los Planes de Intervenciones Colectivas –PIC– a cargo de las entidades territoriales. Por esta vía se dispone de un componente de atención con bajo umbral de acceso para las personas afectadas por el consumo de sustancias, con costos promedio bajos por tratamiento personal, a través del cual se puede garantizar la atención temprana y oportuna en distintos ámbitos a través de acciones de orientación en escuelas, colegios y universidades, con el fin de atender integralmente a poblaciones en condición de alta vulnerabilidad y exclusión crítica.

Dicho lo anterior, es preciso reiterar que un esfuerzo igualmente importante debe hacerse por medio de técnicas de prevención diseñadas a la medida de las condiciones y necesidades de cada comunidad, como es el caso de la estrategia de “Comunidades que se Cuidan” (Communities That Care –CTC–), las cuales opera desde hace unos años en varios Estados de EUA (CTC, s.f.). Se trata de intervenciones basadas en la premisa de que las comunidades locales se encuentran en la situación más ventajosa para cuidar a sus miembros y prevenir el consumo de drogas, especialmente entre los integrantes más vulnerables. Consiste en un proceso organizado y continuo de evaluación de las condiciones específicas de cada comunidad y lugar para identificar las principales amenazas existentes, entre ellas, los canales de comercio de drogas, la desescolarización y el desempleo juveniles, así como las personas y hogares más vulnerables al consumo. A partir de ese ejercicio se trazan estrategias y se asignan responsabilidades para poner en

marcha acciones específicas de prevención, destinadas a proteger a los integrantes de las amenazas de consumo específicamente identificadas en esa comunidad. Permanentemente se hace seguimiento y evaluación de las estrategias y acciones, así como los ajustes que correspondan. Con esta clase de estrategias de prevención “hechas a la medida”, es posible pensar en ofrecer respuestas adecuadas y oportunas para prevenir problemas de trastornos de consumo aprovechando eficientemente los recursos disponibles para tal fin, tanto en contextos urbanos como rurales del país.

En síntesis, el consumo de drogas es un problema cuyo manejo requiere de una actitud abierta por parte del gobierno, legisladores, aseguradores y prestadores de servicios de salud, líderes políticos, sociales y empresariales; quienes deben estar informados permanentemente de los argumentos basados en evidencia sobre esta materia —pues estos son los únicos que pueden ser analizados, criticados y eventualmente rebatidos—, para comprender mejor las complejidades del fenómeno al igual que de las respuestas requeridas para atenderlo adecuadamente; y por último, para que puedan hacer un uso más eficiente de los recursos que se destinen para su manejo y contener su expansión incontrolada.



## CONCLUSIONES

Se encuentran trilladas en exceso todas las posturas que al día de hoy bien pudieran ser tradicionales acerca del manejo y solución para el problema del consumo de la droga. Hablar de “legalización” y otros modelos que tienden a la regulación por sobretodo estatal, aporta muy poco al debate en las formas y tratamiento que en este libro se le ha dado a la problemática.

Por el contrario, la pretensión misma de ahondar en nuevas formas de abordar el debate suscita mayor importancia, más aun cuando no existe una posición exitosa por su generalización y alcance, no en el sentido de las voces mayoritarias que respaldan una u otra forma de afrontar la problemática sino por sus resultados en favor del bienestar social mismo de una sociedad ávida de logros en la materia. Dar solución a una problemática como la de las drogas, con todas sus esferas y alcances, afecta a la sociedad en su conjunto tanto de manera directa como indirecta, y más grave aún, de manera difusa.

Para comenzar, se hace necesaria la apertura en términos de la valoración que deben tener quienes precien analizar el problema de la droga. La consideración misma de tener elementos inamovibles para la gesta de soluciones innovadoras cierra el camino de la crítica y el análisis concienzudo de las problemáticas. Es decir, retomar ideas o experimentos que no sean susceptibles al cambio, degradan y nublan la perspectiva horizontal que permite la deconstrucción de paradigmas de pensamiento para dar paso a nuevas formas que imperen en los procesos de construcción de las políticas públicas venideras, si es que se quiere que estas sean más eficientes y eficaces, como lo deberían ser.

La invitación no es otra que a rechazar, en primer lugar, la idea de que cualquier texto (incluido este) tiene la fórmula inédita o recetarios con soluciones para el universo de las drogas. No existe, por ello solución mágica que dicte un nuevo consenso o pos-consenso de Washington para el caso de las drogas. Tampoco puede pensarse en una teoría existente que derive en la formación del elixir contra la droga como bien lo fue en economía la escuela neoclásica para los decálogos propuestos por EUA para alcanzar el desarrollo en América Latina en la década de los 80 y 90, menos, cuando es evidente que esta clase de fórmulas, propuestas casi siempre por los países con condiciones de hegemonía, poco responden a la naturaleza y a las particularidades que dentro de las fronteras de cada país hacen posible que fenómenos como estos se desarrollen y se conviertan en asuntos problemáticos.

Lo anterior, tampoco puede derivar en el desprecio de las experiencias aquí mencionadas. Sin embargo, una pauta que sí se debe tener en cuenta es el ya mencionado asunto de la horizontalidad, y esto ¿por qué? Porque supeditar el abordaje de un problema a una premisa inamovible como la legalización, le da un carácter vertical a la formación y construcción de los elementos que allí van a operar. Restringe de manera directa la integración de perspectivas no solo contrarias a ella, sino también a las que no le son funcionales o que simplemente son lejanas a su objetivo ya supeditado desde el comienzo, al ponerle nombre desde el principio a la política que se quiere crear. Dicha verticalidad se observa en la gran mayoría de debates que se ejercen sobre el caso de las drogas, donde se observa más que un disenso, una suerte de “pasarela” donde se pelean soluciones divinas contrapuestas las unas a las otras. Cada una de ellas formadas desde su nacimiento por premisas fundamentales del deber ser de esa política, que puede ser: legalizadora prohibicionista, reguladora, etc. Si se quiere entender de una manera más simple, ponerle un nombre a la política que se va a llevar a cabo, antes de analizar las variables existentes en el escenario del problema, le da una condición heliocéntrica a dicha solución, donde todo gira en torno a ese nombre, es decir a esa legalización, regulación o prohibición.

## La valoración de las experiencias

Es ineludible la tendencia a clasificar las experiencias. Los casos abordados en los capítulos anteriores pueden ser clasificados de diferentes formas. Suponiendo que no se le dé una connotación ni buena ni mala a la generalidad de cada caso, como por ejemplo los de Uruguay, EUA y Suecia entre otros, se tiende de forma inherente a rescatar lo bueno de cada uno, lo que no es equivoco. Sin embargo, a lo negativo de cada caso en particular solemos ponerle la etiqueta de “no hacerlo” o “no repetirlo” sin ir más allá. Esto no tendría por qué ser de otra forma si no fuera por el error que ello implica.

