

Comentarios y opiniones

Hugo Castro Temeride Ong

Proyecto de ley sobre reducción de riesgo y daño al uso de drogas en Colombia

De entrada, la reducción de daños es la manera más pragmática de resolver asuntos relevantes en la relación personas - uso de drogas - convivencia ciudadana. No esta superpuesta a otros servicio si no que se adhiere integra y dialoga con los recursos posibles para minimizar enfermedad y mortalidad para mejorar calidad de vida en una comunidad. En las personas se centra una lógica de respeto a sus derechos y su humanidad; en el uso de drogas acepta su existencia y atiende las desviaciones en materia de seguridad, salud y asistencia básica y en convivencia el impacto de las drogas se reduce y mejora la calidad de vida y la convivencia. En términos costo efectivos menos delito, menos muertes, menos accidentalidad, menos morbimortalidad, más productividad.

Con el paso del tiempo el escenario de uso de drogas transita a sustancias relativamente nuevas y cambia públicos, redes de trafico y morbimortalidad en población usuaria de drogas. En Colombia y sus regiones pervive un enfoque de cero tolerancia a las personas usuarias de drogas, enseñado y aprendido en años de política de represión enmarcada en el código penal y la ley 30 y en programas sociales y de salud que arrojan administradores públicos y profesionales del sector servicios responsables de la atención. Aquí existe un problema cultural a vencer para generar capacidades que permitan crear mejores respuestas ajustadas a los cambios de los contextos de uso y gestión de drogas con un enfoque de derechos humanos. Entre tanto avanzan transiciones en consumos (basuco a heroína) y prácticas de riesgo (Fumado de basuco a fumado e inyección heroína) en el consumo de drogas en personas en habitabilidad de calle e incremento en la morbimortalidad de esta población generando mayor vulnerable.

En la reflexión que se hace frente al modo de enfrentar el uso de drogas - recreativo y el riesgo de usar – la abstinencia aparece como el fin último – idealizado - de todos los esfuerzos clínicos, represivos y de control social, sin piso, lugar o evidencia que demuestre la existencia de una sociedad abstemia. Ni la tribal, ni la agraria y mucho menos la moderna (postmoderna). En este afán es mayor el sufrimiento que se alcanza por evitar lo inevitable: las personas todas de distintas maneras y a lo largo del tiempo buscaran sublimar dolores, tristezas, malestares y flaquezas de la vida misma; procurar curas y avanzar por el camino del placer que sabemos se reprime. A las llamadas drogas en estado legal o ilegal porque a la final son alicientes a la enfermedad física y emocional (lo que las hace legítimas), le caen problemas de una economía y cultura del mercado basada en monopolios, competencia, acumulación y explotación de recursos y del hombre por el hombre. Ellas, “la drogas”, no generaron el “problema de las drogas”.

Personas que buscan abstinencia de las drogas en otros pierden de vista la humanidad que ese otro representa (es un pisoteo a la alteridad, a la diversidad misma) y desconocen situaciones problema que merecen atención y que si se descuidan agravan la calidad de vida de otros que cargan precariedad y privaciones, desesperanza o su libre albedrio en el goce de esa libertad individual.

Previo a la abstinencia, que se logra de manera singular y por periodos sin una medida de tiempo especifica, alcanzable por las intervenciones sistemáticas, respetuosas de los derechos,

responsables y en el marco de la complejidad misma del asunto, se encuentran situaciones que la **reducción de daño** debe visualizar en este proyecto de ley quizá como marco integrador de políticas públicas ya existentes y sin funcionamiento, líneas técnicas que dibujan una marcha y compromisos territoriales en parálisis, como:

Asuntos de género y diversidad; participación; sostenibilidad y protección social.

Asuntos de género: Una política RDD debe orientarse a la garantía de derechos de las mujeres (cisgénero y transgénero) para ajustar respuestas que las visibilicen en toda su complejidad en el escenario de uso de drogas como derecho, en el contexto de la gestión del placer; que supere los estigmas hacia su humanidad y prácticas que incurren en riesgos, de lo cual depende el ofrecimiento de un servicio y atención de calidad. Una política RDD que permita identificar vulnerabilidades, violencias y potenciar escenarios de organización y toma de decisiones. Deben dialogar en este marco normativo políticas de diversidad, contra la violencia hacia la mujer (transgénero), en el marco de la protección social para superar desigualdades y precariedad económica, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque territorial generando condiciones para una mejor calidad de vida individual y colectiva.

Participación: aquí la sociedad civil construye servicios de respuesta social y en salud. Se dispone a crear mecanismos de soporte vital, asistencia básica, productividad, derechos, que tienden a una mejora constante en la respuesta al fenómeno de drogas y a la integración de todos los recursos territoriales necesarios. Se conjugan sustitución de opioides con espacios para uso controlado de drogas, servicios intra y extramurales de atención, albergues y dispensarios de medicamentos retrovirales, prevención de sobredosis, registro y reporte comunitario de eventos para la vigilancia comunitaria en salud pública en el marco de la respuesta a las ITS VIH Hepatitis virales y la prevención combinada, protección a la mujer antes (planificación, métodos de barrera), durante (IVE/Aborto) y después de la gestación (atención binomio en el puerperio).

Sostenibilidad: en el marco de una sostenibilidad las empresas pueden emplear servicios de la sociedad civil en el contexto de la prevención y reducción del riesgo laboral relacionado al uso de drogas. Así mismo personas usuarias de sustancias en actividades productivas. El aprovechamiento de los fondos de financiación del área de estupefacientes, de la red primaria de atención a cargo de los entes territoriales en salud y de las intervenciones colectivas de los hospitales a cargo de las secretarías de salud pueden favorecer la sostenibilidad de acciones de sociedad civil en el marco de la participación, los asuntos de género y diversidad para la presente política de reducción de riesgos y daños.

La protección social: aparte de contribuir a la sostenibilidad de la política de reducción de riesgo y daño involucra la superación de las desigualdades, la pobreza y la vulnerabilidad de los más necesitados. En la presente Política de reducción de riesgo y daño la atención de las vulnerabilidades de las personas y comunidades afectadas por el uso de drogas debe contribuir a la definición de presupuestos para facilitar las redes de apoyo y servicios asistenciales requeridos como complemento a los programas y servicios de salud necesarios.

La comparación y la duplicación de experiencias quizá esté en contraposición al desarrollo de una política y estrategias de RDD. Sin embargo, son puntos de referencia que invitan a revisar

experiencias locales y resultados en la intervención para ajustar y mejorar lo que ya funciona y que quizá lleva a ahorros en tiempo y dinero.

La reducción de daño tiene una historia cercana a 30 años en Colombia (no declarada y sin permisos), está ha sido impulsada por organizaciones de sociedad civil o de base comunitaria como también se les conoce. Empezó entorno al trabajo comunitario para favorecer a personas altamente excluidas en relación al consumo de sustancias psicoactivas (basuco, sacol, alcohol y en los últimos 10 años heroína (declarada y con permiso, pero sin mayor compromiso territorial) y habitabilidad en calle. Muchas de las experiencias que existen en Colombia han permitido que se afinen políticas y lineamientos de abordaje incorporando tecnologías y prácticas más ajustadas a las condiciones de vulnerabilidad de las personas en el marco de los derechos humanos. Aún falta mucho por hacer y pensar en la reducción de daños como modelo de trabajo y enfoque ante el impacto de las drogas, por supuesto trae más beneficios y acorta trayectorias de enfermedad y más violencia; la reducción de daños precisa más en lo colectivo que en lo individual, en las redes, en los derechos y en el bienestar más que en los servicios unilaterales y fragmentados, el modelo medicamentoso y la abstinencia que sin afanes llega cuando se han resuelto problemas latentes a nivel social y en salud orgánica, física y mental descuidados por la angustia del problema que las drogas no trajeron.

La RDD que cuenta Colombia en la calle sin un proyecto de ley puede hablar hoy de:

Cambio en prácticas de riesgo por prácticas de autocuidado en personas que usan drogas (inyectadas).

Demanda de servicios SO

Adherencia a tratamientos retrovirales

Adherencia al servicio de rdd

Enseñanza aprendizaje en rdd

Trabajo de pares

Trabajo en redes

Posicionamiento de la parafernalia para inyección de drogas en compra de insumos y tecnologías para intervenciones colectivas.

