Bogotá D.C. diciembre de 2021

Señor

**JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO**

Presidente

Comisión Primera Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

**Asunto:** Informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 223 de 2021 Cámara** ***“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”.***

Respetado Presidente,

Atendiendo la designación de la Mesa Directiva de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes y en virtud de las facultades constitucionales y las establecidas en la Ley 5ª de 1992, me permito poner a consideración de los Honorables Representantes de la Comisión I de la Cámara de Representantes, el informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de Ley No. 223 de 2021 Cámara *“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”.***

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NO. 223 DE 2021 CÁMARA *“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”.***

En atención a la designación hecha por la por la Presidencia de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, me permito rendir **INFORME DE PONENCIA** para primer debate al **Proyecto de Ley No. 223 de 2021 Cámara *“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”.***

1. **TRÁMITE DEL PROYECTO**

El día 11 de agosto de 2021 se radicó en la Secretaría General de la Cámara, el **Proyecto de Ley No. 223 de 2021 Cámara “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”**, iniciativa de los Honorables Senadores Iván Marulanda Gómez, Luis Fernando Velasco Chaves, Temistocles Ortega Narvaez, Daira Galvis Méndez, Aida Yolanda Avella Esquivel, Alexánder López Maya y de los Representantes Jorge Enrique Benedetti Martelo, Juan Fernando Reyes Kuri, Juan Carlos Lozada Vargas, Harry Giovanny González García, José Daniel López Jiménez, Jaime Rodríguez Contreras, Mauricio Andrés Toro Orjuela, Nubia López Morales, Elbert Díaz Lozano, Katherine Miranda Peña, Jorge Alberto Gómez Gallego, Faber Alberto Muñoz Cerón, Norma Hurtado Sánchez y Gabriel Santos García.

Por designación de la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara y conforme a lo señalado en el artículo 174 de la Ley 5ª de 1992, fui nombrado como ponente único para primer debate.

El día 22 de noviembre de 2021 se realizó la Audiencia Pública al respecto, en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes.

1. **OBJETO DEL PROYECTO**

El presente proyecto de ley tiene por objeto crear el marco regulatorio para la práctica, implementación y desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños y ser la hoja de ruta para la articulación de estos servicios en el país. Así, la presente ley agrupa y armoniza disposiciones en la materia y fortalece la actual infraestructura de reducción de riesgos y daños en distintos ámbitos.

1. **JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

El desarrollo e implementación de las políticas de reducción de riesgos y daños en Colombia no ha sido un ejercicio sistemático. A pesar de ser un concepto que es de reconocida importancia para el estado desde hace más de 15 años, el desenlace histórico de los proyectos liderados por el Gobierno Nacional, al igual que las entidades territoriales, suele ser la desarticulación del esfuerzo debido principalmente a la falta de inercia en el apoyo político y la insuficiencia de recursos. Esto no quiere decir que no haya progreso en la implementación de estas políticas, sin embargo, todavía estamos lejos de tener una infraestructura robusta de reducción de riesgos y daños.

A la luz de la evidencia científica, la coyuntura de consumo de sustancias psicoactivas actual y los ejemplos que han marcado otros países como Portugal y Suiza, hay una necesidad clara de reformar el estado de las cosas e impulsar la adaptación nacional de las políticas de reducción de riesgos y daños. El objetivo a largo plazo debería de ser la transición de dichos servicios fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y hacia el umbral de las políticas de estado en toda la institucionalidad. Sin embargo, antes de llegar a esta meta, en el Congreso de la República debemos establecer los lineamientos tanto prácticos como teóricos por los cuales se regirá la aplicación de este paradigma de cuidado en el país.

**LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS**

La “reducción de riesgos y daños” es un término general para las intervenciones destinadas a reducir los efectos negativos en salud provenientes del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y comportamientos relacionados. Los ejemplos más conocidos son los programas de dispensación de agujas hipodérmicas y las terapias de sustitución con metadona. Este paradigma de cuidado sostiene unas premisas fundamentales muy diferentes al modelo clásico de política de consumo de drogas basado en la prevención, la criminalización y la abstinencia. En el modelo presentado por la reducción de daños los consumidores problemáticos son vistos como pacientes médicos, no como criminales, ya que esto solo empeoraría sus posibilidades de superar su consumo. Al abordar la población de consumidores problemáticos como pacientes, el rol del estado se convierte en uno de apoyo y la problemática se empieza a conceptualizar desde la salud pública.

La diferencia significativa entre la reducción de daños y el modelo clásico no está en sus objetivos, pero en sus métodos. Ambos modelos apuntan a establecer una sociedad saludable y funcional, sin embargo, el modelo clásico pretende hacer esto a través de la prohibición y la abstinencia, mientras que el paradigma de reducción de riesgos y daños hace uso de diferentes criterios; estas políticas no usan el cese de todo uso de drogas como su criterio para intervenciones y políticas exitosas. El objetivo es lograr avances positivos en la calidad de vida, así como en el bienestar individual y comunitario. Si el paciente decide que quiere trabajar hacia la abstinencia esto es aún mejor, pero dicha expectativa nunca se coloca en el paciente. El profesional de reducción de riesgos y daños busca reunirse con el paciente en donde este se encuentra en términos de su motivación y capacidad para efectuar cambios. Estas políticas buscan proporcionar herramientas adicionales para los médicos que trabajan con clientes que, por cualquier razón, puedan no estar preparados para llegar a la abstinencia.

Cuando consideramos la cantidad de factores que deben atender las políticas de reducción de riesgos y daños (la población objetivo, la complejidad del servicio, la sustancia específica, etc.) podemos ver cómo puede existir una gran variedad en su aplicación. No debemos caer en la falacia de pensar que esta modalidad de atención es únicamente para los consumidores problemáticos o que solo es útil en términos de sustancias ilegales. Cuando un individuo funcional decide querer reducir su consumo semanal de cigarrillos esto también se considera como reducción de riesgos y daños.

En la actualidad, Colombia sostiene una política de consumo de drogas que se podría describir como un estilo de “híbrido” entre el modelo clásico y algunos de los principios de la política de drogas moderna que podemos ver en regiones como Europa Occidental. Aquí los consumidores no se abordan como criminales sino como pacientes y el consumo de sustancias psicoactivas se entiende como una responsabilidad de la salud pública. Sin embargo, hemos hecho muy poco para desarrollar nuestras políticas de consumo por fuera del énfasis singular en la prevención y la abstinencia; mientras los derechos de los consumidores se caracterizan por los frecuentes choques entre las decisiones judiciales y las iniciativas impulsadas por los gobiernos y partidos.

En el debate sobre la adicción hay una inmensa diversidad de opiniones, lo que hace que cada vez se vuelve más ilógico pensar que solo hay un modelo correcto para rehabilitar a los drogodependientes. En efecto, el Dr. Augusto Pérez, director de la Corporación Nuevos Rumbos, (entidad sin ánimo de lucro especializada en la investigación y prevención del consumo de drogas en Colombia) cree que: “el nivel de análisis primordial siempre debería ser el individuo”. La alta variedad que presenta cada caso de consumo problemático apoya esta conclusión. La noción de la importancia del análisis del individuo es otro punto a favor de una política de consumo de SPA que ofrezca una variedad de servicios de atención. Debemos tener herramientas efectivas para atender a todo el espectro de consumidores, desde los jóvenes que están experimentado con la marihuana hasta los habitantes de calle con un consumo problemático de heroína o bazuco.