Solemos rechazar lo negativo, desecharlo y/o alejarlo. En muchos casos llegamos al punto de reprimirlo. Cuando ahondamos en el carácter en apariencia reflexivo a estas situaciones, ya convertidas en experiencias, las recordamos para evitar la sucesión del error en formas iguales o distintas. No obstante se olvida que el alcance de las soluciones en materia de política debe tener una condición menos impersonal. Por ejemplo, traer a colación el carácter impositivo e inhumano de una dictadura que dejó innumerables violaciones a los derechos humanos nos lleva a no querer repetirlo, algo que es lógico y normal. A pesar de lo anterior la valoración que se le da al hecho no incita a entrar en su lógica. Parece simplemente que el dictador tuviera la única responsabilidad pero a la sociedad parece no caberle ninguna.

Volvamos al problema de las drogas. Pensemos en una ley que por ejemplo haya derivado en un problema mayor o que simplemente haya lesionado o marginado a parte de los consumidores o no consumidores y que poco o nada haya mitigado los efectos del problema. Se suele desechar la experiencia rescatando la condición de no repetirlo en el mejor de los casos. Lo que no se suele tener en cuenta es la razón de ser de dicha ley, de dicha acción, porque parece que no la tuviera. Es precisamente ahí donde está el error. Se menosprecia o se omite las condiciones que llevaron acertadamente o no a la sociedad a sus modelos de representación a tomar la decisión, como si fuera una sin razón. No se tiene en cuenta que sí le subyacen razones. Validas o no, sirvieron de principio para que los representantes de esa sociedad hayan decidido optar para ese camino.

Por ende se hace necesario dar validez a los argumentos del contrario. Las experiencias con las que chocamos por distintas razones, con las que manifestantes

tan fuertes y sonantes desacuerdos deben ser y hacer parte del diálogo. No se debe pensar que el descredito total de lo acontecido, por más lesivo que pueda haber resultado para diferentes sectores de la sociedad, es la forma por excelencia de resolver los conflictos que encarnan los nuevos retos de transformación social, dado que hacerlo mutilamos parte del aspecto crítico del rol que los diferentes actores sociales han tenido en determinados espacios, dándoles como único camino el sometimiento al desprecio, ese mismo que se pretende, se supere, para dejar de ser la condición básica que afrontan los mismos consumidores.

Experiencias como las de la paz lo demuestran. La paz se hace con el enemigo, con el contrario, pero la condición de reconocerle su papel y el porqué de sus actuaciones, la motivación de ellas para el caso de la droga se hace necesario, de ser el caso la etapa de juzgarle para la historia o el sistema judicial, de darse el caso, no son un pilar fundamental del debate que pretende reconocer las causas de esas acciones emprendidas en nuestro caso para la solución y abordaje del problema de la droga.

Otro ejemplo que puede servir para la comprensión, y que es más cercano al debate de la droga podría ser el de la violencia por ejemplo estatal. Al Estado se le suele cuestionar porque ese uso legítimo de la fuerza que ejerce contra la población muchas veces es desmedido. Pero reconocer que una sociedad violenta potencia esa misma instrumentalización de la fuerza por parte de aparatos como los que tiene a disposición el Estado no es una pérdida. Todo lo contrario, reconocer que parte de las manifestaciones más básicas de los aparatos legales y normados de una sociedad, bien pueden ser parte o el reflejo mismo de nuestra sociedad, permite a la vez, transformaciones mucho más reales de las que se podrían lograr solo a partir del menosprecio o la división social de apuntar a responsabilidades únicas.

### La cohesión social

Causa controversia para muchos el tener parte en la solución de problemas que en apariencia le son ajenos. El público no consumidor de droga, en general, no reconoce su papel como parte de la solución. Pedir su participación en la solución al problema termina por asemejarse o ser asimilado como pedirle que tome parte en la solución por ejemplo de acabar con la inseguridad. Más cuando la solución que se tiene en mente implica tratamiento para el consumidor partiendo de superar el señalamiento que se le hace y que lo margina. Tomar una posición que implica

•Conclusiones•

tolerancia y un esfuerzo conjunto de la sociedad, se relaciona con tolerar al ladrón y esforzarse por sacarle de dicha condición. Para muchos, tales intentos están por fuera de toda lógica. Para otra parte de la sociedad, el esfuerzo se equipara a ayuda y beneficencia, lo que no es lo más deseable.

Romper con los dispositivos ya insertados y que se consideran innatos para la concepción que se tiene de las cosas, es un camino de difícil solución, pero no imposible. La ruptura de estas ideas no se puede dar por imposición, pues su efecto es adverso. Sin embargo, parte de la solución ya está dada en los mismos dispositivos de que se dispone todo el tiempo. Las personas prefieren lo que les beneficia por encima de lo que les afecta. Y muchas de las preferencias están sustentadas en la creencia de que tienen cierto beneficio.

Entonces, parte de lo que sería deseable lograr en un tratamiento que no pretenda el aniquilamiento y desaparición de los consumidores y de los mismos productores, debe tener un beneficio para la parte de la sociedad no consumidora habitual, más cuando esta es mayoría, no por estar cohesionada en torno a una postura sobre la droga, sino por el mismo hecho de no consumir, o de que tampoco hace parte directamente en la cadena de producción y comercialización. El beneficio de hacer parte de la solución al problema debe ser más tangible. Ha de permitirle al ciudadano que no hace parte de esta cadena, reconocer lo beneficioso que también resulta para él, la puesta en marcha de los planes y políticas que dan tratamiento y solución al problema en su conjunto.

No es una racionalización de costo beneficio lo que aquí se propone tener en cuenta para que la sociedad se haga participe. Tampoco es un gana-gana propiamente dicho. El primer elemento que se debe tener en cuenta es la no lejanía de los problemas que aquejan a la sociedad. Pero tampoco por ello plantear su cercanía inmediata por el efecto de pánico y miedo que esto genera. Lo que si se hace necesario plantear es que el tratamiento efectivo incluye a la población en general y que tal brebaje o elixir para solucionar un problema como el de la droga no existe, ni se encuentra disponible para la compra en la farmacia de la política estatal. Es una construcción de participación vinculante, en donde la misma inacción puede tener cabida en la medida de sostener lógicas que favorezcan las acciones a favor de dicha solución. Es decir, se deben tratar de funcionalizar los elementos que en apariencia pueden no ser beneficiosos para el problema, así no lo afecten.