Incidencia en la compra centralizada de medicamentos para tratar hepatitis c

Cura en hepatitis C

Efectividad en el uso comunitario de naloxona para revertir sobredosis

Experiencias de base comunitaria para crear líneas técnicas de reducción de daños

Educación en salud en escenarios de expendio de drogas y adopción de prácticas de reducción de daños.

Garantía de derechos en salud sexual y reproductiva en mujeres que usan drogas (transgénero)
<https://www.dejusticia.org/publication/mujeres-calle-y-prohibicion-cuidado-y-violencia-a-los-dos-lados-del-otun/>

Búsqueda activa comunitaria para la activación de rutas de atención integral y adherencia a tratamientos

Incidencia en cambio de representaciones sociales sobre la reducción de daños frente al de abstinencia

Mobilización social para creación de escenarios de reducción de daño en política pública de drogas en Colombia.

Testeo drug check análisis de sustancias y alertas tempranas.

Recuperación de la red de apoyo familiar

Vinculación laboral.

Articulación a redes de trabajo en reforma a política de drogas.

La política puede ayudar al monitoreo de la respuesta en drogas haciendo mapeos, seguimientos, evaluaciones de los procesos de atención formales e informales utilizados como por las personas usuarias y sus familias dada la limitada oferta de servicios del sector salud para este particular.

INTERVENCIÓN P.L. 223-2021C.

PROYECTO DE LEY REDUCCIÓN DE DAÑOS

*Por medio del cual se crea un marco legal para el desarrollo de
Las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de
Sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones*

Buenos días para todas y todos los asistentes y congresistas presentes, mi nombre es Jorge Forero, soy abogado e investigador de Elementa, una organización de la sociedad civil que, desde un enfoque socio-jurídico busca crear escenarios viables para consolidar una regulación responsable de política de drogas que respete y garantice los derechos de las personas.

Quisiera comenzar mi intervención destacando la importancia del proyecto que nos ocupa hoy. Como, ya varios lo han dicho, desde la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA del año 2007, se ha venido hablando en diversos documentos gubernamentales de la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños en la atención a los usuarios de drogas; sin embargo, la falta de voluntad política, la poca relevancia que se le da a las personas usuarias de drogas en el sistema de salud y la permanencia de un discurso punitivista, así como la enorme estigmatización que alimentan medios de comunicación y algunos políticos, han llevado a que los dirigentes creen programas de reducción de daños con poco éxito porque abordan al consumidor como un ente uniforme que debe ser rehabilitado y no como un sujeto de derechos.

Un reflejo de lo anterior lo encontramos en los resultados del reciente Índice Global de Política de Drogas, publicado este mes por el IDPC; en donde al analizar el componente de salud y reducción de daños ocupamos el puesto 17, dentro de 30 países evaluados, y obtuvimos puntajes de 41 sobre 100 en equidad de acceso a servicios de reducción de daños, 24 sobre 100 en cobertura y disponibilidad de estos servicios y 0 en presupuesto estatal destinado.

En este sentido, aplaudimos elementos del actual proyecto como el enfoque de derechos humanos, la participación activa de las personas consumidoras y de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, así como el abordaje del consumo problemático en su compleja magnitud teniendo en cuenta las diferencias sustanciales que existen entre los distintos tipos de personas consumidoras de SPA.

Recordamos que este tipo de enfoques van de la mano a lo establecido por el PNUD, la OMS y el Centro Internacional de DDHH y Política de Drogas en 2019, cuando publicaron las Directrices Internacionales sobre DDHH y Política de Drogas, según las cuales el diseño de la política de drogas en los países debe estructurarse sobre la base de principios como la dignidad humana, la igualdad y no discriminación, la participación significativa de las personas que busca impactar la política diseñada y la rendición de cuentas. Así como de

derecho humanos como el derecho a la salud, la seguridad social, la libertad de pensamiento y los derechos de autodeterminación de los grupos étnicos entre otros.

Ahora bien, teniendo en cuenta esto, a continuación haremos algunas sugerencias al articulado presentado, con el fin de que este importante proyecto que busca articular la política de Reducción de Riesgos Daños del país se ajuste a los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos.

En primer lugar, consideramos que es indispensable incluir un enfoque interseccional y de género que sea transversal a todo el proyecto, toda vez que tanto en el diseño, como en la evaluación y la implementación de este tipo de políticas debe tenerse en cuenta las formas diferenciales en que las mujeres, personas de la comunidad LGBTI y personas de comunidades afro e indígenas han sufrido las consecuencias del prohibicionismo. El diseño e implementación diferencial según un enfoque interseccional garantizará no sólo el respeto de los derechos de las poblaciones previamente descritas, sino, a su vez, el éxito de estas medidas, por tal motivo, consideramos importante incluir este enfoque en el actual proyecto, pues aunque las políticas y programas serán por menores que se definirán en reglamentaciones posteriores, es indispensable desde ya dejar clara la necesidad de que estas políticas y programas se hagan desde un enfoque interseccional y de género.

En segundo lugar, frente al artículo 11, invitamos a revisar la posibilidad de hacer más concreta la obligación de sensibilizar a la Policía Nacional, toda vez que, teniendo en cuenta que es esta la entidad que de manera más inmediata suele tener contacto con todo tipo de personas consumidoras, es indispensable que la información con que cuenten sobre los servicios y programas de reducción de daños vaya más allá de la información general y sea constatable por medio de capacitaciones y evaluaciones periódicas, pues muchas veces es en este primer contacto donde más personas consumidoras ven vulnerados sus derechos.

Conforme al artículo 15, consideramos que limitar la participación de organizaciones de la sociedad civil, únicamente a aquellas cuyo objeto social sea el “abordaje del consumo de SPA y la reducción de riesgos y daños” puede suponer un problema importante en la práctica para la creación de este Consejo de Asesoría Civil por lo complicado que sería únicamente encontrar organizaciones idóneas que expresamente cuenten con dicho objeto social.

Asimismo, consideramos pertinente que se delimite la cantidad de personas que van a conformar este Consejo de Asesoría y la forma en que se va a elegir éste, así como su tiempo y forma de renovación. De igual manera, resaltamos que no sólo debe garantizarse una cuota de género sino también una cuota de la comunidad LGTBI, yendo de la mano con el enfoque interseccional del que hablamos en el primer punto. Consideramos que dejar estos temas tan importantes al Decreto que va a regular el Consejo puede no ser la mejor opción para garantizar el óptimo funcionamiento de y la plena representación de las personas consumidoras en este.

Frente al artículo 16, consideramos que la forma de escogencia del representante de las personas consumidoras de SPA, es demasiado centralista, lo cual podría redundar en problemas para el óptimo desarrollo de su papel en los consejos seccionales, y evidenciar una poca representatividad a nivel regional que, consideramos, no iría de la mano con el espíritu de este proyecto.

Conforme al artículo 20, parágrafo 2, consideramos importante dejar claro que los entes territoriales deben garantizar la existencia de centros de análisis de SPA gratuitos financiados por el Estado, para que así aquellas personas que no puedan acudir a los servicios privados puedan acceder a estos, con el fin de garantizar así la cobertura a todo tipo de población consumidora. De este modo, la cantidad de centros gratuitos que deberían existir podría ser determinada de acuerdo a la población total de cada ente territorial.

Por último, consideramos importante que se evalúe la posibilidad de incluir en este proyecto la creación de Salas de Consumo Supervisado, una iniciativa que ya se ha discutido antes en este congreso y que ha demostrado ser una herramienta significativa para la reducción de riesgos y daños en distintos países como Alemania, Suiza, Canadá y Países Bajos, entre otros. Para lo anterior, haremos llegar a la comisión un documento publicado por Elementa en 2017 en el que abordamos los retos y las pautas que debería tener una propuesta de creación de salas de consumo en Colombia y que esperamos les sea de ayuda en caso de que se decida incluir estas medidas en el presente proyecto de ley¹.

Desde Elementa, agradecemos la invitación a participar en esta audiencia pública y esperamos que nuestros comentarios sean acogidos por el ponente para que este proyecto tenga el éxito que desde diversas organizaciones de la sociedad civil esperamos.

