

Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 22  
Noviembre de 2012

## Los CAMAD de Bogotá

### Los centros de atención médica a drogadictos entre el discurso político y la acción técnica

Por Julián Quintero<sup>1</sup>

En septiembre de 2012, el alcalde de Bogotá, Gustavo Petro, inauguró el primer centro para drogadictos en el sector del Bronx, un barrio céntrico de la ciudad. El llamado Centro de Atención Médica a Drogodependientes (CAMAD) cuenta con psiquiatras, psicólogos, médicos y enfermeros. Las personas atendidas en estos centros están en situación de riesgo, exclusión social por altos niveles de dependencia a las drogas, son personas vinculadas a actividades delictivas asociadas con el consumo y el expendio de drogas, padecen enfermedades mentales asociadas al consumo de drogas, y enfermedades derivadas del consumo problemático.

La iniciativa parece encajar en una nueva valoración más general de las políticas de control de drogas en Colombia. En varias ocasiones durante los meses pasados el presidente Juan Manuel Santos anunció que era necesario emprender un análisis y una discusión sobre el balance, la efectividad y las perspectivas de la llamada “guerra contra las drogas”, y sobre las posibles alternativas a ella. Petro reveló que el Gobierno nacional “autorizó” su propuesta de suministrar drogas controladas a los dependientes solo bajo estricta prescripción médica.

La iniciativa supone un primer paso en un intento de diseñar políticas de drogas más humanas y eficaces en la capital, y cambia un enfoque que se había caracterizado por la represión policial. Como tal, debería ser aclamada positivamente. Sin embargo, la introducción del CAMAD generó fuertes discusiones en la prensa, la Procuraduría General de la Nación y el mundo político, por la falta

#### RECOMENDACIONES AL GOBIERNO Y A LA SOCIEDAD CIVIL

- El Ministerio de Salud y la Alcaldía de Bogotá podrían aprovechar la experiencia internacional, y trabajar conjuntamente con las ONG dedicadas al tema y con las comunidades para el desarrollo de proyectos como los CAMAD.
- Tanto la administración de Bogotá como el Ministerio de la Salud deberían promover una reforma administrativa que agilice la implementación de proyectos, que reste obstáculos en la contratación y gestión de recursos. Igualmente debería promoverse la educación y actualización de los funcionarios públicos dentro los nuevos conceptos de las políticas.
- Es indispensable educar a la sociedad mediante la creación de guías para el manejo del tema de las drogas e información sobre los avances logrados en otros países. Se deberían promover acciones tendientes a sensibilizar y estimular a las asociaciones de usuarios para la defensa de sus derechos.
- La alerta de la heroína en Colombia es oportuna. Las condiciones están dadas para que con el conocimiento obtenido y la experiencia internacional de sustitución por metadona, provisión de heroína, intercambio de jeringas, creación de salas de consumo y apoyo a asociaciones de consumidores, la heroína pueda ser un fenómeno controlado sin los obvios impactos que su clandestinidad genera.
- El Gobierno colombiano tiene la oportunidad de hacer propuestas novedosas para políticas de drogas más efectivas y más humanas. Esta sería una señal de reconciliación y pragmatismo político que Colombia, especialmente en tiempos de diálogos de paz, necesita con urgencia.

de claridad del alcance de la iniciativa que carece de una estrategia para hacer frente a los problemas complejos del consumo problemático de drogas, la pobreza y la marginación en las zonas deterioradas de Bogotá.

Como señaló el experto en materia de drogas, Ricardo Vargas, una de las falencias que aparecieron en el anuncio de los CAMAD fue la ausencia de una estrategia política de drogas en el que la iniciativa debe llevarse a cabo.<sup>2</sup> “El sólo anuncio de los CAMAD es de por sí un hecho que debería estar subordinado a esa estrategia que aún no se ha presentado,” sostuvo Vargas. “Es decir, lo instrumental, lo secundario ha pasado a ser percibido como el aspecto central de la estrategia, con lo cual, se distorsiona la complejidad del problema y de las políticas que deben elaborarse”.