**ESTUDIOS DE CASO**

Las políticas de reducción de riesgos y daños son más comunes en los países de Europa occidental, en donde existen varios ejemplos de su exitosa implementación. Una descripción superficial en cuanto a la implementación de estas políticas en Portugal y Suiza puede demostrar el increíble efecto que pueden tener en la salud pública. En los años noventa, Portugal estaba inmersa en una crisis de adicción a la heroína.[[1]](#footnote-1) Durante este episodio, uno de cada cien portugueses tenía una adicción a la heroína. Efectivamente, en los años previos a la reforma, la cantidad de muertes relacionadas con las drogas se disparó y las tasas de VIH, Tuberculosis y Hepatitis B y C entre las personas que se inyectaron drogas aumentaron rápidamente[[2]](#footnote-2). Esta crisis de adicción fue un fenómeno que se esparció por todas las áreas de la clase política, social y económica de Portugal. El Dr. João Goulão, quien es considerado como el arquitecto de la política de drogas implementada en el 2001, lo describe de la siguiente manera: “Hubo un momento en el que no se podía encontrar una sola familia portuguesa que no fuera afectada. Cada familia tenía su adicto o adictos”.

Ante esta coyuntura y evidenciando que las políticas represivas contra las drogas no estaban dando resultados, en el 2001, Portugal se convirtió en el primer país en descriminalizar la posesión y el consumo de todas las sustancias ilícitas. En vez de ser judicializados, aquellos atrapados con sustancias ilícitas podrían recibir una advertencia, una pequeña multa o se les podría pedir que comparezcan ante una “comisión local de disuasión” (un médico, un abogado y un trabajador social) para aprender sobre el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y otros servicios de apoyo que estaban disponibles para ellos. En la práctica, estos paneles raramente imponen multas contra los individuos que compadecen ante ellos. El objetivo verdadero era abordar el grave empeoramiento de la salud de la población consumidora al lograr que estos consumidores ingresaran voluntariamente al tratamiento.

Se debe notar que Portugal complementó su política de despenalización asignando mayores recursos al campo de consumo de drogas, ampliando y mejorando los programas de prevención, tratamiento, reducción de daños y reintegración social. Es decir: expandió la cantidad y diversidad de sus servicios.

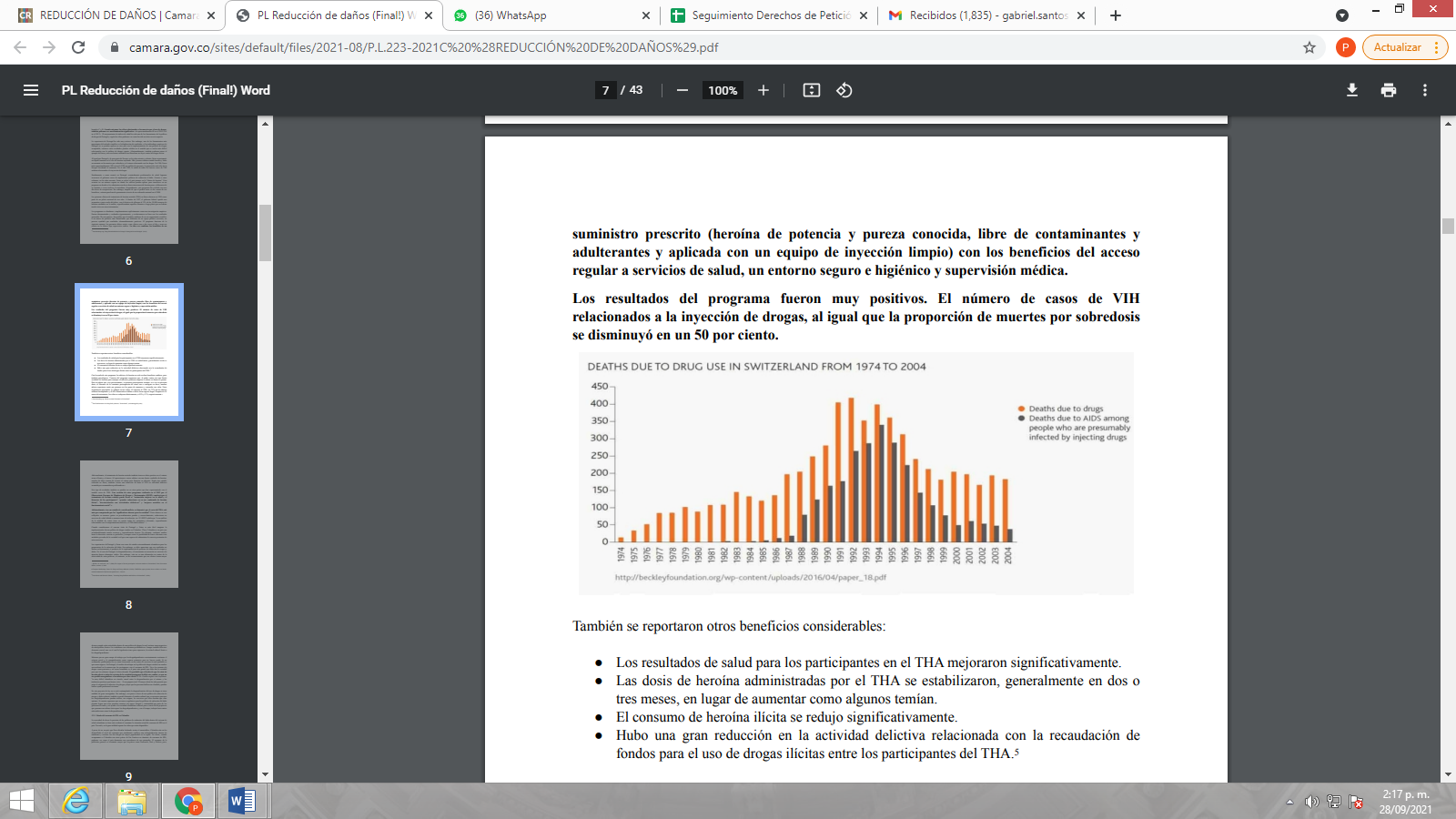
Ahora que han pasado casi dos décadas desde el cambio de enfoque en la política de drogas de Portugal, existen varios indicadores que podemos observar para evaluar su éxito. Una de las mayores críticas de la despenalización era que iba a causar un gran aumento en el uso de drogas de la población general. Sin embargo, podemos ver como este miedo nunca se materializó. Según las cifras, los niveles de consumo de drogas de Portugal están por debajo de la media europea, especialmente para los jóvenes[[3]](#footnote-3). La prevalencia de enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas también mostró una gran disminución. Aunque el número de casos de VIH recientemente diagnosticados entre las personas que se inyectan drogas en Portugal es muy superior al promedio europeo, ha disminuido drásticamente en la última década, pasando de 1.016 a 56 entre 2001 y 2012. También se observó una tendencia similar en los casos de hepatitis C y B. Cuando miramos las cifras relacionadas a las muertes por el uso de drogas, también podemos ver una disminución significativa—de aproximadamente 80 en el 2001 a 16 en el 2012. [[4]](#footnote-4)

El mejoramiento de índices de salud ha sido uno de los lineamientos de la política 4 de drogas de Portugal y según las cifras podemos ver cómo ha sido un éxito en este respecto. La experiencia de Portugal ha sido muy exitosa. Sin embargo, uno de los lineamientos más importantes del método científico es la duplicación de resultados; si los indicadores positivos de Portugal no se pueden replicar en otro país con la implementación de una política de drogas comparable, entonces estos resultados pierden validez en el sentido que se vuelve más difícil relacionarlos con la política de drogas vigente. Afortunadamente, también podemos mirar al ejemplo de Suiza y sus excelentes resultados tras liberalizar sus leyes contra las drogas ilícitas.