¹ <https://www.elementa.co/wp-content/uploads/2017/08/Salas-de-consumo-en-Colombia-VD.pdf>

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO DE DROGAS:

ENTRE LA SALUD Y
LA PROHIBICIÓN

Retos Legales

DDHH

E L E M E N T A
CONSULTORÍA EN DERECHOS

©Elementa, Consultoría en Derechos S.A.S.
Adriana Muro Polo
Nora Robledo Frías
Diagramación Natalie Pacheco Pérez
www.elementa.co
info@elementa.co
(571) 218 23 57

Este trabajo fue realizado gracias al
apoyo de Open Society Foundations

Bogotá D.C., Colombia
Agosto de 2017
Todos los derechos reservados

Contenido

PÁG

1. Introducción	8
2. Dinámicas de Consumo Problemático de SPA en Colombia	12
2.1. Basuco	15
2.2. Heroína	16
3. SCS como alternativa de reducción de daños para hacer frente al uso problemático de SPA	18
3.1. Reducción de Daños: Estrategias Integrales e Intervenciones Combinadas	18
3.2. Objetivos y alcances de las SCS	20
3.3. Experiencias comparadas	24
4. Política de Drogas Colombiana:	26

4.1. Núcleo Legal de Protección	27
5. Retos dentro de la regulación colombiana para la instalación de SCS	29
5.1. Retos Constitucionales	30
A) Prohibición del Consumo de SPA	30
B) Alcance de la dosis personal en Colombia	31
5.2. Retos para la instalación de la SCS	33
A) Denominación del tipo de establecimiento	33
B) Localización de la SCS	34
C) Publicidad del Programa	35
5.3. Retos para la operación de la SCS	35
5.4. Retos para los Usuarios de las SCS	38
6. Oportunidades para la Implementación de SCS	39

INTRODUCCIÓN

Colombia ha sido considerado durante décadas como uno de los mayores productores de sustancias psicoactivas (en adelante SPA o drogas¹). No obstante, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el consumo tanto recreativo como problemático de drogas, particularmente inyectables y fumables, alcanzando niveles de crisis³.

Bajo este panorama, durante el gobierno de Juan Manuel Santos, se han impulsado algunas iniciativas a favor de las personas consumidoras de SPA, particularmente, de heroína³. No obstante, ante este problema de salud pública, es necesario que el gobierno colombiano adopte e implemente estrategias integrales de atención que incluyan, entre otras, intervenciones en materia de reducción de daños frente a otras sustancias fumables consumidas, en su mayoría, por grupos en situación de vulnerabilidad⁴.

1- En el estudio, se retoma la posición de Rodrigo Uprimny sobre la utilización del término “drogas” como aquellas sustancias psicoactivas sometidas a controles que impiden su producción y distribución para uso recreativo. Ya que, como señala Uprimny, las expresiones “estupefaciente” y “psicotrópico” utilizadas en los Convenios Internacionales de 1961 y 1971 respectivamente, inducen a equívocos pues contradicen el uso natural de esas expresiones en la ciencia farmacológica y atienden más al control de ciertas sustancias –cannabis, coca y amapola–. Véase: Uprimny Rodrigo, Guzmán Diana Esther et. al., *Política frente al Consumo de Drogas de Uso Ilícito en Colombia*, Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD), pág. 81.

Al respecto, la evidencia y la experiencia comparada han dado cuenta de la efectividad de las Salas de Consumo Supervisado (en adelante, SCS) integrales para hacer frente al uso problemático de drogas⁵ y sus impactos en las comunidades locales, mediante una atención integral con perspectiva de derechos humanos y salud pública.

Ahora bien, para la implementación de dichas estrategias, es imprescindible contar con un marco legal, político y presupuestario que permita su materialización, lo cual implica transitar del prohibicionismo hacia una

política de drogas sensata y basada en la evidencia que ponga en el centro el respeto irrestricto a los derechos humanos de las personas que consumen SPA.

El presente documento tiene como objetivo establecer los retos y oportunidades legales para la implementación de SCS en el país. Para ello, en primera medida, se expone el contexto de uso problemático de SPA en Colombia, para después ahondar en la evidencia y experiencias comparadas sobre la efectividad de la reducción de daños, específicamente, de las SCS para disminuir los efectos negativos de dicha

2- Véase: Ministerio de Justicia y Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia, *Reporte de Drogas en Colombia 2015*. Capítulo 1. Reducción de Consumo de Drogas, págs. 20-24.

3- Véase: Cambie, *Consumo de heroína y otras sustancias inyectables en Bogotá*, octubre 2014, ATS, pág. 10.

4- La Harm Reduction International define la reducción de daños como las políticas, programas y prácticas que buscan reducir daños asociados al uso de SPA en personas sin voluntad o sin capacidad para su consumo. Se caracteriza por enfocarse en la prevención de los daños, más que en la prevención del consumo en sí mismo y sus acciones se dirigen principalmente a personas que tienen un uso continuado de SPA.

5- Existen dos tipos de consumo: no problemático y problemático. Los primeros hacen referencia a aquellos que se llevan a cabo por

dinámica. Posteriormente, se analiza la política de drogas colombiana, a efectos de exhibir las contradicciones inherentes a la misma, y se establece un núcleo legal de protección para las estrategias de reducción de daños. Finalmente, se explican los retos y oportunidades legales para la efectiva instalación y operación de las SCS para, finalmente, presentar algunas rutas de acción que faciliten la exitosa implementación de las mismas.

Para la sustentación de dicho contenido se utilizaron diversas herramientas que permitieron identificar los retos constitucionales, penales y administrativos para la instalación y operación de las SCS, tanto para el *staff*

como para las personas que hagan uso de las mismas.

En primer lugar, se tomó en consideración la política de drogas vigente y sus antecedentes, con el objetivo de tener claridad sobre la legislación, jurisprudencia y políticas públicas que actualmente rigen dentro del Estado colombiano.

Una vez establecido el campo de estudio, se generó una herramienta de análisis que consistió en la construcción de una matriz que permitió evidenciar el nivel de contradicción que existe dentro del Estado colombiano entre la dimensión penal y la dimensión de salud pública e identificar los retos y oportunidades legales para la

personas adultas y que no afectan su vida y salud ni derechos a terceros, esto ocurre por ejemplo con los consumidores recreativos. Los problemáticos son aquellos que generan riesgos a terceras personas (conducir bajo efecto de alcohol o marihuana); y los consumos afectan de manera significativa su salud y la vida cotidiana de las personas, al punto que dejan de ser funcionales. Uprimny Rodrigo, Guzmán Diana Esther et. al. *Política frente al Consumo de Drogas de Uso Ilícito en Colombia* en Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) Pág. 81.

implementación de estrategias de reducción de daños, particularmente, de salas de consumo supervisado.

En tercer lugar, se realizó un marco comparado a nivel internacional sobre las experiencias en la instalación de SCS en otros países, haciendo especial énfasis en los contextos y rutas de acción que permitieron su instalación y operación exitosa.

Finalmente, se compilaron las entrevistas realizadas a actores clave en la política de drogas en el país, tanto de la sociedad civil, como asesores y servidores públicos del gobierno nacional y del distrito de Bogotá. Durante las entrevistas se consideró relevante analizar distintas perspectivas de las políticas de reducción de daños tomando en cuenta el perfil de los usuarios, los antecedentes en la materia, la coyuntura nacional e internacional frente a la política de drogas y las posibilidades reales de implementación de políticas de reducción de daños.

2

DINÁMICAS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SPA EN COLOMBIA

El último Estudio Nacional de Consumo de SPA realizado en Colombia en 2013, reveló un significativo aumento de 3.4% respecto a 2008 en la prevalencia del uso alguna vez en la vida y de 1% en uso en el último año de sustancias ilícitas –marihuana, cocaína, basuco, éxtasis y heroína–⁶ derivado del incremento en el consumo entre los hombres⁷, las personas entre 18 y 24 años⁸ y los estratos 1⁹, 2¹⁰ y 3¹¹.

Alrededor de 839 mil personas reportaron uso de SPA reciente o en el último año, siendo superior el consumo reciente entre hombres, 5.9%, en comparación con el consumo entre mujeres, 1.4%¹². Se estima que 159 mil adolescentes -12 a 17 años-, 347 mil

6- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Bienestar Social y Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013*, Bogotá, Colombia, 2013, pág. 19.

7- El consumo de SPA entre los hombres aumentó de 4.2% en 2008 a 5.8% en 2013. *Ídem*.

8- El uso de SPA en el grupo de 18 a 24 años incrementó de 5.8% en 2008 a 8.7% en 2013. *Ídem*.

9- El consumo de SPA entre el Estrato 1 aumentó de 2.4% en 2008 a 3.3% en 2013. *Ídem*.

10- El uso de SPA en el Estrato 2 incrementó de 2.4% en 2008 a 3.5% en 2013. *Ídem*.