Si se piensa detenidamente, las diferentes esferas y organizaciones que se encuentran en el camino de dar soluciones y tratamientos al problema y a los daños colaterales de la droga en todas sus fases, difícilmente poseen un común denominador, un código que se base en el respaldo social por sus iniciativas. Son poco vinculantes. La cohesión en torno al problema es poco evidenciable, y cuando lo es, lo hace en torno a rutas ya experimentadas. Parece imposible no retomar las sendas que han dejado toda una estela de resultados nefastos, el radicalismo no permite alcanzar un debate serio y una participación real, que derive en una cohesión social en torno al tratamiento del problema, sino muy por el contrario, en llevar a cabo, una serie de acciones preconcebidas y pre direccionadas para alcanzar una solución inequívoca que parece universal y que erradica el problema de raíz, pero que no incluye a la sociedad misma, sino que le deja en un escenario de validación por vía del silencio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, B. (2000). The Globalization of Addiction. *Addiction Research*. 8 (6), 501-526.
- Bigwood, J. (2006). "Repeating Mistakes of the Past: Another Mycoherbicide Research Bill", Drug Policy Alliance. *Drugpolicy.org*. Recuperado de: <http://www.drugpolicy.org/docUploads/Mycoherbicide06.pdf>
- Communities That Care. (Sf). Implementing the Communities That Care Operating System. *CommunitieThatCare.net*. Recuperado de: <http://www.communitiesthatcare.net/getting-started/ctc-training/>
- Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. (2008). Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas, 2009-2010. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/planna/PLAN%20NACIONAL%20DEMANDA.pdf>
- Council on Foreign Relations. (2009). Mexico's Drug War. *CFR.org*. Recuperado de: <http://www.cfr.org/publication/13689/>
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2008). Acuerdo 405 de 2008, Recuperado de: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/acuerdos/Acuerdo%20405%20de%202008%20-%20Presupuesto%20Fosyga%202009.pdf>
- Córdoba, J. J. y Rangel, M. A. (Coords. de ponentes). (2008). Informe de ponencia al proyecto de acto legislativo no. 016 de 2008 cámara por la cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Bogotá: Congreso de la República de Colombia - Cámara de Representantes.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2007). Proyecciones nacionales y departamentales de población. 2006-2020, Bogotá: DANE.
- Drug Enforcement Administration. (2003). A Tradition of Excellence. The History of DEA from 1973 to 2003. Recuperado de: <http://www.justice.gov/dea/pubs/history>

- Degenhardt, L. et al. (2008). 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 (7). p. 1059.
- Departamento Nacional de Planeación. (2008). Gastos del Estado colombiano en la lucha contra el problema de las drogas (2005-2006). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de: [http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/Gasto\\_Drogas\\_\\_2005-2006\\_\\_07\\_May\\_2009\\_VF\\_2\\_.pdf](http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/Gasto_Drogas__2005-2006__07_May_2009_VF_2_.pdf)
- “Dueños de centro de rehabilitación amenazaban para que no denunciaran torturas, dicen vecinos”. *Eltiempo.com*, junio 17 de 2009.
- Ecosoc / Comisión de Estupefacientes. (2009). “Proyecto de Declaración política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas: Comisión de Estupefacientes.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Emcdda). (2005). *Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches*. Recuperado de: [http://www.eldd.emcdda.europa.eu/attachements.../att\\_10080\\_EN\\_EMCDATP\\_01.pdf](http://www.eldd.emcdda.europa.eu/attachements.../att_10080_EN_EMCDATP_01.pdf)
- “Expanding drug treatment: Is US ready to step up?”. *ABC News*, November 9. 2009, Recuperado de: <http://abcnews.go.com/Business/wireStory?id=9032639>
- Fazio, C. (1997). México: El caso del narco-general. *TNI /Acción Andina*. Crimen uniformado: Entre la corrupción y la impunidad. México: TNI y AcciónAndina / Cedib.
- Fournier, G. (2002). *Drugs Policy Under Colonial Time: lessons from the past*. *Global Drug Policy. A Historical Perspective*. Senlis: The Senlis Council. Recuperado de: [www.senliscouncil.net](http://www.senliscouncil.net)
- Friedman, M. (1991). *The War We Are Looking*. M. Krauss y E. Lazear (Ed.) *Searching for Alternatives: Drug Control Policy in the United States*. Stanford: Hoover Institution.
- Gao, G. et al. (2003). *Clinical Study for Alleviating Opiate Drug Psychological Dependence by a Method of Ablating the Nucleus Accumbens with Stereotactic Surgery*. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*. 81. pp. 96-104.
- Gerstein, D. & Harwood, H. (1990). *Treating drug problems*. Vol. 1. A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems. Washington DC: National Academy Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Gómez Osorio, A. (2009). Consumo de droga como falta menor, con rehabilitación obligatoria al adicto, propone el Gobierno. *El Tiempo.com*. (25 de marzo). Recuperado de: [http://www.eltiempo.com/colombia/politica/consumo-de-droga-como-falta-menor-con-rehabilitacion-obligatoria-al-adicto-propone-el-gobierno\\_4896587-1](http://www.eltiempo.com/colombia/politica/consumo-de-droga-como-falta-menor-con-rehabilitacion-obligatoria-al-adicto-propone-el-gobierno_4896587-1)

## •Bibliografía•

- Gómez, R. (En imprenta). Costos jurídico-administrativos de la persecución penal al consumo de estupefacientes en Colombia. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Granfield, R. (2004). Addiction and Modernity: A Comment on a Global Theory of Addiction. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, (Special Issue on Addiction and the Life Course). 44. pp. 29-34.
- Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalization in Portugal. Lesson for Creating Fair and Successful Drug Policies. Washington: Cato Institute.
- Human Rights Watch. (2000). Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drug. A Human Rights Watch Report. (12), 2.
- Human Rights Watch. (2003). Locked Doors: The Human Rights of People with HIV/AIDS in China. New York: Human Rights Watch.
- International Centre for Prison Studies. (2009). World Prison Brief. Recuperado de: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief>
- “It’s time to Legalize Drugs”, The Washington Post, August 17, 2009, Recuperado de: <http://www.washingtonpost.com/wp-yn/content/article/2009/08/16/AR2009081601758.html>
- Jelsma, M. & Metaal, P. (2004). Cracks in the Vienna Consensus: The UN Drug Control Debate. *Wola Drug War Monitor*. p. 24.
- Jensema, E. & F. Thoumi. (2003). Drug policies and the funding of the UNODC. *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Lisboa: Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy. pp. 32-39.
- Juny, A. & Huili, S. (2004). Analysis of 272 Cases of Swallowing Foreign Body in Compulsory Detoxification. *China Journal of Drug Dependence*. 13(3). pp. 221-223.
- Kandel, D.B., & Logan, J.A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to early adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use and discontinuation. *American Journal of Public Health*. 74. pp. 660-665.
- Kerlikowske, G. (2009). Statement. 2009 International Association of Chiefs of Police Annual Conference. Denver, USA. Recuperado de: [http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/speech09/100309\\_iacp.pdf](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/speech09/100309_iacp.pdf)
- Krauss, M. & Lazear, E. (1991). Searching for Alternatives: Drug Control Policy in the United States. Stanford: Hoover Institution.
- Latin American Commission on Drugs and Democracy. (2009). Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift. Recuperado de: <http://drugsanddemocracy.org/blog/archives/category/highlights>
- Leroy, B. (2003). International drug policy: challenges and perspectives. *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Lisboa: Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy. pp. 7-14.
- Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease and it matters. *Science*. p. 278.