Al igual que Portugal y la gran parte de Europa, en los años setenta y ochenta, Suiza experimentó un rápido aumento en el uso de heroína inyectada. Más jóvenes estaban usando heroína y hubo un aumento en las muertes por sobredosis y el crimen relacionado con las drogas. En 1986, Suiza tenía aproximadamente 500 casos de VIH por millón de personas, la proporción más alta de la Europa Occidental al momento. En el año 1989, la mitad de todos los nuevos casos de VIH estaban relacionados a la inyección de drogas. Similarmente a como ocurrió en Portugal, eventualmente profesionales de salud lograron convencer al gobierno suizo de implementar políticas de reducción al daño. Gracias a estas reformas, en los años noventa, Suiza se volvió el país pionero en la “clínica de heroína”. Esta consiste en un entorno seguro en donde los adictos pueden aplicar para inscribirse en un programa en donde se les administra una dosis diaria intravenosa de heroína pura, a diferencia de su sustituto a veces ineficaz, la metadona. Originalmente, este programa fue recibido con una alta dosis de escepticismo. Sin embargo, después de que el pueblo suizo se dio cuenta de sus beneficios, votaron para hacerlo permanente a través de un referendo nacional en el 2008.

Las primeras clínicas de tratamiento de heroína asistida (THA) en Suiza abrieron en 1994 como parte de un piloto nacional de tres años. A finales de 1997, el gobierno federal aprobó una expansión a gran escala del piloto, con el objetivo de albergar al 15% de los 30,000 usuarios de heroína estimados en la nación, específicamente aquellos usuarios a largo plazo que no habían tenido éxito con otros tratamientos. Los programas se diseñaron e implementaron explícitamente como una investigación empírica. Fueron documentados y evaluados rigurosamente, y evolucionaron en línea con los resultados generados. De esta manera, fue posible que el modelo cambiara de ser un experimento científico a un marco de políticas más formalizado que disfrutara de un apoyo público creciente, un proceso ayudado por resultados abrumadoramente positivos.

El programa funciona de la siguiente manera: los pacientes deben asistir a una clínica una o dos veces al día y usan sus recetas en la clínica bajo supervisión médica. La idea era combinar los beneficios de un suministro prescrito (heroína de potencia y pureza conocida, libre de contaminantes y adulterantes y aplicada con un equipo de inyección limpio) con los beneficios del acceso regular a servicios de salud, un entorno seguro e higiénico y supervisión médica. Los resultados del programa fueron muy positivos. El número de casos de VIH relacionados a la inyección de drogas, al igual que la proporción de muertes por sobredosis se disminuyó en un 50 por ciento.



También se reportaron otros beneficios considerables:

● Los resultados de salud para los participantes en el THA mejoraron significativamente.

● Las dosis de heroína administradas por el THA se estabilizaron, generalmente en dos o tres meses, en lugar de aumentar como algunos temían.

● El consumo de heroína ilícita se redujo significativamente.

● Hubo una gran reducción en la actividad delictiva relacionada con la recaudación de fondos para el uso de drogas ilícitas entre los participantes del THA.[[5]](#footnote-5)

Con la ayuda de este programa, los adictos a la heroína no solo reciben beneficios médicos, pero también psicológicos. Usuarios del programa reportaron que, al poder contar con una fuente confiable de heroína para manejar su adicción, pudieron empezar a aclarar su forma de pensar. Para un adicto que vive precariamente, su primera preocupación siempre va a ser su próxima dosis; al liberarse de la constante preocupación de cómo van a conseguir su dosis, muchos adictos reportaron sentir por primera vez las ganas de mejorarse y encarrilar sus vidas. Estas experiencias personales se reflejan en las cifras. Al ingresar al THA, un 73% de los adictos estaban desempleados y el 69% financiaba su hábito a través de un ingreso ilegal. Después de 18 meses de tratamiento, las cifras se redujeron drásticamente, a 45% y 11%, respectivamente.[[6]](#footnote-6)

Adicionalmente, el tratamiento de heroína asistido también tiene un efecto positivo en el crimen como el hurto y el atraco. Al aprovisionar a varios adictos con una fuente confiable de heroína, muchos de ellos cesaron de recurrir al crimen para financiar su adicción. Según otro estudio realizado en Suiza, analistas vieron una reducción de hasta el 90% en actividad delictiva cometida por consumidores problemáticos.[[7]](#footnote-7)

Este tipo de resultados también se pueden ver en otros países que han experimentado con el modelo suizo de THA. Tras un estudio de costo/beneficio, se demostró que el costo del THA está más que compensado por los “significativos ahorros para la sociedad”. Estos ahorros se ven reflejados en menores gastos en procedimientos penales y encarcelamiento, reducciones en servicios de salud debido a menores tasas de infección, etc. El OEDT señala que “si un análisis de la utilidad de costos tiene en cuenta todos los parámetros relevantes, especialmente relacionados con el comportamiento delictivo, el THA ahorra dinero”. [[8]](#footnote-8)

Cuando consideramos el enorme éxito de Portugal y Suiza es más fácil imaginar la implementación de una política de drogas similar en Colombia. Claro, Colombia es un país con considerablemente menos recursos y especialización técnica. No obstante, cualquier cambio hacia la dirección correcta es preferible y siempre existe la posibilidad de hacer convenios con entidades privadas de la sociedad civil que sean capaces de administrar la correcta prestación de estos servicios.

Las experiencias de Portugal y Suiza son casos de estudio extremadamente alentadores para los proponentes de la reducción del daño. Sin embargo, se debe mencionar que sus resultados no fueron exclusivamente el producto de la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños. En el caso de Portugal, la despenalización y el incremento en inversión en servicios de atención fueron elementos vitales. Sin embargo, esto no es una afirmación en contra de la efectividad de estas políticas, al contrario, es un reconocimiento que sus efectos tienen mayor afortunadamente.

Aunque todavía estamos muy por debajo de los niveles que se presentan en los países más consumidores de la región como Chile, Argentina, Uruguay y Brasil[[9]](#footnote-9). Este posicionamiento a nivel regional y hemisférico nos ha dejado a los colombianos una visión particular de nuestro país. Entre colombianos, es una creencia generalizada que Colombia es un país “productor, pero no consumidor”. Aunque esta noción tiene algo de verdad, el estado de las cosas está empezando a cambiar. Si vemos los indicadores de consumo de SPA en Colombia a través del tiempo, la tendencia general que se presenta es una de crecimiento lento pero constante. La situación se agrava considerablemente cuando nos enfocamos en los grupos de edad más jóvenes, los cuales están presentando prevalencias de consumo cada vez mayores. En consideración del incremento en el consumo de los colombianos y la obligación del estado de ofrecer tratamiento de carácter integral a los consumidores, el estado colombiano tendrá que desarrollar más plenamente el rol de la reducción de riesgos y daños dentro de la política de consumo de drogas.

Con el fin de analizar los patrones de consumo de SPA en Colombia, el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), del Ministerio de Justicia, ha elaborado tres encuestas de envergadura nacional en los años 1996, 2008 y 2013. Es necesario aclarar que las encuestas del 1996 y el 2008 no son plenamente comparables pues utilizaron metodologías de muestreo y recolección de datos levemente diferentes. Sin embargo, las metodologías de las encuestas siguen siendo suficientemente parecidas para comparar sus resultados de manera informal. Las encuestas del 2008 y el 2013 usan la misma metodología y son plenamente comparables. Desafortunadamente perdimos la periodicidad epidemiológica de cinco años pues la encuesta se debió aplicar en el año 2018 y por asuntos burocráticos no se puedo realizar sino hasta 2019 y al mes de octubre de 2020 todavía no se ha publicado el estudio, generando una fractura en el atendimiento del fenómeno.