11- El consumo de SPA entre el Estrato 3 aumentó de 2.7% en 2008 a 3.8% en 2013. *Ídem*.

12- *Ibidem*, pág. 15.

jóvenes -18 a 24 años- y 216 mil adultos jóvenes -25 a 34 años- han consumido SPA en el último año¹³.

En cuanto a patrones de consumo problemático, aproximadamente 141 mil personas cumplen criterios de abuso y 342 mil de dependencia. De cada 5 personas con abuso o dependencia, 4 son hombres y una es mujer¹⁴. Específicamente respecto al uso en el último año, se reveló que una de cada dos personas tiene algún problema con el consumo, ya sea físico, psíquico, familiar o social. Esta relación es de mayor gravedad en los hombres¹⁵.

En cuanto al tipo de SPA utilizadas, el estudio reveló que la prevalencia en el último año ha sido mayor

en el consumo de marihuana -3.27%-, cocaína -.70%- y basuco -.21%-¹⁶. Asimismo, el mayor número de personas con signos de uso problemático, se encuentran entre quienes consumen dichas drogas.

Por otro lado, según el último estudio realizado sobre la heroína en Colombia, publicado en 2015 por el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Justicia y Derecho, un estimado de 15 mil personas se inyectan drogas en el país, principalmente heroína¹⁷. Asimismo, las prevalencias de este tipo de consumo arrojadas por estudios focalizados en poblaciones de mayor vulnerabilidad al consumo de drogas, muestran cifras cercanas e incluso superiores a la prevalencia mundial¹⁸.

13- *Ibidem*, pág. 66.

14- *Ibidem*, págs. 69 y 70.

15- *Ibidem*, pág. 15.

16- *Ibidem*, pág. 102, tabla 99.

17- Véase: Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia, *La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*, Bogotá DC., 2015, pág. 93.

18- *Ibidem*, pág. 94.

En cuanto a usos problemáticos por el consumo de heroína y de otras drogas vía inyectada, ha generado una desmejora en la calidad de vida de quienes las consumen, causando sobredosis, infecciones subcutáneas, contagio de enfermedades como el VIH o la Hepatitis C.

Bajo este panorama, puede observarse que en Colombia prevalece el consumo problemático de drogas fumables –cocaínas de combustión¹⁹, incluyendo el basuco²⁰– e inyectables

–heroína y cocaína–. Las cuales, ante el contexto prohibicionista a nivel jurídico y político, afectan el bienestar físico, mental y social de la población colombiana.

En virtud de lo anterior, y considerando el alto impacto que la implementación de SCS puede tener en los riesgos y daños asociados a dichas drogas, a continuación se ahondará en el estudio de las dinámicas de su consumo en el país.

19- Se denominan así aquellas sustancias derivadas de la hoja de coca, que después de su procesamiento químico, adquieren características físico-químicas que le dan puntos de fusión bajos y que pueden ser volatilizadas por sublimación o ebullición, utilizando calor. Existen tres: base libre, crack y pasta base. Las primeras dos son formas base de las cocaínas fumables, químicamente iguales entre ellas, que difieren fundamentalmente por su proceso de elaboración y, la tercera, es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca, generalmente obtenido al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con Kerosene o gasolina, para posteriormente hacerlo con sustancias alcalinas y permanganato de potasio y finalmente con ácido sulfúrico. Véase: Castaño, G.A., *Cocaínas fumables en Latinoamérica*, Adicciones, vol. 12, número 4, pp. 541 a 550, págs. 542 y 543.

20- En Colombia, el “basuco” es un remanente en el segundo paso de pasta de coca a cocaína base, obtenido por métodos sencillos, utilizando Kerosene, sustancias básicas, ácido sulfúrico y éter. Aparte de las impurezas de origen -contaminación con productos derivados del petróleo, carbonatos (cemento), etc.-, se le adultera con harina de trigo, polvo de ladrillo y azúcar morena. *Ibidem*, págs. 543 y 544.

2.1 BASUCO

Conforme al Estudio Nacional de Consumo antes citado, 1.2% de las personas encuestadas reportó haber consumido basuco alguna vez en su vida y .21% en el último año, es decir aproximadamente 49 mil personas lo consumieron durante el último año de la cuales, cabe destacar, 45 mil son hombres²¹.

En cuanto a las edades, el grupo que presenta mayor consumo de basuco es el de los jóvenes -18 a 24 años- con .36%, seguido por los adultos -45 a 65- años con .24%, los adolescentes -12 a 17 años- con .17% y los adultos jóvenes -25 a 34 y 35 a 44 años- con .15%²². Asimismo, se muestra una mayor prevalencia de consumo en el estrato 2²³.

El uso problemático afecta al 78% del total de los usuarios del último año; sin embargo, el grupo más afectado es el de los adultos jóvenes, del cual casi la totalidad presenta un patrón de consumo abusivo o dependiente²⁴. De igual forma, en los estratos socioeconómicos más bajos se encuentran los mayores porcentajes de personas con uso problemático de la sustancia siendo estos aproximadamente el 90% de las personas consumidoras de los estratos 1 y 2²⁵.

21- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Bienestar Social y Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013*, Bogotá, Colombia, 2013, pág. 95, tabla 83.

22- *Ibídem*, pág. 95, tabla 84.

23- *Ibídem*, pág. 95, tabla 85.

24- *Ibídem*, 2013, pág. 17.

25- *Ibídem*, pág. 97.

2.2 HEROÍNA

De acuerdo con el reporte de varios centros de tratamiento que operan en el país, el consumo de heroína presenta un importante aumento desde hace algunos años²⁶. Conforme a la última encuesta sobre consumo de SPA, realizada en 2013, aproximadamente 31,852 personas en el país la han consumido alguna vez y un poco más de 7 mil personas en el último año, de las cuales la gran mayoría son hombres²⁷.

Particularmente, ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Pereira, Armenia, Cúcuta y Santander de Quilichao han visto una expansión lenta pero constante del fenómeno en sus calles. La pureza de la heroína es en promedio de 62%, oscilando entre el 31% y el 90%, siendo las ciudades de Bogotá, Armenia y Pereira las que cuentan con heroína de mayor calidad. El mercado de esta droga en Colombia se caracteriza por ser cerrado, pues es difícil acceder a las redes que la comercializan²⁸.

En 2015, se proyectó la existencia de alrededor de 15 mil consumidores, la mayoría hombres, solteros, con media y alta escolaridad, con tendencia al

26- *Ibídem*, pág. 18.

27- *Ídem*.

28- Véase: Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia, *La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*, Bogotá DC., 2015, pág. 11.

empobrecimiento, muchos en condiciones de vida precarias, que viven de actividades informales y se involucran con frecuencia en tráfico de pequeñas cantidades de esta droga y en el trabajo sexual. La demanda de servicios por eventos asociados a la inyección de esta droga ha aumentado de forma exponencial en los últimos años²⁹.

Si bien estas personas usan los servicios de salud con frecuencia, tienen una percepción negativa frente al trato, cualificación y capacidad de los equipos e instituciones de salud para su atención. Las principales barreras para el acceso a los servicios son el estigma, la discriminación y el maltrato por parte de los servidores públicos, así como la desconfianza en los modelos de atención debido al condicionamiento del acceso a la salud al logro de la abstinencia o el desmonte progresivo de los sustitutos opiáceos³⁰.

29- *Ídem.*

30- *Ídem.*

SCS COMO ALTERNATIVA PARA HACER FRENTE AL USO PROBLEMÁTICO DE SPA

Ante las dinámicas de consumo expuestas, es necesario hacer frente al uso problemático de drogas fumables e inyectables en el país, particularmente heroína y basuco. Para ello, resulta pertinente tomar en cuenta las evidencias y experiencias comparadas, que dan cuenta del éxito de las estrategias de reducción de daños, particularmente de las SCS, como alternativas para enfrentar los daños físicos, mentales y sociales ocasionados por dicho uso problemático.

REDUCCIÓN DE DAÑOS:

ESTRATEGIAS INTEGRALES E

3.1 INTERVENCIONES COMBINADAS

El reconocimiento de los múltiples daños sociales y de salud que ha causado la actual regulación internacional de drogas se ha acrecentado en los últimos años³¹. En tal sentido, el debate en este ámbito se ha vuelto más pragmático y ha reconocido que las políticas de reducción de daños³² no

31- Véase: EMCDDA, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Lisbon, April 2010, p. 22.