La naturaleza de la medida, para bien o para mal, se convirtió en primera plana en los medios de comunicación, pero según Vargas. “... muy pocos se han hecho preguntas más importantes: ¿Cuál es la estrategia en la que se enmarca la iniciativa de los CAMAD? ¿Tiene el Distrito una estrategia de drogas que sea el resultado de un proceso de investigación y reflexión serio y coherente? ¿Por qué el alcalde presenta en sociedad los CAMAD antes que su estrategia sobre drogas?”

Este informe hace un breve recuento histórico de la relación entre el Estado y el narcotráfico y la guerra que éste declaró abiertamente al final de los años ochenta. A partir de ahí se exponen las distintas etapas del abordaje del tema de las drogas desde la normativa legislativa y los enfoques de salud en el país. Finalmente, con base en esos antecedentes se presentan los presupuestos técnicos y jurídicos que sustentan propuestas como las del CAMAD en la ciudad de Bogotá. Al final se hace una serie de recomendaciones para seguir avanzando en la reforma de las políticas de drogas.

## **NARCOTRÁFICO Y VIOLENCIA**

### **La respuesta de los carteles a la acción estatal**

La historia de las drogas y el narcotráfico en Colombia tiene raíces que se remontan a mediados del siglo XX, sin embargo, para el ob-

jeto de este informe tomaremos como punto de partida un acto legislativo del año 1986, la creación del Estatuto Nacional de Estupefacentes (Ley 30 de 1986). Este surge como una primera y tímida respuesta a la guerra que el narcotráfico le había declarado a la clase política, el Gobierno y la sociedad colombiana en general.

La década de los ochenta marca la época en que el narcotráfico, presionado y perseguido por la comunidad internacional y especialmente por los Estados Unidos, se convierte en el principal objetivo criminal a atacar por parte del Gobierno nacional. El dinero y el poder violento producto del narcotráfico estaba empezando a permear todas las esferas de la sociedad, los principales clubes sociales, los equipos de fútbol, el sector agropecuario y la tierra, los reinados de belleza, el poder político etc. El narcotráfico se convierte en una amenaza para la consolidación del Estado colombiano.

Pero todo este imperio de poder y dinero empezó a llegar a su clímax en 1989 cuando la combinación de una serie de actos terroristas unió a la sociedad en contra de un mismo enemigo.<sup>3</sup> Sin embargo, el éxito del narcotráfico no se obtuvo por la vía del terrorismo, sino por la de la negociación. Las negociaciones con la guerrilla del M19 y la promulgación de una nueva Constitución (que no contemplaba la extradición) generaron un ambiente propicio a un periodo de relativa calma en la guerra entre los carteles y el Estado colombiano.

Este periodo que se podría considerar como de negociación entre los carteles y el Estado, culminó con una victoria pírrica. El cartel de Medellín no pudo cumplir su compromiso de no volver a delinquir y poco después se daría inicio a la persecución final de Pablo Escobar que terminó con su muerte el 2 de diciembre de 1993.

Los hechos violentos que ha sufrido Colombia producto de sus compromisos como Estado con la lucha internacional contra el narcotráfico, han fortalecido un discurso sobre la “autoridad moral” del país para sopesar y evaluar los impactos de la actual estrategia de drogas. Sin embargo, dicha autoridad moral

## Recuadro 1: Intentos de desmontar la dosis mínima en Colombia

Aunque desde 1994 han querido eliminar la dosis mínima en Colombia mediante referendos, leyes, fallos judiciales y hasta reformas constitucionales, no ha sido posible y aún sigue vigente. Estos son algunos de los intentos más significativos. Es celebre la siguiente afirmación de la

sentencia C-221/1994: “El considerar a la persona como autónoma tiene sus consecuencias inevitables e inexorables, y la primera y más importante de todas consiste en que los asuntos que sólo a la persona atañen, sólo por ella deben ser decididos.”