Estas encuestas permiten concluir que desde 1996 hasta 2013 el porcentaje de consumo “alguna vez en la vida” de la población general subió 187%. Cuando miramos el porcentaje del “último año” para el mismo periodo, vemos un incremento de 223%. Finalmente, el incremento porcentual del consumo en el “último mes” desde el 2008 al 2013 es de 134%. El hecho que el incremento porcentual del consumo del “último año” haya sido mayor que el de “alguna vez en la vida” es significativo, pues nos lleva a deducir que el incremento que estamos viendo no se debería racionalizar como un consumo “experimental” de una sociedad que ha desarrollado una actitud más libertaria hacia el consumo de estupefacientes. Se demostrará como estos aumentos parecen ser mayoritariamente el producto de un incremento sustancial en el consumo de ciertos grupos de jóvenes como universitarios y estudiantes de educación media.

**EXPERIENCIAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN COLOMBIA**

A pesar de la actual ausencia de una infraestructura nacional de servicios de reducción de riesgos y daños que sea independiente de las EPS e IPS del país, Colombia si ha desarrollado ciertas áreas de estas políticas y ha gozado de una variedad de experiencias exitosas en la materia. A grandes rasgos, se puede decir que los proyectos más significativos se han liderado siempre por parte de la sociedad civil o con su acompañamiento. Se debe resaltar que desde antes de la llegada del paradigma de la reducción de daño han operado una variedad de organizaciones de la sociedad civil, las cuales se ha manifestado en el país a través de estrategias comunitarias, comunidades terapéuticas, alianzas con el sector salud, servicios para la atención del VIH y TB, albergues seguros, programas ambulatorios, etc. En efecto, las organizaciones de la sociedad civil han sido un actor clave en la lucha por los derechos de los consumidores y son el elemento más innovador y especializado en la prestación de servicios de superación del consumo y reducción de riesgos y daños.

Uno de los proyectos más exitosos ha sido el proyecto CAMBIE, creado por la corporación ATS en el 2014. Este proyecto fue el primer programa integral de reducción de riesgos y daños para PID en Colombia. Sus servicios primarios fueron la entrega de material higiénico de inyección, acompañamiento psicosocial, formación en inyección de menor riesgo, articulación a rutas institucionales de atención en salud, etc. Operó en cuatro ciudades: Pereira, Dos Quebradas, Bogotá y Cali.

A través de financiación por el Open Society Foundation, luego el Ministerio de Justicia y finalmente FONADE, el proyecto CAMBIE alcanzó unos importantes resultados. En sus cuatro años de operación, CAMBIE logró inscribir en su programa a 2.302 PID que pudieron ser beneficiarios de sus servicios por lo menos una vez. Al comparar cifras de ATS con estudios del Ministerio de Justicia, se pudo percibir una reducción en incidencia del VIH en las PID durante el periodo de funcionamiento de CAMBIE. En Pereira, se realizaron 260 pruebas de VIH a consumidores en el año 2014 con un resultado de 8.3 por ciento positivo, mientras que en el segundo semestre del año 2017 ATS realizó 467 pruebas y encontró que el porcentaje de infección se redujo a 4. En Bogotá se percibió una disminución del 5.0 al 1.8 por ciento.[[10]](#footnote-10) No obstante, el proyecto CAMBIE dejó de operar en el 2018 debido a falta de apoyo político y financiación.

En materia de avances, desde el Fondo Nacional de Estupefacientes, el Gobierno Nacional ha logrado implementar programas de sustitución de metadona exitosos. En efecto, el Estado ya ofrece servicios de sustitución de terapia a un segmento significativo de los consumidores problemáticos. Sin embargo, este avance en las terapias de sustitución no se ha manifestado en un apoyo concertado para un programa nacional de reducción de riesgos y daños.

1. **AUDIENCIA PÚBLICA**

En la audiencia pública celebrada el 22 de noviembre de 2022 se lograron algunas conclusiones que pueden ser útiles para el proyecto, relacionadas así:

* Julián Quintero:

Es un proyecto único y sin antecedentes en América Latina. Esto confirma que Colombia es un país vanguardista en el tema de reducción de daños y riesgos, y en los derechos de las personas consumidoras.

En Colombia se hace reducción de riesgos y daños desde hace unos 15 años, a través de diferentes programas como Consumo Responsable de Alcohol, los centros de escucha y las zonas de orientación universitaria. Desde el 2013 se analizan drogas de manera legal en eventos y festivales, para identificar el riesgo químico y así cuidar la salud de las personas. Se entregan jeringas a personas que se inyectan desde el 2014, las ONGS reparten naloxona desde el 2017. En Colombia se permite la comercialización de vapeadores para consumo de cannabis y nicotina para evitar la combustión.

Actualmente estamos en el cambio de paradigma, el mundo está abandonando el enfoque prohibicionista para transitar a la regulación de las sustancias psicoactivas y con ello lograr la reducción de riesgos y daños, que es la educación en el consumo de sustancias psicoactivas.

Toda la evidencia apunta a que estas medidas salvan vidas, disminuye intoxicaciones y respeta el libre desarrollo de la personalidad.

* Inés Elvira Mota :

En Colombia desde el 2012 se reconoce por ley que el consumo de drogas es un asunto de salud pública, definiendo así la obligación del sistema de salud de atender los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, como se atiende cualquier otro evento de salud. Sin embargo, la oferta existente es insuficiente. 9 de cada 10 personas no puede acceder a estos servicios, en muchos casos porque exigen la abstinencia total para el acceso, lo que impiden que los ciudadanos gocen del derecho pleno a la salud.

Es necesario un marco regulatorio como lo propone el proyecto, pero también un esquema de financiación más robusto para los programas de reducción de riesgos y daños. En Colombia esto depende prácticamente de la cooperación internacional, pero esta es inestable. Es necesario también un marco regulatorio que habilite los servicios de bajo umbral asociados con estos programas.

Es un imperativo ético y moral una política se salud pública que incluya de manera amplia un enfoque de reducción de riesgos y daños.

* Hugo Castro:

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.

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 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.

* Jorge Forero:

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 usuario 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 derechos 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 las 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 ley.

1. **EVENTUALES CONFLICTOS DE INTERÉS**

De conformidad con los criterios definidos en el artículo 286 de la ley 5ª de 1992, se considera que frente a este proyecto no hay conflictos de interés, puesto que no generaría beneficios particulares, actuales y directos.

Lo anterior, sin perjuicio de otras causales de impedimento que puedan ser advertidas.

1. **PROPOSICIÓN**

Con fundamento en las razones aquí expuestas, proponemos de manera respetuosa a los honorables representantes de la Comisión Primera de la Cámara dar primer debate al **Proyecto de Ley No. 223 de 2021 Cámara “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”.**

Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
| **GABRIEL SANTOS GARCÍA**  Representante a la Cámara |  |

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE**

**PROYECTO DE LEY NO. 223 DE 2021 CÁMARA “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”,**

El Congreso de Colombia

Decreta:

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto crear el marco regulatorio para la práctica, implementación y desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños y ser la hoja de ruta para la articulación de estos servicios en el país. Con este propósito, la presente ley agrupa y armoniza disposiciones en la materia y fortalece la actual infraestructura de reducción de riesgos y daños en distintos ámbitos.

**Artículo 2. Principios rectores.** La normativa en torno a las políticas de reducción de riesgos y daños se rige bajo los siguientes principios:

● **Derechos humanos:** El diseño e implementación de políticas de reducción de riesgos y daños deberá reflejar las obligaciones en derechos humanos que ha adquirido el Estado colombiano.

● **Derechos de los consumidores:** En el ámbito de las políticas de reducción de riesgos y daños cobran especial relevancia los compromisos que ha adquirido el estado para defender los derechos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. En concordancia con la Constitución Política, cada individuo deberá poder ejercer su derecho a la libre expresión de la personalidad sin que esto sea causal para la vulneración de otros derechos y/o obligaciones del estado.

● **Salud pública:** La salud pública, entendida como el conjunto de acciones y obligaciones del Estado para mejorar la salud de todos los colombianos, deberá ser una consideración primaria en la estructuración de las políticas de reducción de riesgos y daños. Adicionalmente, se debe tener en cuenta la efectividad de las políticas de reducción de riesgos y daños para incidir positivamente en coyunturas asociadas al consumo de estupefacientes que deterioran la salud pública de la sociedad colombiana.