32- La reducción de daños se basa en la idea de que las personas

son contrarias a las medidas destinadas a disuadir el uso de drogas o a promover la abstinencia, sino que son parte de una estrategia integral, equilibrada y basada en la evidencia que incluye tanto la reducción de daños como medidas de prevención, tratamiento y reducción de la oferta³³.

Asimismo, la gama de intervenciones disponibles para la reducción de daños se extiende desde la prevención y el tratamiento, hasta la reforma de políticas y la eliminación de barreras estructurales para proteger el derecho a la salud de todas las personas³⁴. Así, como cualquier estrategia de salud pública, dichas intervenciones buscan remover las barreras del entorno para

reducir daños, al tiempo que desarrollan condiciones sociales que protegen contra riesgos y vulnerabilidades³⁵.

Bajo este panorama, como una estrategia combinada, la reducción de daños comprende un paquete de servicios adaptados al contexto y necesidades locales, incluyendo el acceso a tratamiento de adicciones. Por ejemplo, para reducir los daños de drogas inyectables, un paquete de reducción de daños puede combinar programas de intercambio de jeringuillas, tratamiento de sustitución de opiáceos, salas de consumo y servicios de asesoramiento entre pares, así como cabildeo para lograr cambios en la política actual³⁶.

tienen derecho a estar seguras y ser apoyadas incluso si no están listas o dispuestas a abstenerse del uso de SPA. El enfoque de reducción de daños les da a las personas que usan drogas, alternativas que pueden ayudarles a proteger su salud. Véase: Wolfe, Daniel and Csete, Joanne, *Harm Reduction*, Open Society Foundations, New York, 2015, p. 1.

33- Véase: EMCDDA, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Lisbon, April 2010, p. 14.

34- *Ibidem*, p. 23.

35- *Ibidem*, p. 23-24

36- *Ibidem*, p. 22.

Por ello, concebir la reducción de daños como una intervención combinada no es solo pragmático y necesario, sino basado en la evidencia, misma que apunta hacia el mayor impacto de los servicios de reducción de daños cuando trabajan en combinación³⁷.

3.2 OBJETIVOS Y ALCANCES DE LAS SCS

Las SCS son instalaciones supervisadas por personal capacitado en donde las personas usuarias de drogas pueden consumir en condiciones más seguras. Buscan atraer a poblaciones consumidoras que son difíciles de alcanzar, especialmente a grupos en situación de vulnerabilidad, y a quienes consumen drogas en la calle o en alguna otra condición riesgosa y/o antihigiénica. Una de sus metas principales es reducir la morbilidad -por transmisión de enfermedades- y la mortalidad -por sobredosis- al proporcionar espacios seguros para consumir drogas de manera más higiénica y enseñar a quienes acudan, a hacerlo de forma más segura³⁸.

37- *Ídem*.

38- Véase: EMCDDA, *Drug consumption rooms: an overview of provision* on "Perspectives on Drugs", online, may 2016, p. 1-2.

Al mismo tiempo, buscan **reducir en el espacio público tanto el consumo de drogas como el desecho de la parafernalia utilizada para ello** y mejorar el ambiente en aquellas áreas rodeadas por mercados urbanos de drogas. Otro de sus objetivos es **vincular a las personas que presentan uso problemático o riesgoso de drogas, con servicios sociales y de salud, así como con tratamientos para la superación de adicciones**³⁹.

Por ello, las SCS suelen situarse en aquellos lugares que están experimentando problemas de uso público de SPA y son dirigidas a subpoblaciones de personas usuarias de drogas que tienen oportunidades limitadas de consumo higiénico; por ejemplo, personas en situación de calle o viviendo en alojamientos o refugios inseguros. No obstante, en algunos casos, personas con un entorno social más estable utilizan las SCS por diversas razones, como vivir con parejas o familias que no son usuarias⁴⁰.

Estudios han demostrado la efectividad de las SCS para lograr dichos objetivos, y su éxito para alcanzar y mantenerse en contacto con poblaciones objetivo altamente marginadas ha sido ampliamente documentado⁴¹.

39- *Ídem*.

40- *Ibidem*, p. 2.

41- Véase por ejemplo, los estudios del caso Vancouver: *Findings from the Evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injection Facility - Insite (UHRI Report)* Disponible en: http://www.cfenet.ubc.ca/publications/search?keys=&tid=28&tid_1=All y *InSite for Community Safety. Published Science, Reports and Evaluation*. Disponible en: <http://www.communityinsite.ca/science.html>

Según la evidencia, los beneficios de las SCS pueden incluir mejoras en⁴²:

- Salvar vidas. Cuando la cobertura es adecuada, pueden lograr incluso la reducción de las muertes relacionadas con drogas a nivel local.
- Uso seguro e higiénico de drogas, tanto reducción en el préstamo y reutilización de jeringuillas, como aumento en el uso de agua esterilizada y toallitas de alcohol⁴³; especialmente entre la clientela regular.
- Disminución en las probabilidades de transmisión de VIH y hepatitis.
- Mayor captación tanto en programas de desintoxicación como en tratamientos para superar las adicciones, incluyendo sustitución de opiáceos.
- Reducción en el consumo público de drogas.
- Aumento en el acceso a servicios sociales y de salud.

Por su parte, **no existe evidencia que sugiera que las SCS aumentan el uso o frecuencia del consumo de SPA**, aplazan la entrada a tratamientos de superación de las adicciones o generan índices más altos de delitos locales relacionados con las drogas⁴⁴.

Aunado a lo anterior, como servicios de bajo umbral, las SCS son a menudo las primeras en obtener

42- Véase: EMCDDA, *Drug consumption rooms: an overview of provision* on "Perspectives on Drugs", online, may 2016, p. 1-2. p. 4-6.

43- Véase: EMCDDA, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Lisbon, April 2010, p. 142.

44- Véase: EMCDDA, *Drug consumption rooms: an overview of provision* on "Perspectives on Drugs", online, may 2016, p. 5.

información sobre nuevos patrones de consumo y, por lo tanto, juegan un papel importante en la identificación temprana de tendencias nuevas y emergentes entre la población de alto riesgo que utiliza sus servicios⁴⁵.

En general, **los estudios han revelado un impacto positivo en las comunidades donde se instalan las SCS**. Sin embargo, la consulta con actores clave en la comunidad es esencial para minimizar la resistencia o las respuestas contraproducentes⁴⁶.

Cabe señalar que, en aquellas áreas que reportan un aumento en el uso de drogas fumables, como el crack o el basuco, las SCS originalmente destinadas únicamente a personas consumidoras de drogas inyectables, han empezado a ampliar sus servicios para incluir supervisión de drogas fumables. Los hallazgos sugieren que estas instalaciones tienen el potencial de reducir el desorden público, así como los enfrentamientos con la policía⁴⁷.

45- *Ibidem*, p. 6.

46- *Ibidem*, p. 5.

47- *Ídem*.

3.3 EXPERIENCIAS COMPARADAS

Actualmente, existen alrededor de 100 SCS en el mundo localizadas principalmente en Europa⁴⁸, una en Australia y cuatro (con próximas sedes por abrir) en Canadá. La mayoría están dirigidas a personas que usan drogas inyectables, sin embargo, la inclusión de drogas inhalables y fumables va en aumento⁴⁹.

Dichas SCS suelen operar en alguna de las siguientes 3 modalidades: i) integradas, ofrecen una amplia gama de servicios además del espacio de consumo; ii) especializada, ofrecen servicios únicamente relacionados con el consumo supervisado, y iii) móvil, cubren zonas más amplias pero, por su naturaleza, sus servicios son muy limitados⁵⁰.

Las SCS integradas son las que ofrecen los mayores beneficios, tanto para las personas usuarias de SPA como para las localidades en que éstas son instaladas. En tal sentido, a continuación revisaremos la amplia gama de servicios ofrecidos por algunas de las SCS más reconocidas y exitosas a nivel mundial:

48- Los países europeos con SCS instaladas o en proceso de instalación son: Países Bajos, Alemania, España, Noruega, Luxemburgo, Dinamarca, Suiza, Eslovenia y Francia. *Ibidem*, p. 2.

49- *Ídem*.

50- *Ibidem*, p. 3.