- 1994** El entonces presidente César Gaviria Trujillo (hoy miembro de la Comisión Global de Drogas e impulsor de la idea del fracaso de la “guerra contra las drogas”) insinúa sus intenciones de convocar un referendo para eliminar la dosis personal de droga.
- 2002** Ley 745 que pretendía sancionar con multa de dinero el consumo de sustancias en frente de menores de edad y de paso el porte y consumo de la dosis mínima, es declarada inexecutable por la Corte Constitucional a través de la sentencia C101/2004.
- 2003** Una vez Álvaro Uribe en la presidencia, se cierra el programa Rumbos (programa presidencial encargado de la prevención del consumo de drogas) y se impulsa un referendo en el cual se prohíbe el porte y consumo de la dosis mínima. El gobierno pierde en las urnas.
- 2007** Mediante la ley 1153 se retomó el articulado de la Ley 745 de 2002. Una vez más, con sentencia C879/2008 la Corte Constitucional lo declaró inexecutable.
- 2009** Después de siete intentos de reforma constitucional, los congresistas afines a las ideas de Álvaro Uribe Vélez logran aprobar el Acto Legislativo 002 de 2009<sup>3</sup> que eliminó los alcances dados al artículo 16 de la Constitución Nacional en lo referente al porte y consumo de la dosis mínima. En la práctica prohibió el porte y consumo, sin embargo hasta la fecha ni se ha reglamentado ni ha superado el control constitucional.<sup>4</sup>
- 2011** El artículo 11 de la ley 1453 o “Ley de Seguridad Ciudadana” pretendió penalizar el porte y consumo de la dosis mínima, sin embargo semanas después la Corte Constitucional indicó que la dosis mínima no puede ser penalizada.
- 2012** Se filtra a la prensa que el proyecto de ley para el Estatuto Nacional de Drogas –que reemplazaría la Ley 30 de 1986- pretende sancionar económicamente y con trabajo social el porte y consumo de la dosis personal. Dicha propuesta recibió fuertes críticas y está en debate.<sup>5</sup>

solo hasta hace muy poco ha comenzado a usarse efectivamente para impulsar reformas. Sobre esto se volverá más adelante.

### CONSTITUCIÓN DE 1991

#### Libertades individuales y secularización

El 4 de julio de 1991 fue promulgada la última Constitución Política de Colombia que derogó la constitución de 1886 que regía hasta entonces. Esta nueva constitución buscó orientar una nueva etapa de la historia de Colombia y una de sus principales posturas fue el tema de las libertades individuales. El artículo 16 dice “Todas las personas tienen dere-

cho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.

Invocando este artículo, en 1994 la Corte Constitucional de Colombia mediante la sentencia C221/1994<sup>6</sup> del entonces magistrado Carlos Gaviria Díaz dio vía para el porte y consumo de la dosis mínima de cualquier droga. En la práctica eso representó la despenalización de la droga en dosis mínimas para consumo personal, desde un discurso libertario de respeto a la autonomía de los ciudadanos.

Aunque ha habido muchos intentos por desmontar el fallo de la dosis (ver recuadro 1), al fallo citado se le puede considerar el punto de quiebre, la primera gran fractura del régimen prohibicionista en la política de drogas colombiana, al menos en lo que se refiere al consumo y su relación con la autonomía y la salud de los ciudadanos.

## **COLOMBIA: DE PAÍS PRODUCTOR A PAÍS CONSUMIDOR**

### **El segundo capítulo de la política de drogas en Colombia**

Aunque se pudiese pensar que por el tema de la dosis mínima, la observación y seguimiento del fenómeno de consumo de drogas en el país fue constante, no fue así. Solo hasta entrado el siglo XXI el Gobierno Nacional y la sociedad en general se percataron de que Colombia había pasado de ser un país productor a un país cada vez más consumidor. Mientras países como Brasil, México, Argentina y Chile venían realizando estudios de consumo desde la década de los noventa, sólo hasta finales de la primera década del siglo XXI se empezaron a realizar estudios metódicos y epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en Colombia.