● **Participación de la Sociedad Civil:** La sociedad civil ha sido el actor más significativo en el impulso y desarrollo de la reducción de riesgos y daños en Colombia, es el aliado más importante del cual dispone el Estado para crear programas sostenibles y en términos de actores privados calificados, es el repositorio más extenso de conocimiento y experiencias exitosas en la materia. Por lo tanto, el desarrollo de políticas de reducción de riesgos y daños por parte del Gobierno Nacional debe propender por el involucramiento de la sociedad civil y, en donde sea posible, abogar para que esta sea protagonista de las iniciativas.

● **Accesibilidad:** De acuerdo con la normatividad vigente en salud, todo individuo que solicite servicios de reducción de riesgos y daños deberá poder recibir esta atención por parte de su EAPB o en su defecto del Plan de Intervenciones colectivas (PIC). El Gobierno Nacional debe asegurar que aquellas Entidades Administradoras de Planes de Salud (EAPB) que no estén capacitadas para proveer tal servicio subsanen este incumplimiento. La accesibilidad presenta dos dimensiones adicionales:

**o Complejidad del servicio:** Dependiendo de las necesidades y escogencias del individuo, la atención en reducción de riesgos y daños puede variar sustancialmente en su complejidad e integralidad. Es decisión del individuo alterar la naturaleza de su atención. Si este desea trasladarse hacia servicios más extensos, deben existir rutas de atención para canalizar dichos casos hacia servicios de mayor complejidad.

**o Consumo oculto/Consumidores ocultos:** Se reconoce que un porcentaje significativo de los consumidores problemáticos del país nunca buscan atención de superación del consumo o reducción de riesgos y daños y por ende no son visibilizados por dichos servicios. Esta problemática es más extensa en poblaciones en situación de marginalidad y/o que sufren de estigma social, como las personas en situación de calle. El Gobierno Nacional, junto con el Ministerio de Salud, debe tomar medidas proactivas para intentar alcanzar a dichos consumidores por parte del sistema de salud.

● **Tipología del consumo:** La creación de programas de reducción de riesgos y daños por parte del Gobierno Nacional o las Entidades Territoriales, al igual que la gestión de estos servicios por parte de las EAPB, debe tomar en consideración la amplia información que existe alrededor de los diferentes tipos de consumo de sustancias psicoactivas, dándole un tratamiento diferenciado y específico a cada uno según sus características.

● **Información y servicios diferenciados:** Los profesionales de la salud al servicio de las EAPB y las IPS están en la obligación de brindar información en reducción de riesgos y daños a las personas mayores de edad que se reconozcan como consumidoras de sustancias psicoactivas legales e ilegales y que no quieran o no puedan abandonar el consumo de sustancias psicoactivas. Existirá la oferta de información y servicios en prevención, reducción de riesgos y daños y superación del consumo.

**● Participación inclusiva:** Los consumidores de sustancias psicoactivas legales e ilegales deben tener participación e injerencia en la creación de políticas públicas y programas que sean dirigidos hacia ellos, así como representación en espacios del Estado que formulen políticas en torno al consumo de sustancias psicoactivas.

**● Fundamento en evidencia científica**: El desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños deberá ser sustentado en todas sus instancias por un cuerpo satisfactorio de evidencia científica.

**● Prácticas costo eficientes:** Se reconoce que en ciertas coyunturas la aplicación de medidas de reducción de riesgos y daños puede constituir un ahorro sustancial para el Estado debido a su injerencia positiva en distintas situaciones de salud pública o criminalidad que le generan gastos al Estado.

**● Enfoque dual (consumo de sustancias psicoactivas y salud mental):** Se reconoce el estrecho vínculo que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas problemático y la prevalencia de trastornos que afectan negativamente la salud mental. Toda atención médica y psicológica hacia el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo la reducción de riesgos y daños, deberá tener un componente de análisis de salud mental y viceversa.

**● Recolección de información:** La recolección de información en la práctica de las políticas de reducción de riesgos y daños será un enfoque transversal para las entidades prestadoras o promotoras de estos servicios en su administración del mismo, al igual que para cualquier programa de esta índole diseñado por el Gobierno Nacional o las entidades territoriales. Esto, a fin de tener más datos sobre eventos de importancia para la salud pública como la prevalencia de las sobredosis, la aparición de NPS (Nuevas Sustancias Psicoactivas), nuevas modalidades de consumo, entre otros. Se incluye expresamente la obligación de articular estos esfuerzos con el Sistema de Alertas Tempranas —SAT, creado por el Consejo Nacional de Estupefacientes.

**● Enfoque transversal:** La reducción de riesgos y daños no se debe comprender como un concepto únicamente médico. Dicho modelo de atención es de gran relevancia en diferentes ámbitos tales como proyectos de prosperidad social y espacios pedagógicos. Consecuentemente, la reducción de riesgos y daños deberá abordarse como un objetivo de carácter transversal en sus distintos ámbitos de aplicación.

**Artículo 3. Definiciones.** Para efectos de la presente ley, se adoptarán las siguientes definiciones:

● **Consumo funcional**: Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que no interfiera con el funcionamiento diario de un individuo y que no le genere problemas de salud mental física, familiar y comunitaria, sin interferir en su productividad académica, laboral y social. ● **Consumo problemático:** Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que genere efectos negativos, ya sean físicos, psicológicos o sociales, de una magnitud inmanejable o insostenible para el consumidor o que provoquen síntomas de dependencia y/o daños en la sociedad.

● **Consumo oculto:** Término para referirse al consumo problemático de individuos que por diferentes razones no han decidido buscar la ayuda de servicios de superación del consumo o reducción de riesgos y daños.

● **Reducción de riesgos y daños:** Categoría conceptual para referirse a las intervenciones y asesoramientos destinados a reducir los efectos dañinos en salud física y mental derivados del consumo de sustancias psicoactivas o comportamientos asociados. Estas medidas no utilizan la cesación del uso de drogas como su criterio principal para definir el éxito de las intervenciones. El objetivo es lograr avances positivos en la calidad de vida y en el funcionamiento social, así como en el bienestar individual y comunitario. Ejemplos de políticas de reducción del daño: servicios de acceso a material higiénico de inyección, terapias de sustitución de sustancias, pautas para el consumo responsable de alcohol, servicios de análisis de sustancias.

● **Políticas basadas en la abstinencia:** Término general para las intervenciones y asesoramientos que buscan eliminar el consumo problemático y las patologías derivadas de este a partir de la abstinencia total del consumo de sustancias psicoactivas.

**Artículo 4. Ámbito de aplicación.** La presente ley, en lo que concierne a la explícita prestación del servicio, aplica para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, pero también aplica a aquellos contratos de prestación de servicios para programas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas que se celebren de parte del Gobierno Nacional o las Entidades territoriales, al igual que las intervenciones contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

En lo que concierne a las disposiciones de la presente ley que crean el marco regulatorio por el cual se debe desarrollar la implementación de las políticas de reducción de riesgos y daños, estas deben ser cumplidas por el Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales en los términos dispuestos por la presente ley.

**Artículo 5. Legitimidad de la reducción de riesgos y daños.** Se reconoce la perspectiva de la reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas como un paradigma legítimo en el ámbito médico, científico y psico-social. El Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales deberán promover la perspectiva de reducción de riesgos y daños en la creación de la política pública del país.

**Capítulo I. Disposiciones que afectan la Salud Pública**

**Artículo 6. Sobre la opción de tratamiento**. El consumo problemático de un individuo no se puede constituir como una barrera de entrada para el acceso a tratamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo los servicios de reducción de riesgos y daños. Las EAPB y las instituciones públicas especializadas para dicha atención tienen la obligación de ofrecer intervenciones y asesoramientos en distintas complejidades que se enmarquen en la finalidad de la reducción del riesgo y el daño en el consumo de sustancias psicoactivas.