Servicios ofrecidos



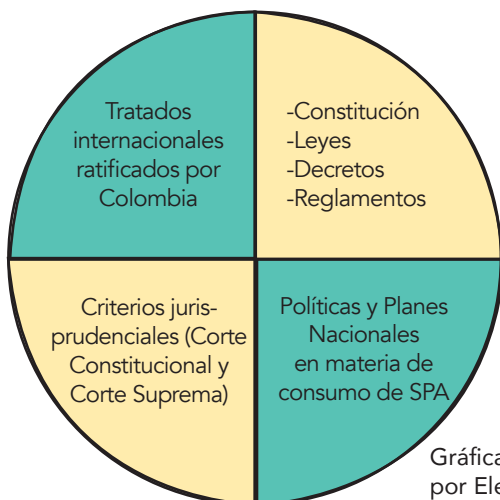
Servicios ofrecidos	Germany	Canada	Spain	Hungary	Switzerland
Acceso a programas de tratamiento		■	■		■
Acompañamiento psicosocial	■	■	■	■	■
Albergues			■		
Análisis de sustancias			■		
Asesoría jurídica			■		
Equipo para asistir emergencias	■	■	■		■
Espacios para aplicación de drogas inyectables	■	■	■	■	■
Espacios para consumo de drogas fumables			■	■	■
Espacios para consumo de drogas inhalables	■		■		■
Lavandería			■		
Programa de sustitución por metadona			■		
Recogida de jeringas en comunidad			■		
Servicio de comida y bebidas no alcohólicas					■
Servicios de atención a la salud					
Suministro de kits higiénicos		■			■
Supervisión de personal capacitado	■	■	■	■	■
Supervisión de personal médico		■		■	■
Trabajo comunitario			■		
Vinculación a servicios de salud			■		
Vinculación a servicios sociales			■		■
Zona de higiene personal			■		■

4

POLÍTICA DE DROGAS COLOMBIANA: SALUD Y PROHIBICIÓN

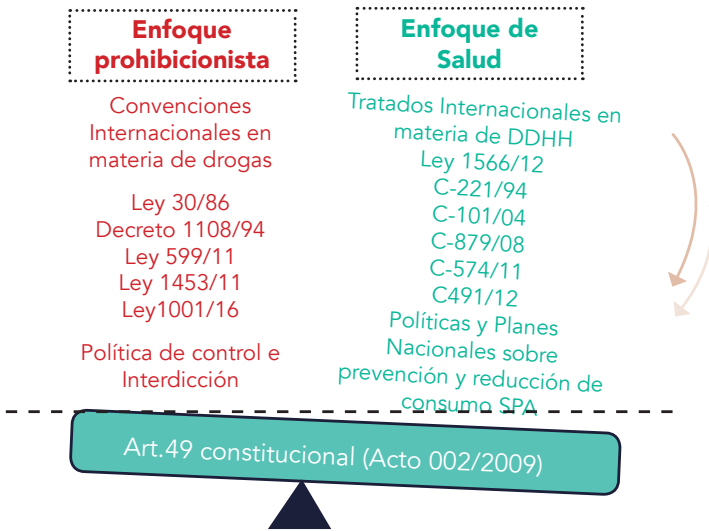
Son múltiples los instrumentos jurídicos que inciden en el campo de acción de la Política de Drogas Colombiana (véase gráfica 1).

Ello genera conflictos para su aplicación efectiva, no solo por los problemas propios de contar con diversas fuentes regulando una sola materia, sino porque dicha regulación es discordante. Por un lado, pugna por una Política de Drogas prohibicionista y, por el otro, vela por una Política de Drogas juiciosa, basada en información científica y veraz, con un claro enfoque tanto de salud como de respeto a los DDHH y que le apuesta a modelos de prevención, reducción del daño y tratamiento voluntario, a favor de las personas consumidoras de SPA.



Gráfica 1, Elaborada por Elementa

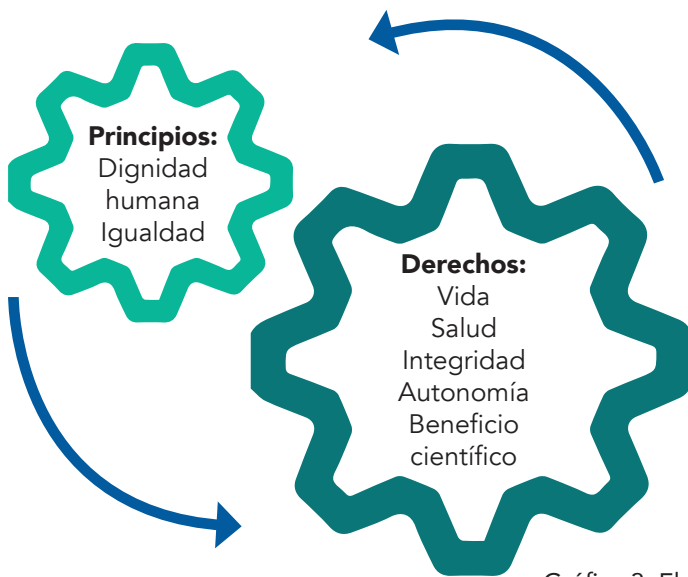
Dicha contradicción está plasmada en el artículo 49 constitucional y se ve reflejada en todas las normas, decisiones judiciales y políticas públicas que regulan la materia en Colombia:



Gráfica 2, Elaborada por Elementa

4.1 NÚCLEO LEGAL DE PROTECCIÓN

Bajo el esquema anterior, es necesario contar con un núcleo de protección jurídica, basado en los estándares internacionales y nacionales en materia de DDHH, que les dé cobertura a las estrategias de reducción de daño, como las SCS, que pretendan instalarse en Colombia. Dicho núcleo lo integran los **principios** que éstas persiguen y los **derechos** fundamentales que buscan garantizar, tal como se ilustra en la siguiente gráfica:



Gráfica 3, Elaborada por Elementa

El núcleo está basado en dos principios clave entrelazados entre sí: dignidad humana e igualdad y no discriminación, mismos que median la forma en que los derechos protegidos deben ser leídos, entendidos e implementados.

Las estrategias de reducción del daño tienen como fin último garantizar un núcleo básico de derechos humanos a las personas que consumen SPA. En este entendido, los derechos que justifican y dan sustento a estas estrategias deben ser leídos en su conjunto desde la perspectiva de derechos humanos de dichas personas, particularmente de aquellas que presentan uso problemático de SPA.

Así, los principios y derechos que integran el **núcleo legal de protección** deben interpretarse como un conjunto de intervenciones de salud pública con miras a garantizar el goce efectivo de los derechos humanos de quienes consumen SPA y no de forma aislada o separada.

RETOS DENTRO DE LA REGULACIÓN COLOMBIANA PARA LA INSTALACIÓN DE SCS

Una preocupación constante es la manera en que el marco legal puede restringir la prevención de riesgos e, incluso, originar daños entre los grupos con uso problemático de SPA. La evidencia asocia una elevada probabilidad de uso compartido de parafernalia para el consumo cuando aumenta el acoso policial, la confiscación de dicho material y los índices de arresto, sin que estas actividades demuestren una disminución en el uso de drogas.

La alta presencia policial y las medidas de represión han sido relacionadas con la interrupción de rutinas más seguras de uso de drogas, pues conducen a inyecciones o formas de consumo clandestinas y/o apresuradas, exacerbando el riesgo de infecciones virales o bacterianas, así como de sobredosis⁵¹.

Además, dichas prácticas policiales pueden desplazar geográficamente a quienes usan drogas, romper sus redes de apoyo, contribuir a la estigmatización del uso de SPA y limitar la viabilidad, cobertura e impacto de las respuestas en salud pública, como las estrategias de reducción del daño⁵².

51- Véase: EMCDDA, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Lisbon, April 2010, p. 24.

52- *Ídem*.

Es por ello que **la reducción del daño puede incluir intervenciones que buscan reducir los daños generados tanto por las drogas como por la regulación de las mismas, incluyendo cambios en las políticas públicas y reformas legales**⁵³.

En tal sentido, una intervención combinada de reducción del daño que busque implementar SCS en el país, debe incluir un análisis juicioso de los retos legales a los que habrá que enfrentarse, mismos que se analizan a continuación.

5.1 RETOS CONSTITUCIONALES

A *Prohibición del consumo de SPA*

Durante la administración del Presidente Álvaro Uribe, sectores conservadores impulsaron diversas iniciativas para revertir la despenalización de la dosis personal en Colombia⁵⁴. Si bien los intentos por volver a la criminalización fracasaron, prevaleciendo el enfoque de salud pública frente al uso del SPA; con la aprobación del Acto Legislativo 002 de 2009, la prohibición del consumo fue elevada a rango constitucional⁵⁵.