Sin embargo, ese interés de caracterizar e investigar el fenómeno de consumo de drogas en el país, abrió la puerta para una de las grandes paradojas nacionales en lo que se refiere a política de drogas en los últimos diez años. Esto es que mientras el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez (2002 – 2010) se empeñaba en penalizar, prohibir, perseguir y castigar el consumo de sustancias psicoactivas ilegales en el plano político y judicial, los técnicos de segundo nivel del Ministerio de Salud, influenciados por las tendencias más progresistas del abordaje del consumo en el mundo, avanzaban en construir una línea de base nacional que permitiera dar cuenta del nivel de consumo.

Fue así como se realizaron entre otros el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), el Estudio Nacional de Consumo en Escolares (2004), el Estudio Nacional de Consumo (2008), y el Estudio Nacional de Consumo en Escolares (2011) que permitió algunas com-

paraciones con el de 2004. Así mismo se logró impulsar estudios de consumo en ciudades intermedias y estudios a profundidad como el del consumo de heroína en Santander de Quilichao (2008), Pereira y Medellín (2010) y Cúcuta (2011), así como el estudio de heroína y microtráfico en Bogotá y Medellín (2010) (Ver recuadro 2) y el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Menores Infractores de la Ley penal (2010).

Estos estudios, la voluntad política de actores técnicos y políticos intermedios a nivel nacional y regional, la presión y cooperación internacional de actores en reforma de políticas de drogas, así como el papel cada vez más protagónico de las organizaciones sociales, las ONG y los mismos usuarios empezaron a tener alguna repercusión en el Gobierno nacional. En 2004 se creó la Comisión Nacional para la Reducción de la Demanda de Drogas cuyo principal objetivo fue articular las acciones en prevención y reducción del consumo de drogas en Colombia.

En 2007 se publicó la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto<sup>7</sup>. Este documento, con un enfoque de *gestión social del riesgo* donde todos son actores clave en la construcción de respuestas acertadas al fenómeno del consumo de drogas, logró posicionar dos ejes de trabajo novedosos en la agenda de política pública en Colombia: *mitigación del consumo* y *capacidad de respuesta*. Es decir, ya no se habla sólo de prevención (como evitar el contacto con las sustancias) o de superación (abandonar el consumo de sustancias) sino que también se habla de reducir los riesgos y mitigar los daños de los consumidores que no desean o no pueden abandonar su consumo. Además, se trabaja sobre la urgente necesidad de generar un sistema público con capacidad de atender el consumo y estar actualizado frente a nuevos enfoques de intervención orientados a dignificar la condición humana.

Esta política generó una herramienta llamada “*Sistema de Gestión Estratégica: un camino para el montaje de las políticas y planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*”. Generó también el Plan Nacional de Drogas que entre los

## Recuadro 2 : Consumo de heroína en Colombia

En Colombia no es fácil una aproximación acertada al total de consumidores de heroína en el país, sin embargo desde principios del siglo XXI se vienen realizando estudios sectoriales sobre el fenómeno.

*Inyección de drogas en Bogotá, una realidad oculta 2003*, indicó que del total de los encuestados el 71,8% tenía como principal sustancia de inyección la heroína. Por otro lado el estudio de 2010 llamado, *Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín*, documenta mediante información obtenida en Secretarías de Salud y centros de tratamiento, que Cúcuta fue la primera ciudad del país con 92 solicitudes de atención por heroína en 2005 (tres veces más que en Medellín, con 34 solicitudes) y 35 en 2006.

En 2008 el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas* reconoció que “debido a las características del consumo de heroína (altamente clandestino e individualizado) y a la extensión/cobertura del estudio (población general en hogares), el panorama encontrado quizá dista mucho de la dimensión real de la problemática asociada”.

El estudio de consumo de heroína y seroprevalencia de VIH realizado en 2010 en las ciudades de Pereira (con una muestra de 297 personas) y Medellín (con una muestra de 237 personas) cuyo factor común fue el consumo de drogas por vía inyectada, encontró que la sustancia más consumida era la heroína, y que 2% de los usuarios de Pereira y 3,8% de los de Medellín estaban infectados con el VIH.