**Parágrafo.** La Superintendencia de Salud será la entidad encargada de asegurarse que las EAPB cumplan sus obligaciones en esta materia.

**Artículo 7. Planes de Beneficio.** El Ministerio de Salud deberá incorporar en los planes de beneficio, tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una gama de servicios de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas que permita atender a todos los tipos de consumidores.

La primera actualización del Plan de Beneficios en relación con lo establecido en esta ley deberá efectuarse en un término no mayor a doce (12) meses contados a partir de la promulgación de esta ley.

**Parágrafo 1.** En consideración de (1) la gran cantidad de intervenciones y servicios que existen en reducción de riesgos y daños, (2) el estado dinámico de la investigación científica en la materia y (3) la coyuntura de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y cómo evoluciona con el tiempo, el Ministerio de Salud deberá actualizar cada año este componente de los planes de beneficio en concordancia con las disposiciones contenidas en el artículo anterior.

**Artículo 8.** **Reducción de riesgos y daños para todas las sustancias psicoactivas**. La reducción de riesgos y daños se aplicará a todas las sustancias psicoactivas tanto lícitas como ilícitas, así como NPS o Nuevas Sustancias Psicoactivas y las sustancias legales de uso indebido como el pegante, la gasolina, los medicamentos sin prescripción, entre otros.

El Ministerio de Salud deberá, en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley y atendiendo criterios médicos y científicos, armonizar las sustancias descritas en el inciso anterior con las sustancias que aparezcan en la lista semestral de sustancias psicoactivas formulada por dicho Ministerio y el Consejo Nacional de Estupefacientes, de acuerdo con las disposiciones del artículo 2, parágrafo 4, de la Ley 2000 de 2019. La actualización de dicha lista deberá considerar los criterios descritos en el primer inciso del presente artículo.

**Artículo 9. Distribución de Naloxona.** El Ministerio de Salud, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, deberá exigir, en los doce (12) meses posteriores a la promulgación de la presente ley, la disponibilidad de la Naloxona por parte de las EAPB del país, tal como está estipulado en los planes de beneficio para régimen contributivo y subsidiado.

Para la población que no se encuentra afiliada a ningún régimen y frecuentemente presentan condiciones de marginalidad y estigma social, el Ministerio de Salud deberá, en los doce (12) meses posteriores a la promulgación de la presente ley, garantizar mediante un decreto la disponibilidad de la Naloxona dentro de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), dándole un énfasis especial al ámbito ambulatorio y comunitario de este medicamento y su difusión dentro de las redes de consumidores de opioides del país.

**Artículo 10. Eventos masivos, venta y consumo de SPA.** Las entidades territoriales deberán emitir normas sobre el manejo de servicios de reducción de riesgos y daños en relación con la celebración de eventos masivos como festivales musicales, conciertos, fiestas populares, verbenas, entre otros, que permitan la venta y consumo de sustancias psicoactivas legales como alcohol y cigarrillos. En ocasiones en que se haya identificado el uso de sustancias psicoactivas ilegales como cocaína, marihuana, éxtasis, entre otras, deben disponer de una campaña visible de reducción de riesgos y daños (consumo responsable) como pueden ser servicios de distribución de información y material pedagógico, zonas de recuperación, servicios de análisis de sustancias, entre otros. La reglamentación específica de estas normas estará a la disposición de las entidades territoriales.

**Artículo 11. Sensibilización en la Policía Nacional de Colombia.** El Gobierno Nacional, al igual que las entidades territoriales mediante sus secretarías de seguridad, deberá emitir guías y emprender acciones concretas con la intención de concientizar a los integrantes de la Policía Nacional de Colombia sobre los derechos de las personas consumidoras.

Los integrantes de la Policía Nacional de Colombia deberán poseer información general sobre los servicios y/o programas de reducción de riesgos y daños que estén disponibles en su área de operación. La información debe ser actual y relevante en términos del ámbito local. En sus interacciones con personas consumidoras, los integrantes de la Policía Nacional de Colombia deberán hacer lo posible por concientizar esta información.

**Capítulo II. Disposiciones sobre financiamiento y articulación**

**Artículo 12. Reducción de riesgos y daños en los Planes Integrales Departamentales de Droga (PIDD).** Los PIDD, o los documentos de política pública que los reemplacen, que se elaboren o actualicen posteriormente a la promulgación de esta ley, deberán incluir una sección dedicada exclusivamente a evaluar la situación de la entidad territorial en materia de reducción de riesgos y daños y ofrecer soluciones para incrementar la accesibilidad a estos servicios, al igual que generar conciencia sobre su disponibilidad e importancia en el respectivo departamento.

**Artículo 13**. Se modifica el inciso primero del artículo 22 de la Ley 1849 de 2017 el cual quedará así:

Artículo 22. Modifíquese el artículo 91 de la Ley 1708 de 2014 (Ley de extinción de dominio), el cual quedará así:

Artículo 91. Administración y destinación. Los bienes sobre los que se declare la extinción de dominio, los recursos provenientes de la enajenación temprana y los recursos provenientes de la productividad de los bienes administrados, descontando aquellos destinados para el pago gradual y progresivo de los pasivos de dicho Fondo, los recursos que sean indispensables para el funcionamiento de la entidad encargada de la administración de los bienes, y las destinaciones específicas previstas en la ley, se utilizarán a favor del Estado y serán destinados así: en un veinticinco por ciento (25%) a la Rama Judicial, en un veinticinco por ciento (25%) a la Fiscalía General de la Nación, en un diez por ciento (10%) a la Policía Judicial de la Policía Nacional para el fortalecimiento de su función investigativa y el cuarenta por ciento (40%) restante para el Gobierno nacional, quien reglamentará la distribución de este último porcentaje, destinando una parte a infraestructura penitenciaria y carcelaria, **y otra parte a la financiación directa de Planes de Intervención Colectiva (PIC) en los municipios y/o distritos más afectados por el consumo problemático.**

Se exceptúan de estos porcentajes los predios rurales, los cuales una vez cumplidas las destinaciones previstas en el numeral 1.1.1 del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, y agotado lo allí ordenado, deberán ser objeto de enajenación temprana de conformidad con el artículo 93 de esta ley, recursos que en todo caso serán entregados en su totalidad al Gobierno nacional, para ser destinados a los programas de generación de acceso a tierra administrados por el Gobierno nacional.

De igual forma, por razones de seguridad y defensa, se podrán destinar de forma directa y definitiva predios rurales por parte del administrador del Frisco al Ministerio de Defensa Nacional, para el desarrollo de proyectos de infraestructura de la Fuerza Pública y/o para el cumplimiento de sentencias judiciales, para la reubicación, movilización o traslado de las instalaciones destinadas a la Defensa y Seguridad previos estudios técnicos del Ministerio de Defensa. Su régimen de administración y destinación será reglamentado por el Presidente de la República, siempre en acatamiento de lo dispuesto en el inciso anterior.

Los bienes destinados a la Fiscalía General de la Nación serán administrados a través del Fondo Especial para la Administración de Bienes creado mediante Ley 1615 de 2013.

En el caso de las divisas, una vez incautadas, estas serán entregadas al Banco de la República para que las cambien por su equivalente en pesos colombianos, sin que se requiera sentencia que declare la extinción definitiva del dominio sobre las mismas.

Una vez decretada la extinción de dominio de los bienes localizados en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, estos deberán ser entregados a la Gobernación Departamental, al igual que los rendimientos y frutos que se generen antes de la declaratoria de extinción del dominio.