- López, A. (2000). Colombia: de la prohibición a la guerra contra las drogas. El malpensante. (25). Bogotá: El malpensante. pp.83 -105.
- Marx, C. (1975). El capital. Crítica de la economía política. México: Siglo XXI.
- Matthiessen, T. (2000). El arte político de conciliar. El tema de las drogas en las relaciones entre Colombia y Estados Unidos, 1986 – 1994. Bogotá: FESCOL – CEREC – FEDESA-RROLLO.
- Mcguire, J. (ed.) (1995). What Works Reducing Reoffending. Chichester: John Wiley and Sons.
- McLellan, A. et al. (1997). Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations and Appropriate Comparisons. Egertson, A. et al., (Eds.) Treating Drug Abusers Effectively. Malden: Blackwell. pp. 7–40.
- McLellan, A.T.; Chalk, M. & Bartlett, J. (2007). Outcomes, performances, and quality: What’s the difference?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32 (4).
- Mendelevich, V. (2006). Narcology: Drug treatment in Russia, Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform. Open Society Foundations. Recuperado de: [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd\\_20060316](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd_20060316)
- Miron, J. (1999). "Violence and the US Prohibition of Drugs and Alcohol". *American Law and Economics Review*. 1, USA: Fall. pp.78 -114.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación Fes Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: C&C Gráficas, Ltda. Recuperado de: <http://tinyurl.com/pxyzkxy>
- Naim, M. (2009). Wasted. *Foreign Policy*. Recuperado de: [http://www.foreignpolicy.com/story/cms.php?story\\_id=4861](http://www.foreignpolicy.com/story/cms.php?story_id=4861)
- National Drug Control Strategy. (2009). FY 2010 Budget Summary. White House Drug Policy. Recuperado de: [http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/10budget/exec\\_summ.pdf](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/10budget/exec_summ.pdf)
- Office of Applied Studies. (2001). Treatment Episode Data Set (TEDS) 1994-1999: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. Rockville, MD: SAMHSA.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de SPA. Washington, D.C.: OPS /OEA-CICAD. pp. 247 -249.
- Organización De Las Naciones Unidas. (1998). Declaración política aprobada por resolución de la Asamblea General de la Sesión Especial (UNGASS). Nueva York: Naciones Unidas – Vigésimo período de sesiones extraordinarias, temas 9,10 y 11 del programa.
- “Plan Colombia: ¿Construcción de paz o sobredosis de guerra?”. Desde abajo (Suplemento Especial). Marzo, 2000.
- Policía Nacional De Colombia. (Sf). Informe integral de gestión institucional año 2013. Bogotá: Oficina de Planeación. Recuperado de: <http://tinyurl.com/oxs9thm>

## •Bibliografía•

- Polyakov, U.; Anichkov, A. & Konenkov, S. (2002). Sterotaxic Bilateral Cryocingulotomy in Complex Treatment of Opioid Drug Addicts. *Functional neurosurgery: Materials of the Third All-Russia Congress of Neurosurgeons*. Recuperado de: [www.neuro.neva.ru](http://www.neuro.neva.ru)
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*. (33), 4. Recuperado de: <http://tinyurl.com/pdvedxy>
- Rabasa, A. & Chalk, P. (2001). *Colombian Labyrinth. The Synergy of Drugs and Insurgency and Its Implications for Regional Stability*. Santa Monica: RAND Corporation.
- “Rehabilitación o maltrato. Ve a esta denuncia y juzgue usted mismo”. Séptimo día. 24 de julio de 2009. Recuperado de: <http://www.caracol.com.co/video/146825-rehabilitacion-o-maltrato-vea-esta-denuncia-y-juzgue-usted-mismo?page=2>
- Repizo, J. (1947). “Los mascadores de coca en el Huila”. Bonilla, G. (recopilador) *El problema del cultivo y masticación de coca en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Higiene de la República de Colombia.
- República de Chile. (Sf). Evaluación de la ley 20.000. Cámara de Diputados de Chile - Departamento de Evaluación de la ley. Recuperado de: <http://tinyurl.com/q58zmvj>
- República de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes. Bogotá: Congreso de la República. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774>
- República De Colombia. (2009). Decreto 2645 de 2009. Recuperado de: [http://www.secretaria-senado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2009/decreto\\_2645\\_2009.htm](http://www.secretaria-senado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2009/decreto_2645_2009.htm) “Rescatadas 107 personas en centro para adictos en México”. *El Universal*. Diciembre 4 de 2009. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/98949.html>
- Reuter, P. (2001). The Limits of Supply Side Control. *The Milken Institute Review*, Jan- Mar. pp.15-23.
- Reuter, P. (2008). Assessing U.S. Drug Policy. Materials for the first debate of the Latin American Commission on Drugs and Democracy. Recuperado de: [http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter\\_reuter\\_ingles.pdf](http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter_reuter_ingles.pdf)
- Robins, L. (1993). Vietnam veterans’ rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation?. *Addiction*. (88), 8 . pp. 1041-1054.
- Room, R. (2003). Addiction concepts and international drug control. *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Lisboa: Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy. pp. 15- 23.
- Sanford, S. And Arrigo, B. (2005). Lifting the Cover on Drug Courts: Evaluation Findings and Policy Concerns. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. (3) 49.
- “Se abre debate por “tribunal especial” para portadores de droga”. *El Tiempo.com*. 2009, marzo 3. Recuperado de: [www.eltiempo.com/colombia/politica/se-abre-debate-por-tribunal-especial-para-portadores-de-droga\\_4851588-1](http://www.eltiempo.com/colombia/politica/se-abre-debate-por-tribunal-especial-para-portadores-de-droga_4851588-1)