En 2011 se realizó el estudio de consumo de heroína y seroprevalencia de VIH en las ciudades de Cúcuta y Pamplona. Para una muestra de 141 encuestados consumidores de heroína, la presencia del VIH fue del 9%. En los últimos meses se ha producido un aumento desmesurado en el consumo de heroína en Colombia, sin embargo no hay estudios comparativos en el tiempo y falta realizar estudios recientes en Cali y Bogotá. Esta situación puede presentarse por el aumento de casos de muerte por sobredosis reportados en la ciudad de Bogotá, así como la suficiente caracterización del fenómeno del consumo a nivel nacional. Ahora con todos estos insumos se espera que las autoridades tomen medidas antes de que el problema sea inmanejable.

años 2007 y 2012 ha podido llegar a la mayoría de los departamentos del país cambiando la manera de abordar el fenómeno del consumo de drogas, modificando el paradigma, creando políticas públicas, incentivando y fortaleciendo investigaciones.

### **BOGOTÁ**

#### **El autista político despertado por las drogas**

Diversos departamentos y ciudades intermedias del país llevan años reformando en la práctica las políticas de drogas. Es el caso de ciudades como Medellín, Bucaramanga, Cúcuta (frontera con Venezuela), Cartagena (por su turismo), Cali, Pereira, Manizales y Armenia.<sup>8</sup> Mientras los departamentos y las regiones lentamente emprendían un cambio en las políticas de drogas, realizaban investigaciones e implementaban nuevas estrategias

- como los centros de escucha, las zonas de atención escolar y el trabajo de base comunitaria - Bogotá se quedaba relegada por la negativa de los gobernantes locales<sup>9</sup> a integrarse con la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bucaramanga se destacaba en el trabajo con habitantes de la calle, Medellín en los centros de atención a usuarios, Pereira y Risaralda en su sistema público de administración de metadona.

Bogotá es una ciudad que ronda los ocho millones de habitantes, dividida en 20 localidades que buscan hacer más fácil su administración. En Bogotá se creó hacia mediados de los años noventa la UCPI (Unidad Coordinadora de Prevención Integral) que marcó la pauta en el enfoque del abordaje del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, hacia los años 2002 y 2003 se fue desvaneciendo su

capacidad debido a decisiones políticas resultado de las administraciones de turno. Desde entonces y hasta 2009 las acciones en prevención se redujeron a actividades aisladas y desarticuladas en las localidades y al tratamiento patológico del fenómeno desde la atención a enfermos.

En 2009 se reactivó el tema con el *Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C.*<sup>10</sup> Ese mismo año mediante el Acuerdo 376 de 2009, el Consejo de Bogotá exhorta a la administración distrital para que establezca “lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C.” Entre los principales principios y lineamientos del Consejo de Bogotá, se encuentra el énfasis en los niños, niñas y adolescentes y una orientación explícita hacia la prevención del consumo, el uso del tiempo libre, los estilos de vida saludables, el cambio cultural y el uso adecuado del tiempo libre, así mismo se identifican los actores responsables como familia, sociedad, entorno educativo y se sugieren las responsabilidades y acciones institucionales para la implementación de esta política.

Sin embargo, pese al estudio de consumo y a este requerimiento, sólo hasta finales de 2010 la administración distrital da un decidido impulso a la creación de la política distrital de prevención del consumo, que pese a todos los obstáculos políticos, burocráticos y técnicos existentes en la administración logró publicarse bajo el Decreto 691 del 30 de diciembre de 2011 bajo el nombre de “*Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C.*”<sup>11</sup> Esta política que actualmente se encuentra en revisión por el Consejo de Bogotá da solidez a las acciones que hoy en día emprende la actual administración del alcalde Gustavo Petro.