53- *Ídem*.

54- Durante este periodo, se presentaron siete iniciativas que buscaban penalizar la dosis personal, la última, culminó con la aprobación del Acto Legislativo 002 del 21 de diciembre de 2009 por medio del cual se reformó el artículo 49 de la Constitución Política.

55- Art. 49 constitucional: “[... el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica [...]”

Por su parte, las Altas Cortes colombianas se han pronunciado constantemente en contra de la penalización del consumo de SPA y a favor de la existencia de dosis personales en respeto a la dignidad humana, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad⁵⁶.

Bajo el panorama anterior, se ha creado una confusión generalizada en las autoridades estatales, sobre todo en aquellas que ejercen tareas policiales, respecto a las acciones que deben o pueden emprender ante las personas que consumen SPA y que portan las cantidades establecidas como de dosis personal. Ello ocasiona, al mismo tiempo, incertidumbre tanto para las personas usuarias de SPA como para quienes buscan diseñar e implementar modelos de reducción del daño en favor de estos últimos⁵⁷.

B *Alcance de la dosis personal en Colombia*

En 1994, la Corte Constitucional Colombiana declaró inconstitucional la penalización del consumo y porte de SPA contenida en la Ley 30 de 1986, señalando que un Estado respetuoso de la dignidad humana, la autonomía personal y el libre

56- Véase: Corte Constitucional Colombiana, C-221 de 1994, C-101 de 2004; C-879 de 2008; C-574 de 2011; T 094 de 2011; C-491 de 2012; Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, Radicación No. 35978 de 2011, y Radicación No 42617 de 2014.

57- Es importante señalar que actualmente existe un ambicioso Proyecto de Ley presentado por el propio Partido Centro Democrático, liderado por Álvaro Uribe, que contempla el suministro estatal de SPA, gratuito y decreciente, en el curso de tratamientos médicos o de rehabilitación cuando el tratamiento del paciente así lo requiera.

desarrollo de la personalidad no debe evadir su obligación de educar y sustituirla por la represión como forma de controlar el consumo de SPA que se juzgan nocivas para las personas y, eventualmente, para la comunidad a la que éstas se hallen integradas⁵⁸.

Dicha decisión se tradujo en la despenalización del porte de ciertas cantidades de aquellas SPA que la Ley 30 del 86 contempla, denominadas “dosis para uso personal”, a saber: 20 gramos de marihuana; 5 gramos de hachís, 1 gramo de cocaína o cualquier sustancia a base de la misma –basuco o crack– y 2 gramos de metacualona⁵⁹.

Desde entonces, las Altas Cortes se han pronunciado en favor de la dosis personal e, incluso, de la dosis de aprovisionamiento. Sin embargo, dichos pronunciamientos se han limitado a las sustancias señaladas en el artículo antes citado en cuanto al uso personal y a la planta de cannabis en relación al aprovisionamiento⁶⁰.

Bajo este esquema, puede observarse que ni la Ley 30 ni las Altas Cortes han contemplado una dosis para el uso personal de la heroína, lo que significa un riesgo para las personas consumidoras de la misma y, por ende, un reto para la implementación de SCS para el uso seguro de dicha sustancia.

58- Véase: Corte Constitucional Colombiana, C-221 de 5 de mayo de 1994, Ministro Ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz.

59- Véase: Ley 30 de 1986, artículo 2º, inciso j).

60- Véase, por ejemplo: Corte Constitucional, C-101 de 2004; C-879 de 2008, y Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, Radicación N. 42617 de 2014.

RETOS PARA LA 5.2 INSTALACIÓN DE LA SCS

Conforme a la legislación colombiana vigente, existen tres rubros en los que se debe poner especial atención para lograr la instalación segura de una SCS en el país, a saber: i) Denominación del tipo de establecimiento, ii) Localización de la SCS, y iii) Publicidad del Programa.

A Denominación del tipo de establecimiento

La legislación colombiana contempla una **prohibición estricta para el uso y consumo de SPA en lugares públicos**, concepto que abarca, entre otros, los centros asistenciales y oficinas públicas⁶¹. Dicha prohibición genera la **obligación para los dueños o concesionarios, administradores y directores de esos establecimientos, así como de hospitales y clínicas, de expulsar y reportar a quien use, consuma o porte SPA**⁶².

En virtud de lo anterior, es de vital importancia poner especial cuidado al término con que se denominé a la SCS a efecto de que no sea considerada clínica, ni centro asistencial ni oficina pública en caso de que se pretenda que ésta sea administrada por el Estado.

61- Véase: Decreto 1108 de 1994, art. 16.

62- *Ibidem*, arts. 17 y 18.

Por otro lado, la propia legislación contempla, previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la **creación y funcionamiento de establecimientos destinados a la prevención, tratamiento o rehabilitación de personas usuarias de SPA**⁶³. En este sentido, a fin de obtener los permisos correspondientes, estos deben sustentarse en el marco de las estrategias de reducción del daño –como las SCS– se insertan en esta denominación al estar destinados a la prevención y tratamiento de los usos problemáticos de SPA.

Ello será de suma importancia puesto que la obtención de dicha autorización podría **amparar a quien instale, opere y/o administre SCS para destinar un bien inmueble al uso de SPA, así como para autorizar y tolerar el uso y consumo** de las mismas sin que ello implique la comisión de un delito o de una falta administrativa que dé pie a la suspensión de licencias o a la clausura del establecimiento⁶⁴.

B Localización de la SCS

En virtud de la obligación de expulsar y reportar a quienes usen y consuman SPA de los hospitales y clínicas antes descrita, la SCS difícilmente podrá instalarse dentro de alguna de estas entidades ya sean públicas o privadas. Aunado a lo anterior, la localización de la SCS debe ser estratégica, no

63- Véase: Ley 30 de 1986, art. 86.

64- Véase: Ley 30 de 1986, art. 34 y Decreto 1108 de 1994, art. 19.

solo porque su propia naturaleza, objetivos y población clave así lo exigen, sino porque cualquier delito relacionado con SPA (de los que estudiaremos en los retos para la operación y para usuarios) se agravará si se comete en, o aledaño a, centros educativos, asistenciales, culturales, recreativos o vacacionales, así como cuarteles, establecimientos carcelarios y sitios donde se celebren espectáculos, diversiones públicas o actividades similares⁶⁵.

C Publicidad del Programa

La legislación colombiana **prohíbe la publicidad de SPA**⁶⁶, por tanto, las estrategias de publicidad y comunicación que se lleven a cabo respecto a cualquier plan, programa o estrategia que instale una SCS debe poner especial cuidado en que el mensaje difundido sobre la finalidad de las SCS sea claro y no se preste a interpretar que ésta pública, propicia o incita al consumo de SPA.

5.3 RETOS PARA LA OPERACIÓN DE LA SCS

Una vez superados los retos para la instalación de SCS, la clave para lograr la efectiva operación de la misma está en **desmitificar los mitos y derribar los estigmas en relación a los objetivos, actividades e impactos de las SCS**, a fin de evitar la criminalización del *staff*.

65- Véase: Ley 30 de 1986, art. 38.

66- Véase: Decreto 1108 de 1994, art. 22.

Así, en primer lugar, **debe combatirse la falsa idea de que las SCS estimulan, promueven o propagan el uso ilícito de SPA**⁶⁷. Para ello, será imprescindible que toda la promoción, difusión y divulgación respecto a la SCS se haga con base en información científica y veraz que tome en cuenta la evidencia y buenas prácticas a nivel mundial antes expuestas; mismas que demuestran que las SCS lejos de estimular, propagar o aumentar el uso de SPA, lo concentran y, eventualmente evitan riesgos y daños en perjuicios de las personas consumidoras.

En segundo lugar, debe ser muy claro, tanto para las autoridades como para la sociedad colombiana en general, que **la operación de las SCS no implica la aplicación, elaboración, formulación, ofrecimien-**

to, suministro ni venta de SPA⁶⁸. El modelo básico de atención de la SCS consiste en brindar información sobre los riesgos y daños que conlleva la droga consumida, así como la capacitación y herramientas para evitarlos –kits higiénicos, técnicas seguras de consumo, espacios seguros durante y después del consumo, atención médica en caso de emergencias y acompañamiento psicossocial. Es decir, **en ningún momento, el staff suministra, aplica o elabora SPA** ya que los usuarios consumen las sustancias que ellos mismos ingresan a la SCS para tal efecto, y son los propios usuarios quienes preparan las pipas o jeringuillas que fumarán o se aplicarán.