Estos bienes serán destinados prioritariamente a programas sociales que beneficien a la población raizal. Cuando la Justicia Premial opere sobre bienes o recursos que puedan ser objeto de una de las destinaciones específicas establecidas en la Ley, en tratándose de la retribución, la sentencia anticipada, la negociación patrimonial por colaboración efectiva y la sentencia anticipada por confesión, a que se refieren los artículos 120, 133, 142A y 189A, de esta ley, el Juez de conocimiento, evaluará, con la eficacia de la colaboración, la afectación a la respectiva destinación específica y podrá retribuir al particular, afectado, titular o interesado, con la titularidad del derecho de propiedad de los bienes, según los porcentajes y límite establecidos en cada mecanismo de justicia premial establecidos en la presente ley.

Los bienes de los que trata el presente inciso no estarán condicionados a los criterios previstos para los sujetos de reforma agraria, contemplados en la Ley 160 de 1994 y en sus normas compilatorias. Los bienes y recursos determinados en el presente artículo gozarán de la protección de inembargabilidad. Las medidas cautelares implementadas en los trámites de extinción serán prevalentes sobre cualquier otra y los Registradores de Instrumentos Públicos deberán darles prelación dentro del trámite del registro.

La facultad para decidir sobre la destinación y distribución definitiva de los bienes que le corresponden a la Fiscalía General de la Nación y a la Rama Judicial, en los porcentajes establecidos en el inciso 1° del presente artículo, estará a cargo de las propias entidades. Del porcentaje correspondiente a la rama Judicial, deberá privilegiarse la creación de juzgados de extinción de dominio.

**Parágrafo 1°.** A partir de la fecha en que sea publicada la presente ley, el Consejo Nacional de Estupefacientes no podrá adquirir pasivos con cargo a los recursos determinados en los porcentajes de qué trata el presente artículo, salvo que la entidad correspondiente así lo manifieste en la sesión del Consejo Nacional de Estupefacientes en que se tome favorablemente esta determinación.

**Parágrafo 2°.** En virtud de la presente ley se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para efectuar los ajustes presupuestales pertinentes que permitan la asignación de los recursos a favor del nuevo administrador del Frisco.

**Parágrafo 3°.** El administrador del Frisco tendrá la facultad de policía administrativa para la recuperación física de los bienes que se encuentren bajo su administración.

Las autoridades de Policía locales, municipales, departamentales y nacionales estarán obligadas a prestar, de manera preferente y sin dilación injustificada, el apoyo que requiera el representante legal o su delegado, para hacer efectiva la administración de los bienes que ingresan al Frisco.

En el evento en que el administrador del Frisco ejerza la facultad de policía administrativa a través de las Alcaldías y Secretarías de Gobierno, las mismas deberán proceder a asignar la Inspección de Policía, para ello contarán con un término máximo de quince (15) días contados a partir de la comunicación del administrador. En igual término los inspectores estarán obligados a fijar, practicar y culminar la diligencia. El incumplimiento injustificado de los anteriores términos estará sujeto a la sanción disciplinaria correspondiente. La presentación de oposiciones no suspenderá la práctica de la diligencia”.

**Parágrafo 4°.** Los predios rurales donde se desarrollen o vayan a desarrollar proyectos productivos por parte de la población en proceso de reincorporación serán transferidos directamente por la Sociedad de Activos Especiales a los beneficiarios de estos proyectos que indique la Agencia Nacional de Reincorporación, en los plazos que defina el Gobierno Nacional. En estos casos se configurará una excepción frente a la obligación de transferir todos los bienes rurales a la Agencia Nacional de Tierras. Se excluyen de esta previsión los bienes a que se refiere el artículo 144 de la presente ley.

**Capítulo III. Representación y participación de las personas consumidoras.**

**Artículo 14. Participación de la población objetivo.** Todos los programas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas deberán llevarse a cabo con la consulta y participación de la población objetivo de dicho programa. Representantes de la población objetivo del programa deberán estar incluidos, por lo menos, en las fases de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de cualquier programa de reducción de riesgos y daños realizado a partir de la expedición de la presente ley.

**Parágrafo 1.** La determinación de la población objetivo deberá considerar los tipos de consumidor (experimental, recreativo, habitual, etc.) descritos en el documento técnico del Ministerio de Salud bajo el nombre de “La prevención y la mitigación en manos de los y las jóvenes segunda edición”, o el que lo actualice.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud deberá reglamentar, en un término máximo de seis (6) meses después de expedida la presente ley, el procedimiento de consulta y participación de la población objetivo a la que se refiere el presente artículo.

**Artículo 15. Órgano de sociedad civil.** Se establece la creación del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas, un órgano colegiado asesor, compuesto por miembros expertos e idóneos de la sociedad civil y adscrito al Ministerio de Justicia. El objetivo principal del Consejo será asesorar, desde la perspectiva de la sociedad civil, al Gobierno Nacional sobre las directrices y medidas en materia de política de drogas de carácter ejecutivo, al igual que los proyectos de ley y actos legislativos que cursen por el Congreso de la República.

Entre los miembros del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas estarán los directores y directoras de centros de estudio universitarios dedicados al estudio de problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas o sus delegados, así como los representantes legales de Organizaciones de la Sociedad Civil legalmente constituidas, cuyo objeto social sea el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños. Deberán ser centros de estudio constituidos mediante una universidad acreditada en Colombia y con una fuente de financiación clara, al igual que organizaciones debidamente acreditadas y contando con experiencias exitosas en el desempeño de sus labores.

Son funciones del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas las siguientes:

1. Emitir conceptos no vinculantes a iniciativas legislativas y ejecutivas en materia de política de drogas.

2. Recomendar al Ministerio de Justicia y el Derecho, al igual que el Ministerio de Salud y Protección Social, la elaboración o contratación de estudios que sean considerados necesarios para la gestión efectiva del Estado en materia de política de drogas.

3. Presentar ternas de tres individuos para la selección de un actor que actuará como representante de los ciudadanos consumidores en órganos del Estado.

4. Preparar proyectos de ley en materia de política de drogas que podrán ser presentados ante el Ministerio de Justicia y del Derecho, al igual que El Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Servir como un órgano asesor desde la perspectiva de la sociedad civil en la creación de iniciativas legislativas del Gobierno Nacional en torno a política de drogas.

**Parágrafo 1.** Los miembros de este órgano no recibirán remuneración alguna. Sus reuniones se podrán sostener de manera virtual y sus actas deben ser públicas.

**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Justicia, deberá, en los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, expedir el decreto reglamentario para el funcionamiento y composición del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas. Dicho decreto deberá contener el carácter del Consejo, su naturaleza orgánica y los términos de su integración a la administración pública en concordancia con lo dispuesto en la Ley 498 de 1998.

**Artículo 16.** Representación en las entidades territoriales. Los consejos seccionales de estupefacientes, al igual que los comités departamentales de droga, deberán incluir dentro de sus miembros a por lo menos un (1) actor que represente a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas de dicha entidad territorial. Este actor podrá ser un individuo idóneo calificado o un representante de una organización de sociedad civil acreditada.

**Parágrafo.** El actor denominado como el representante de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas será escogido por parte de los consejos seccionales y los comités departamentales de una terna de tres individuos que será presentada por el Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas.

**Capítulo IV. Medidas para fortalecer la reducción de riesgos y daños desde el Gobierno Nacional**

**Artículo 17. Informe de progreso anual.** La Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar un informe anual ante la comisión Séptimas de Senado y Cámara, detallando el progreso del Gobierno Nacional y las entidades territoriales, al igual que las EAPB, en incrementar la conciencia, disponibilidad, accesibilidad y calidad de la oferta de servicios de superación del consumo y reducción de riesgos y daños. El primer informe deberá ser presentado dieciocho meses (18) contados a partir de la promulgación de la presente ley.