- Shifter, M. (1999). Colombia at War. *Current History*. (98) 626. pp. 120-121.
- Sinha, J. (2001). The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions (documento preparado para el Comité Especial sobre Drogas Ilícitas del Senado Canadiense). Recuperado de: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/history-e.htm>
- Stalenkrantz, B. (2002). The tragic outcome of Sweden's dream of a drug free society. *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Lisboa: Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy. pp. 146-150.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2008). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k7nsduh/2k7Results.pdf>
- The Beckley Foundation Drug Policy Program. (2008). Recalibrating the Regime. The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy. International Harm Reduction Association (IHRA), Human Rights Watch (HRW), and the Canadian HIV/AIDS Legal Network (Chaln)
- The Economist. (2000). "A Muddle in the Jungle", March 4, [TheEconomist.com](http://TheEconomist.com)
- The Economist. (2000). "A New War," January 15, [TheEconomist.com](http://TheEconomist.com)
- Thompson, E. P. (1966). *The Making of the English Working Class*. New York: Random House.
- Thornton, M. (1991). *The Economics of Prohibition*. Salt Lake City: University of Utah.
- Tobón, S. & Gutiérrez, I. (2015). Política de drogas en Colombia: congestión y corrupción, otras caras del fracaso. *Razón pública.com*. Recuperado de: <http://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/8290-pol%C3%ADtica-de-drogas-en-colombia-congesti%C3%B3n-y-corrupci%C3%B3n,-otras-caras-del-fracaso.html>
- Torres, Y. & Maya J. M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados a delincuencia juvenil. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud CES.
- Transnational Institute. (2002). Drogas: Polarización y parálisis en la ONU. Superando el impase. Drogas y Conflicto – Documento de Debate (5). p. 16.
- Uk Drug Policy Commission. (2009). Moving towards Real Impact Drug Enforcement Strategy and policy implications. Recuperado de: [http://www.ukdpc.org.uk/resources/HR\\_Enforce\\_Policy\\_Briefing.pdf](http://www.ukdpc.org.uk/resources/HR_Enforce_Policy_Briefing.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2002). Results of a Pilot Survey of Forty Selected Organized Criminal Groups in Sixteen Countries. Vienna: Center for International Crime Prevention. New York: United Nations Publications.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2003). *Global Illicit Drugs Trends 2003*. New York: United Nations Publications.

## •Bibliografía•

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2007). Sweden's Successful Drug Policy: A review of the Evidence. Vienna: Unodc.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). 2008 World Drug Report. New York: United Nations Publications. Recuperado de: <http://www.Unodc.org/Unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Vienna: Treatnet - Good Practice Document.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). A Century of International Drug Control. New York: United Nations Publications. Recuperado de: <http://www.Unodc.org/Unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Annual report 2009. Vienna: Unodc.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la sociedad. Cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas. Viena: Unodc.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). A Century of International Drug Control. New York: United Nations Publications.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Annual report 2009. Vienna: Unodc.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). Informe Mundial de Drogas 2009. Resumen ejecutivo. New York: United Nations Publications. Recuperado de: [http://www.Unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.Unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)
- Uprimny, R. (2003). Drogas, Derecho y Democracia. *mamacoca.org*. En: [http://www.mamacoca.org/FSMT\\_sept\\_2003/es/doc/uprimny\\_drogas\\_y\\_democracia.htm#\\_ftn1](http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/uprimny_drogas_y_democracia.htm#_ftn1)
- U.S. Department of State. (1999). International Narcotics Control Strategy Report. Washington: Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. Recuperado de: [http://www.state.gov/www/global/narcotics\\_law/1999\\_narc\\_report/index.html](http://www.state.gov/www/global/narcotics_law/1999_narc_report/index.html)
- Wexler, D. (1997). Book review: A Review of «What Works: Reducing Reoffending». *Behavioral Sciences & the Law*. 15, 3. pp. 365-370.
- White House Czar Calls for End to 'War on Drugs'. *The Wall Street Journal*. Mayo 14. Recuperado de: <http://online.wsj.com/article/SB124225891527617397.html>
- White, W. (2004). The history and future of peer-based addiction recovery support services, prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction Initiative 2004. Summit, Washington DC.
- White, W. And Cloud, W. (2008). Recovery Capital: A Primer for Addiction Professionals. *Counselor Magazine*. Recuperado de: <http://www.counselormagazine.com/feature-articles-mainmenu-63/27-treatment-strategies-or-protocols/816-recovery-capital-a-primer-for-addiction-professionals>

- World Health Organization. (2009). *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam*. Manila: World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific.
- Zirnite, P. (1998). The Militarization of the Drug War in Latin America. *Current History*. 97/618.

## NOTAS

I 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.

II La reforma adicionó el artículo 49 de la Constitución Política, el cual establece la atención de salud y el saneamiento básico como derechos cuya garantía está a cargo del Estado, con el siguiente texto: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.”*. Ver República de Colombia. “Acto Legislativo No. 2 de 2009”, Diario Oficial, No. 47.570, disponible en [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto\\_legislativo\\_02\\_2009.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto_legislativo_02_2009.html)

III Ver Sinha, J. 2001. “The History And Development of the Leading International Drug Control Conventions,” documento preparado para el Comité Especial sobre Drogas Ilícitas del Senado Canadiense. Disponible en: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-e/ille-e/library-e/history-e.htm>. Sinha refiere dos figuras prominentes que estuvieron al frente de la División de Narcóticos de Canadá y la Oficina Federal de Narcóticos de EEUU durante más de 30 años, el Coronel Charles Henry Ludovic Sharman y Harry J. Anslinger, respectivamente. Ambos fueron claves para asegurar la continuidad orgánica y doctrinaria del sistema internacional de fiscalización de drogas después de la Segunda Guerra Mundial, pues estuvieron muy involucrados en el desarrollo de la doctrina prohibicionista y los mecanismos de control internacional que se consolidaron durante la década de los 30 e incidieron decisivamente para que en el marco de la ONU, los organismos encargados del control internacional de drogas

estuvieran en manos de representantes de perfil policial y judicial de los Estados miembros, en oposición a perfiles orientadas hacia la salud pública o política social.

IV La Comisión de Estupefacientes se integra con once representantes de Estados de África y Asia, respectivamente, diez de Estados de América latina y el Caribe, seis de Estados de Europa Oriental, catorce de Europa Occidental y otros Estados y uno asiento que rota cada cuatro años entre Estados de Asia, América Latina y el Caribe.