Lo anterior, es especialmente relevante para proteger al *staff* capacitado dentro de las SCS, puesto que la realización

67- Véase: Ley 30 de 1986, arts. 35 y 43.

68- *Ibidem*, arts. 33 y 36.

de dichas actividades por su parte puede ser sancionada con cárcel e implicar mayores penas debido a su profesión⁶⁹.

Ahora bien, es importante tomar en cuenta que **aún contando con los permisos que la ley requiere, el MSPS tendrá la facultad de inspeccionar** la SCS⁷⁰, por lo que es imperante contar con controles estrictos dentro de las mismas a fin de asegurar que ni el *staff* ni las y los usuarios almacenen, conserven, suministren, adquieran o vendan SPA dentro de la SCS, puesto que dichas actividades pueden ser sancionadas tanto con la suspensión de permisos como con el cierre definitivo del establecimiento e, incluso, con penas privativas de la libertad⁷¹.

Finalmente, la legislación colombiana prevé la aplicación de **medidas correctivas a quien, aún en lugar privado, realice reuniones donde se consume SPA**, que alteren la tranquilidad pública⁷². En tal sentido, es **clave sensibilizar y capacitar a las autoridades y líderes vecinales respecto al objeto y fin de las SCS, convirtiéndolos en aliados e, incluso, en defensores de las mismas.**

69- *Ibidem*, art. 36.

70- *Ídem*.

71- Véase: Ley 30 de 1986, arts. 33-34 y Decreto 1108 de 1994, art. 19.

72- Véase: Decreto 1108 de 1994, art. 20.

RETOS PARA LOS 5.4 USUARIOS DE LAS SCS

La legislación colombiana establece tanto la prohibición del consumo de SPA como la criminalización de su transporte, almacenamiento, conservación y adquisición, entre otras. Asimismo, penaliza el porte que exceda la dosis para uso personal de SPA cuya dosis personal no este contemplada en la Ley 30, como la heroína⁷³.

Bajo este panorama, las personas que decidan acudir a las SCS, enfrentarán los mismos retos que toda persona consumidora de drogas en Colombia afronta, pero de manera agravada toda vez que, si bien las autoridades no podrán detenerlas dentro de las Salas, éstas tendrán pleno conocimiento de la ubi-

cación de las SCS haciéndolos un blanco fácil para perseguir y, en su caso, detener.

Aunado a lo anterior, la legislación colombiana permite la detención transitoria a quien, por efecto de consumo de SPA, pueda dar lugar a infracción del Código de Policía⁷⁴. Esta norma es sumamente ambigua y le otorga a la autoridad la prerrogativa de detener a todas aquellas personas que considere que a) han consumido SPA y b) pueden infringir el Código de Policía, lo que resulta particularmente problemático para quienes decidan acudir a las SCS, toda vez que corren el riesgo de ser acosados por las autoridades.

73- Véase: Constitución Colombiana de 1991, art. 49; Ley 30 de 1986. Art. 33, y Decreto 1108 de 1994, art. 43.

74- Véase: Decreto 1108 de 1994, art. 21.

OPORTUNIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SCS

Como se analizó en el capítulo anterior, existen diversos retos legales a enfrentar para lograr la efectiva implementación y operación de SCS en el país. No obstante, tanto las Altas Cortes como las propias instancias gubernamentales han impulsado y diseñado políticas públicas en materia de drogas que ponen en el centro los DDHH y están basadas en la evidencia, mismas que facilitan la garantía del derecho al más alto nivel de salud posible de las personas que consumen SPA.

Pese a los esfuerzos de estos últimos, la confrontación que se distingue en la actual política de drogas colombiana, parte de **la errónea idea de apostar por la despenalización del consumo de SPA, al tiempo que se mantiene tanto la prohibición de consumo como la criminalización de todas aquellas actividades conexas** al mismo.

La subsistencia de dicha contradicción resulta actualmente insostenible frente al compromiso mundial que ha hecho Colombia de transitar hacia un enfoque de salud y derechos humanos en su política de drogas y el contenido del punto 4 del Acuerdo de la Habana en materia de consumo.

Por tanto, **el marco jurídico requiere regulaciones que permitan crear las condiciones legales para implementar estrategias efectivas de reducción de daños.**

En este sentido, se considera que una interpretación constitucional de la **excepción uso médico o científico**⁷⁵ contenida en la regulación internacional y nacional de drogas, fortalecida con el **núcleo legal de protección** antes expuesto, puede permitir el diseño de rutas de acción que generen nuevas políticas y cambios normativos que superen el umbral de prohibición contenido en los tratados internacionales en materia de política de drogas, reflejado en las disposiciones internas.

Utilizando dicha interpretación, existen al menos dos rutas de acción viables para garantizar la instalación y operación efectiva de SCS en el país: i) la implemen-

tación de una primera sala como Programa Piloto, y ii) legislación de dosis personal e instalación de salas de consumo. Cabe señalar que estas rutas no son excluyentes, sino que, por el contrario, pueden fortalecerse mutuamente. De igual forma es importante que ambas rutas cuenten con la participación de expertos en reducción de daños.

La primera ruta cuenta con mayor respaldo por parte de instituciones clave del gobierno nacional al considerarse que, en aquellas ciudades donde existe un trabajo previo de intervenciones de intercambio de jeringuillas, puede ponerse en marcha un piloto de SCS. En esta ruta la decisión principal será tomada por el Consejo Nacional de Estupefacientes (CNE), una vez el Ministerio de Justicia y Derecho (MJ) someta la propuesta pertinente, por lo que resulta esencial tener el apoyo de ambas instituciones.

75- La excepción uso médico o científico se encuentra contemplado en las tres Convenciones Internacionales en materia de drogas y en la Ley 30 de 1986.

Asimismo, será necesario contar con el soporte del Instituto Nacional de Medicina Legal (IML) a efecto de que éste apruebe un gramaje razonable de heroína como dosis personal, que permita a las personas consumidoras de dicha sustancia acudir a las SCS sin riesgo a ser detenidos por las autoridades policiales. Es importante que la definición de la dosis personal para heroína sea establecida por personal especializado que permita distinguir entre consumo y tráfico.

La ventaja de esta ruta es que **puede generar evidencia sobre la eficacia de las SCS en Colombia**, cuya ausencia es muchas veces utilizada por las autoridades como argumento para negar su instalación. No obstante, debe tomarse en cuenta que, al ser una ruta que no genera *per se* cambios normativos, y considerando que la generación de evidencia es un proceso de mediano a largo plazo, puede dilatar mucho el proceso de la implementación de SCS como política pública consolidada, al tiempo que mantendrá la incertidumbre jurídica para *staff* y usuarios respecto a los retos legales antes analizados.

La segunda ruta, mediante la regulación de la dosis personal y de la instalación de salas de consumo, generaría seguridad jurídica para los operadores, *staff* y usuarios de las salas, logrando que la reducción de riesgos sea concebida desde la ley como una intervención de salud pública y como excepción a la prohibición de consumo que se desprende del artículo 49 constitucional.

Finalmente, la sensibilización y capacitación de la policía resulta primordial para garantizar la efectividad de las políticas de reducción de daños. La directriz frente a los consumidores dentro de la estructura de seguridad y espacio público debe, como la política de drogas, transitar a un enfoque de derechos donde las personas consumidoras, especialmente aquellas que pertenecen a grupos de especial protección, sean reconocidas como titulares de derechos y que las políticas de reducción de daños sean una oportunidad de inclusión social.

Colombia ha sido considerado durante décadas como uno de los mayores productores de sustancias psicoactivas. No obstante, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el consumo de drogas, particularmente inyectables y fumables, generando un alto impacto en la salud pública. Ante este problema, es necesario que el gobierno colombiano adopte e implemente estrategias de reducción de daños, como la instalación de Salas de Consumo Supervisado.

Para la implementación de dichas estrategias, es imprescindible contar con un marco legal, político y presupuestario que permita su materialización, lo cual implica transitar del prohibicionismo hacia una política de drogas sensata y basada en la evidencia que ponga en el centro el respeto de los derechos humanos de las personas consumidoras.

El presente documento tiene como objetivo establecer los retos y oportunidades legales para la implementación de SCS en el país y algunas rutas de acción que faciliten la exitosa implementación de las mismas.

DDHH

E L E M E N T A

CONSULTORÍA EN DERECHOS