**Parágrafo.** El informe deberá contener una sección explorando los obstáculos más pertinentes, tanto institucionales como sociales, que enfrentan los consumidores al intentar acceder a estos servicios.

**Artículo 18. Promoción proactiva de la reducción de riesgos y daños en la salud pública**. Con el objetivo de remediar el problema de la marginalización social de las personas consumidoras y ofrecer un punto de entrada efectivo a la oferta institucional en salud, las entidades territoriales, a través de sus secretarías de salud y con el apoyo del Gobierno Nacional, adelantarán el diseño e implementación de iniciativas encaminadas a la distribución de servicios básicos de reducción de riesgos y daños para personas consumidoras ocultas. Estas iniciativas serán específicamente diseñadas con el objetivo de llegar a aquellos consumidores problemáticos con baja funcionalidad social que no son visibilizados por el sistema de salud.

**Parágrafo 1.** Sin perjuicio de que el diseño e implementación de las iniciativas esté a cargo de las entidades territoriales, estas deberán aplicar los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios de reducción de riesgos y daños en el país.

**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional deberá incluir al Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) y demás organizaciones reconocidas en la materia en este proceso, con el fin de crear iniciativas las cuales tomen en consideración la amplia información sobre el comportamiento y naturaleza de los consumidores en el contexto colombiano.

**Parágrafo 3.** Se autoriza el uso de recursos provenientes del Fondo Frisco para la financiación de este programa.

**Parágrafo 4.** Un porcentaje de los recursos tributarios territoriales derivados de la venta del alcohol y el tabaco, el cual será determinado por las entidades territoriales, podrá ser apropiado por las secretarías departamentales y/o municipales de salud para la elaboración de estas iniciativas.

**Artículo 19**. Campañas de reducción de estigma social. El Gobierno Nacional deberá elaborar campañas mediáticas y publicitarias de impacto nacional que tengan el objetivo de reducir el estigma social y las barreras de acceso a los servicios que requieren las personas consumidoras de SPA y promocionar la adopción de políticas de reducción de riesgos y daños por parte de consumidores problemáticos, especialmente aquellos que se encuentren en especial situación de vulnerabilidad y marginalidad, tal como lo son las personas en situación de calle y los usuarios de drogas por vía de administración intravenosa.

**Parágrafo 1.** Estas campañas deberán centrarse en (1) reconocer la humanidad de las personas consumidoras problemáticas, (2) reconocer distintas situaciones de vulnerabilidad, (3) afirmar los peligros asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, al igual que prácticas altamente riesgosas para la salud pública como el uso de inyecciones intravenosas y finalmente, (4) incentivar a los consumidores a hacer uso de la oferta institucional del Estado en superación del consumo y reducción de riesgos y daños para mejorar su estado de salud.

**Parágrafo 2.** La elaboración de estas campañas deberá hacer uso de información sobre la naturaleza del consumo oculto en Colombia propiciada por el ODC y otras instituciones de la sociedad civil y de similar carácter con el fin de alcanzar al mayor número de consumidores problemáticos posibles.

**Parágrafo 3.** Se autoriza el uso de recursos del Fondo Frisco para la elaboración de estas campañas.

**Artículo 20. Consumo menos riesgoso de sustancias psicoactivas.** Autorizar al Gobierno Nacional la potestad de crear “Centros de análisis de sustancias psicoactivas de tipo móvil o punto fijo” en áreas de alta circulación turística, barrios de vida nocturna, eventos masivos, zonas con confluencia de consumidores recreativos y problemáticos, y otros lugares donde se determinen necesarios por la confluencia de la venta y consumo de SPA, con el fin de reducir el riesgo y daño químico de intoxicación por adulterantes y suplantadores vía la administración de análisis de sustancias psicoactivas y servicios adicionales en reducción de riesgos y daños.

**Parágrafo 1.** La operación de estos centros podrá ser administrada por el Ministerio de Salud, las entidades territoriales o mediante organizaciones de la sociedad civil, legalmente constituidas y debidamente acreditadas ante el Fondo Nacional de Estupefacientes, previamente seleccionadas por las entidades territoriales o el Ministerio de Salud. Bajo cualquier modalidad estarían bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo 2.** Los centros de análisis de punto fijo y tipo móvil podrán ofrecer sus servicios de manera gratuita si son financiados por el Gobierno Nacional o las entidades territoriales, alternativamente podrán cobrar por el servicio si no cuentan con esta financiación.

**Parágrafo 3.** Los centros de análisis de punto fijo y tipo móvil podrán hacer uso de las nuevas tecnologías de información para socializar sus mensajes, jornadas y ubicación

**Parágrafo 4.** Las secretarías municipales o departamentales que se encuentren sin un inmueble adecuado para la operación del centro podrán requerir ante la Sociedad de Activos Especiales la liberación de un inmueble para dicho espacio.

**Parágrafo 5.** Un porcentaje de los recursos tributarios territoriales derivados de la venta del alcohol y el tabaco, el cual será determinado por la entidad territorial, podrá ser apropiado por las secretarías departamentales y/o municipales de salud para la creación de estos centros de análisis.

**Parágrafo 6**. Los servicios de análisis de sustancias deberán entregar informes semestrales al Sistema de Alertas Tempranas del Observatorio de Drogas de Colombia para unificar información sobre el comportamiento a nivel nacional y enfocar las acciones en salud pública del Gobierno Nacional.

**Artículo 21. Características de los Centros de análisis.** La distinción entre centros de tipo móvil y punto fijo se rige así: Los centros de análisis de sustancias psicoactivas de tipo móvil se caracterizan por desplazar el personal calificado que realiza el análisis hacia distintos lugares donde sus servicios puedan estar en alta demanda. Adicionalmente, estos centros también podrán distribuir material pedagógico. La naturaleza de la atención es calificada pero no personal o integral y su horario será variante. Los centros de análisis de sustancias psicoactivas de punto fijo se ubican siempre en el mismo lugar y mantienen horarios fijos. Se caracterizan por brindar una gama de servicios más extensa y una atención más personalizada e integral en reducción de riesgos y daños. Aunque pueden atender a cualquier tipo de consumidor, estos centros están orientados hacia los consumidores problemáticos con bajo funcionamiento social y tienen una importante función de referir consumidores hacia la oferta institucional en salud.

**Parágrafo**. La implementación de estos centros deberá conllevar un sistema de alertas tempranas y de compartimiento de información con otras autoridades de salud pública y política de drogas del país.

**Artículo 22. Vigencia**. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

|  |
| --- |
| **GABRIEL SANTOS GARCÍA**  Representante a la Cámara |

1. Michael Specter, “Getting a Fix”. (The New Yorker, October 10, 2011) [↑](#footnote-ref-1)
2. Susana Ferreira. “Portugal’s radical drugs policy is working. Why hasn’t the word copied it?” (The Guardian, December 5th, 2 2017) [↑](#footnote-ref-2)
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011a) “Drug policy profiles —Portugal”, p. 20. [↑](#footnote-ref-3)
4. Transformdrugs.org “Drug Decriminalization in Portugal: Setting the Record Straight” (2012) [↑](#footnote-ref-4)
5. Transfromsdrug.org “Heroin-Assisted Treatment in Switzerland” [↑](#footnote-ref-5)
6. The Global Initiative for Drug Policy Reform, “Switzerland”, (reformdrugpolicy.com) [↑](#footnote-ref-6)
7. Killias, M. And Aebi, M. F. (2000) The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland, Crime Prevention 7 Studies, volume 11, 2000. [↑](#footnote-ref-7)
8. Peter Reuter and Domenic Schnoz, !Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland”, (2009) [↑](#footnote-ref-8)
9. OAS CICAD. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas (2019). [↑](#footnote-ref-9)
10. Semana, 2018.”1.000 consumidores de heroína se quedaron sin atención.” [↑](#footnote-ref-10)