V Según ciertos autores, esta regla aplica desde cuando EE. UU. perdió su poder de voto por no pagar las cuotas que adeuda como Estado Miembro a la ONU. De ser así, ello reflejaría el grado de influencia que ejerce EE. UU. sobre esta Comisión en particular. Ver Transnational Institute. 2002. Drogas: Polarización..., op. cit., p. 6.

VI Desde la década de los 70 el desarrollo de mycoherbicidas se realiza con múltiples variedades de dos especies de hongos: el *Fusarium oxysporum*, destinado a eliminar plantas tanto de coca como de marihuana y el *Pleospora papaveracea*, cuya función es eliminar la amapola. Los mycoherbicidas actúan como una fábrica de mycotoxinas que disuelven las estructuras celulares de las plantas. Suele atacar las raíces, causando el marchitamiento de la planta hasta su muerte. Los mycoherbicidas permanecen latentes en el ambiente por períodos que van desde unos meses hasta años, y son capaces de mutar para atacar diferentes especies vegetales. Las mycotoxinas fueron originalmente descubiertas luego de que miles de personas murieran debido a hemorragias internas después de comer pan que se hizo con cereal almacenado durante el invierno y contaminado con *Fusarium*, durante los 40 en la Unión Soviética. Ver Bigwood, J. 2006. "Repeating Mistakes of the Past: Another Mycoherbicide Research Bill", Drug Policy Alliance, en <http://www.drugpolicy.org/docUploads/Mycoherbicide06.pdf>.

VII Entre las principales actividades del CPCI se cuentan los programas globales contra la corrupción, la trata de personas y el crimen organizado. En 1999 el CPCI inició una línea de trabajo y la preparación de manuales sobre medidas de prevención del terrorismo. Esta rama de actividad creció significativamente luego de los ataques contra las Torres Gemelas en 2001. Dos tratados internacionales de las Naciones Unidas entraron en vigor en 2003; la Convención contra el Crimen Transnacional y la Convención contra la Corrupción, los cuales fueron gestionados a través del CPCI.

VIII Órgano principal del Sistema de Naciones Unidas para orientar políticas en relación con la prevención del delito y la justicia penal. Esta Comisión formula lineamientos de política internacional acerca de la trata de personas, el crimen transnacional y aspectos de prevención del terrorismo. También, hace seguimiento del uso y aplicación de los estándares y normas de las Naciones Unidas para combatir el delito internacional. Es además un foro de intercambio de experiencias, información y experticia entre los Estados miembro en materia de prevención del delito y justicia penal, y apoya la identificación de prioridades y el desarrollo de estrategias nacionales e internacionales para combatir el delito. Coordina esfuerzos con otros órganos de las Naciones Unidas con mandatos específicos en el campo del delito y la justicia penal, entre ellos, el Consejo de Seguridad, la Conferencia de Suscriptores de la Convención contra el Crimen Transnacional Organizado al igual que la de la Convención contra la Corrupción.

IX Ver Consejo Económico y Social. 2009. "Proyecto de Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas", Viena: Comisión de Estupefacientes - 52º período de sesiones, temas 12 a 14 del programa provisional.

X Los casos referidos en adelante en este aparte están documentado en el siguiente informe: The Beckley Foundation Drug Policy Program (2008). *Recalibrating the Regime. The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy*, International Harm Reduction Association (IHRA), Human Rights Watch (HRW), and the Canadian HIV/AIDS Legal Network (CHALN).

XI Investigaciones realizadas por Human Rights Watch han establecido que en EUA, entre la población masculina condenada por delitos relacionados con droga, la proporción de afro descendientes es 13,4 veces superior a la de blancos. Más aún, el 63 % de los infractores relacionados con drogas que son admitidos al sistema penitenciario estatal en ese país son afrodescendientes. Eso en un país donde la participación de los afrodescendientes en el total de la población no alcanza al 13 %. Como lo señala Human Rights Watch, de no ser por la "guerra contra las drogas", la población carcelaria negra en EUA sería significativamente menor. Ver Human Rights Watch (2000). *Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drug, A Human Rights Watch Report*, Vol. 12, No 2(G). Es sugestiva la relación entre la discriminación contra sustancias psicoactivas provenientes del mundo colonizado que consagra la Convención Única de 1961, con la discriminación que se evidencia en la aplicación de la ley anti-

## •Notas•

drogas en contra de poblaciones predominantemente originaria de países colonizados. La asociación prejuiciada entre las sustancias fiscalizadas y la “características pre-modernas de los pueblos colonizados” se ilustra bien en un escrito de Jeremías Repizo Cabrera, un joven médico de la Universidad Nacional de Colombia, en el cual refiere el problema de los masticadores de coca en el Huila en una publicación del Ministerio de Higiene de 1947, en los siguientes términos: “...Por lo común, los hijos de los viejos masticadores son idiotas y degenerados. Son una pesada carga para el Estado. Fácilmente sugestionables, se les induce sin dificultad a la comisión de crímenes espantosos. Su moral es la fuerza del instinto. Si no tienen coca, ni dinero para conseguirla, hurtan, roban, hacen cosas increíbles para conseguirla... Y por sobre todas las cosas, [el indígena] es mentiroso. Torpemente, estúpidamente mentiroso. La idiotez es su patrimonio común”. Ver Repizo, J. (1947). “Los masticadores de coca en el Huila”, en Bonilla, G. (recopilador). El problema del cultivo y masticación de coca en Colombia, Bogotá: Ministerio de Higiene de la República de Colombia, citado por López, 2000 “Colombia: de la prohibición a la guerra contra las drogas”, *El Malpensante*, 25, pp.83 -105.

XII Ver por ejemplo, Stalenkrantz, B. (2002). “The tragic outcome of Sweden’s dream of a drug free society”, en *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Senslis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, pp. 146-150.

XIII Ver Latin American Commission on Drugs and Democracy. 2009. *Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift*, en <http://drugsanddemocracy.org/blog/archives/category/highlights>. Los estudios acerca de la evolución de la población carcelaria en el mundo entre 1992 y 2007, incluidos sindicados y condenados, muestra una tendencia al crecimiento acelerado. Mientras la población mundial crece entre el 2 y 3 % anual, la población carcelaria en países como Brasil, México y Países Bajos se ha incrementado a una tasa anualizada entre 6 y 9 %. En EUA y Colombia la población carcelaria durante el período aumentó a una tasa anual entre 4 y 5 %. Ver International Centre for Prison Studies (2009). “World Prison Brief”, en <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/>.

XIV Al respecto, se señalan los resultados positivos obtenidos mediante las campañas de información y prevención sobre el consumo del cigarrillo con base en lenguaje claro y argumentos que son coherentes con la experiencia del público al cual van dirigidos, como una demostración de la efectividad de este tipo de estrategias para promover cambios sociales y culturales al igual que una significativa disminución del consumo de cigarrillo durante los últimos años.

XV La ley establece como dosis de uso personal una cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos.

XVI Las violaciones de derechos humanos asociados a regímenes de tratamiento obligatorios para consumidores han sido ampliamente documentados. En China, quienes son detenidos por posesión y uso de drogas ilícitas pueden ser reclusos en centros de desintoxicación forzosa sin que medie proceso judicial alguno. Allí los detenidos son obligados a realizar trabajos forzados no pagos y sometidos a procesos militarizados de “educación psicológica y moral”. Numerosas investigaciones han documentado maltratos extremos bajo la designación de “tratamientos de rehabilitación”, entre ellos, la administración de choques eléctricos mientras se observan imágenes de uso de drogas. Bajo este tipo de régimen, los consumidores de drogas son blancos fáciles y frecuentes de maltrato y detención por parte de la policía, particularmente cuando se fijan “cuotas” de detención, tal como las que han sido documentadas por Human Rights Watch en sus informes sobre Rusia, Kazakstán y Ucrania. La presión para alcanzar metas de operatividad y lograr condenas judiciales con frecuencia incentiva a la policía a utilizar la tortura y otras tácticas abusivas para extraer confesiones de delincuentes sindicados, manipulando la adicción a drogas como medio para coaccionar testimonios de consumidores de drogas. Se han reportado casos en los que la policía de Ucrania explota los síntomas de abstinencia para obtener información y extorsionar dinero de consumidores de droga. El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas ha expresado su consternación sobre numerosas condenas por uso de drogas basadas exclusivamente en confesiones en ese país en particular. Ver The Beckley Foundation Drug Policy Program (2008). *Recalibrating the Regime. The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy*, International Harm Reduction Association (IHRA), Human Rights Watch (HRW), and the Canadian HIV/AIDS Legal Network (CHALN).

XVII De acuerdo con los ponentes, “Torres y Maya mencionan al respecto que el consumo de sustancias psicoactivas se asocia a la delincuencia juvenil con una escala de riesgo mayor para la cocaína, seguida por los tranquilizantes, los agentes inhalables, la marihuana, éxtasis y bazuco”. Además señalan que en distintas ciudades del país el consumo de sustancias psicoactivas además de incidir en la comisión de distintos delitos, lleva así mismo a que

los jóvenes se vinculen con el expendio de drogas. Ver Torres, Y. y Maya J. M. (2000). "Consumo de Sustancias Psicoactivas y Otros Factores Asociados a Delincuencia Juvenil", Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud CES. El encuadre peligrosista desde el cual el proyecto presenta al consumidor de estupefacientes como un delincuente en potencia y justifica la sanción de comportamientos personales no por lo que efectivamente sino por lo que "posiblemente hará", expone a la persona a una política que no solo lucha contra la droga sino contra los consumidores de la misma. Medidas de este tipo dejan a los consumidores en una situación de alta vulnerabilidad frente a abusos y extorsiones por parte de la policía y otros servidores públicos, al igual que a violaciones de los derechos humanos tales como las que se relacionan más adelante en este capítulo, lo cual en la práctica se traduce en un marginamiento social aún mayor para los consumidores de drogas.

XVIII Al respecto, con frecuencia se señala en la literatura especializada que entre las consecuencias prominentes del régimen norteamericano de lucha contra las drogas se destaca una abultada población carcelaria del orden de quinientos mil internos por ofensas relacionadas con las drogas, en su vasta mayoría perteneciente a minorías étnicas de bajos ingresos. La probabilidad de que un hombre negro sea encarcelado en una prisión estatal por un delito relacionado con drogas es 14 veces mayor que la de un hombre blanco no hispánico. Contra todo principio de justicia, en EUA persisten penas desproporcionadamente altas en relación con el 'crack', cuyo uso es más extendido por comunidades urbanas pobres y negras, frente a la cocaína típicamente consumida por estratos con niveles de ingreso medios a altos. Más aún, a pesar de que la población carcelaria por delitos relacionados con drogas se duplicó entre 1990 y 2005 en EUA, el precio promedio por gramo de coca en la calle en ese país se redujo de US\$200 a US\$100 durante el mismo período. Ver Human Rights Watch. 2000. "Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drug", *A Human Rights Watch Report*, Vol 12, n.º 2(G). Ver también Reuter, P. 2008. "Assessing U.S. Drug Policy". Materials for the first debate of the Latin American Commission on Drugs and Democracy, en [http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter\\_reuter\\_ingles.pdf](http://drugsanddemocracy.org/files/2008/06/peter_reuter_ingles.pdf).

XIX La ley portuguesa prevé que estas comisiones estarán integradas por tres miembros, uno de ellos designado por el Ministerio de Justicia y los dos restantes por el Ministerio de Salud.

XX Ver por ejemplo, "Dueños de centro de rehabilitación amenazaban para que no denunciaran torturas, dicen vecinos", *eltiempo.com*, junio 17 de 2009; y "Rehabilitación o maltrato. Vea esta denuncia y juzgue usted mismo" *Séptimo día*; 24 de julio de 2009, en <http://www.caracoltv.com/video146825-rehabilitacion-o-maltrato-vea-esta-denuncia-y-juzgue-usted-mismo?page=2>

XXI Ver "Rescatadas 107 personas en centro para adictos en México", *El Universal*, diciembre 4 de 2009, en <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/98949.html>; ver también. WHO. 2009. *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam*, Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific.

XXII Ver también Juny A, & Huili S. 2004. "Analysis of 272 Cases of Swallowing Foreign Body in Compulsory Detoxification," *China Journal of Drug Dependence (zhongguo yaowu yilaixin zazhi)*, 13(3), 221-223.

XXIII Ver por ejemplo, Human Rights Watch. 2003. *Locked Doors: The Human Rights of People with HIV/AIDS in China*, New York: Human Rights Watch; Gao G, Wang X, He S, Li W, Wang Q, Liang Q, et al. 2003. "Clinical Study for Alleviating Opiate Drug Psychological Dependence by a Method of Ablating the Nucleus Accumbens with Stereotactic Surgery," *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 81, 96-104; y Polyakov U., Anichkov, A., & Konenkov, S. 2002. "Sterotaxic Bilateral Cryocingulotomy in Complex Treatment of Opioid Drug Addicts", en *Functional neurosurgery: Materials of the Third All-Russia Congress of Neurosurgeons*. Disponible en [www.neuro.neva.ru](http://www.neuro.neva.ru); Mendeleovich V. 2006. "Narcology: Drug treatment in Russia", Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform., disponible en [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd\\_20060316](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd_20060316);

XXIV Por esta razón la neurociencia marca diferencias cualitativas en la condición clínica y estado del cerebro asociados, de una parte, con los efectos tóxicos producidos como consecuencia del consumo de grandes cantidades de SPA, y por otra, con el estado de farmacodependencia.

XXV Los estudios realizados con SPA señalan que cada sustancia actúa a través de mecanismos idiosincrásicos del cerebro. No obstante, prácticamente todas las SPA producen efectos comunes, directos o indirectos, sobre un único trayecto profundo dentro del cerebro. En este trayecto, el sistema de gratificación mesolímbico, se

•Notas•

extiende desde el segmento ventral hacia el núcleo accumbens con proyección a áreas tales como el sistema límbico y la corteza orbitofrontal. La activación de este sistema aparentemente es el elemento común que crea el hábito de consumo de sustancias farmacodependientes. Tal actividad no está asociada a ninguna sustancia en particular: todas las sustancias que crean dependencia afectan el mismo circuito. Adicionalmente resulta relevante destacar que *“Las rutas neuronales que afectan las sustancias psicoactivas son las mismas que se ven alteradas por muchos otros tipos de comportamiento humano, incluyendo comer, tener relaciones sexuales y participar en juegos de azar. En este sentido, el uso de sustancias psicoactivas, cuando menos inicialmente, es una parte del espectro del comportamiento humano que potencialmente puede producir placer o evitar el dolor.”* Ver OMS. 2005. *Neurociencia...* op. cit., p.241.

XXVI La abstinencia total para el resto de la vida es un resultado relativamente raro luego de un único episodio de tratamiento. Luego de completar exitosamente el tratamiento, las recaídas entre los farmacodependientes son más cercanas a la norma. Ver McLellan, A. et al. 1997. “Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations and Appropriate Comparisons,” En Egertson, A. et al., (Eds.) *Treating Drug Abusers Effectively*, Malden, MA: Blackwell, pp. 7–40.

XXVII Thompson en su historia de los orígenes de la clase trabajadora en Inglaterra documenta tanto la dislocación social y cultural de los nuevos proletarios así como el dramático incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre ellos durante este período. Ver Thompson, E. P. 1966. *The Making of the English Working Class*, New York: Random House.

XXVIII Treatnet es una red internacional de centros de recursos para el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de SPA que, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –ONUDD–, tiene el propósito de mejorar la calidad de tratamiento por medio de la cooperación, el intercambio de información y el empoderamiento de los veinte centros de recursos de distintas regiones del mundo que integran la red. La red Treatnet está comprometida con la síntesis, verificación y diseminación de buenas prácticas, y la aplicación de enfoques que recogen “el estado del arte” para ofrecer servicios eficaces de tratamiento y rehabilitación de la dependencia de SPA. En Colombia, una Empresa Social del Estado, denominada Centro de Atención y Rehabilitación de Salud Mental de Medellín –CARISMA–, forma parte de la red Treatnet. Ver [http://www.unodc.org/treatment/en/Colombia\\_resource\\_centre\\_6.html](http://www.unodc.org/treatment/en/Colombia_resource_centre_6.html)

XXIX Una parte de estas deserciones se debe a la inestabilidad de la recuperación propia de las etapas de iniciales del proceso, mientras otras se deben a las condiciones de del tratamiento por debajo de los estándares óptimos. Ver White, W., Kurtz, E., Sanders M. (2006). *Recovery Management*, Chicago; University of Illinois at Chicago - Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, p.18. Ver también National Institute on Drug Abuse.1999. Principles of Drug Addiction Treatment (NIH Publication No. 00-4180). Rockville, MD: NIDA. Ver también Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (2002). “Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2000. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services.” Rockville, MD: SAMHSA. De acuerdo con esta misma fuente, en 1999 el 58 % de las personas que buscaron tratamiento financiado con recursos públicos en EUA, habían recibido tratamiento previo: 23 % del total había recibido tratamiento una vez anterior, 23% entre dos y cuatro veces y el 12 % cinco o más veces. Ver Office of Applied Studies. (2001). “Treatment Episode Data Set (TEDS) 1994-1999: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services” Rockville, MD: SAMHSA.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA**  
de Colombia

Editado por la Universidad Católica de  
Colombia en julio de 2015, en tipogra-  
fía Times New Roman, tamaño 11 pts.  
Publicación digital  
Hipertexto Ltda.

Sapientia aedificavit sibi domum

Bogotá, D. C., Colombia

JUS-Penal es la colección que presenta los resultados de investigación, reflexión y análisis sobre las instituciones, doctrinas y prácticas relacionadas con la creación, interpretación y aplicación del derecho penal. Buscando esquemas más allá de los diseñados para interpretar la ley y teniendo como horizonte una mejor comprensión y desarrollo de la justicia penal colombiana e internacional, esta colección busca aportar elementos para el debate y la formación de un pensamiento penal crítico, tanto en la comunidad académica como en los profesionales que participan en el campo jurídico-penal.

### **Otros títulos de la Colección**

#### **JUS - Penal:**

- Derecho, seguridad y globalización
- Libertad de expresión y proceso penal
- El principio de complementariedad en el derecho penal internacional
- Bienes jurídicos
- Delitos de peligro abstracto en el derecho penal colombiano

LAS DROGAS.  
POLÍTICAS NACIONALES  
E INTERNACIONALES  
DE CONTROL, UNA  
INTRODUCCIÓN CRÍTICA

7

Este libro es un resultado de investigación que analiza los alcances y efectos de la reforma al artículo 49 de la Constitución Política por medio del Acto Legislativo N° 02 de 2009 que prohíbe, mas no penaliza, el consumo y porte de dosis mínimas de drogas ilícitas. También, examina la normatividad de orden legal que desarrolla esta enmienda constitucional, en particular con relación a la obligación del Estado de garantizar atención integral a personas con trastornos de consumo.

En el marco de los mecanismos, instrumentos e instancias de la política internacional de control de las drogas, la obra explora críticamente los antecedentes, el contenido y los alcances de la reforma al artículo 49 Superior, así como los efectos de los desarrollos legales que se desprenden de esta reforma, tanto sobre la política nacional de lucha contra las drogas, como sobre el objetivo de reducir el consumo de drogas ilícitas en el país, señalando los retos que Colombia enfrenta en el futuro en materia de política de control de drogas.