Esta política se enfoca en la reducción del consumo pero también busca la prevención de la vinculación a la oferta (microtráfico) especialmente de los adolescentes y jóvenes. Incorporando los lineamientos solicitados por el Consejo de Bogotá se enfoca en la prevención del consumo, sin embargo no marca su

énfasis en los niños, niñas y adolescentes de manera explícita. También avanza en la incorporación de estrategias de reducción de riesgo y daño, así como el reconocimiento de los derechos de los usuarios y su participación en el diseño e implementación de políticas. Considera además, la urgente necesidad de emprender investigaciones que profundicen el tema, y una actualización en conocimientos y nuevos enfoques para los funcionarios públicos, así como la sensibilización social frente al cambio de paradigma.

### **2011, UN AÑO DE MOVILIZACIÓN, polémica y debate previos a la acción política**

Durante 2011 muchos fueron los hechos que avivaron y motivaron el debate por la reforma de las políticas de drogas en Colombia. Por un lado tomaba cada vez más fuerza la posición sobre el fracaso de la “guerra contra las drogas”, por el otro la Corte Constitucional emitía sentencias obligando a las entidades, públicas y privadas, prestadoras de salud a proveer de tratamiento a los consumidores problemáticos que lo necesitaran, al tiempo que daba elementos para cambiar el concepto de consumidor, ya no como delincuente sino como persona enferma.

En marzo de 2011 el Gobierno nacional presentó el primer borrador para reformar el Estatuto Nacional de Estupefacientes (Ley 30 de 1986) y dinamizó el debate sobre las drogas en la víspera de la Cumbre de las Américas. No obstante, dadas las fuertes críticas al borrador del estatuto por la falta de consulta, así como por su enfoque prohibicionista y coercitivo, éste nunca se presentó.

Bogotá, como el resto del país, se encontraba en plena campaña electoral para elegir alcalde. Hacia finales del mes de agosto de 2011 la Corporación Acción Técnica Social y la Universidad Javeriana realizaron un debate político de candidatos sobre el tema de las drogas en la ciudad. Allí el candidato Gustavo Petro mostró su visiones “Progresistas” (nombre del movimiento político que lo llevó a la alcaldía de Bogotá) sobre el abordaje del consumo de drogas. Tres aspectos se recuerdan de dicha intervención: el primero relacionado con “el auto cultivo de marihuana como línea

### Recuadro 3 : Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá

El estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá realizado por la Secretaría de Salud en 2009 (*Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C.*) arrojó estos datos:

- La **marihuana** es la sustancia ilícita de mayor consumo en Bogotá, las cifras equivalen a cerca de 125.000 personas que han usado marihuana al menos una vez en el último año: aproximadamente 4% de los hombres y 1% de las mujeres. Si se considera como indicador el uso en el último año de marihuana, el consumo en Bogotá (2,4%) es ligeramente mayor que el promedio nacional (2,27%), pero inferior a las tasas de Medellín y el área metropolitana (5,26%), Cali y Yumbo (municipio ubicado en el área metropolitana de Cali) (3,85).
- La **cocaína** ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Bogotá. Cerca de 28.000 personas en la ciudad han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses. El mayor número de consumidores de esta sustancia se encuentra en las localidades de Engativá y Fontibón: aproximadamente 9.000 personas. La tasa de consumo en el último año en Bogotá (0,54%) es inferior al promedio nacional (0,72%), pero es superada por las tasas registradas en Medellín y el área metropolitana (2,05%) y Cali y Yumbo (0,86).
- El **bazuco** es consumido aproximadamente por 7.000 personas en la ciudad (uso reciente o en los últimos 12 meses). El consumo de esta sustancia representa, proporcionalmente hablando, la mayor tasa de abusadores y dependientes. La mayoría son hombres de los estratos socio-económicos más bajos en términos de ingresos, residentes en las localidades de Santafé, Los Mártires y La Candelaria.
- Con respecto al consumo de **inhalables**, el estudio indica que aproximadamente 9.500 personas han consumido estas sustancias alguna vez en el último año. El consumo de estas sustancias se concentra principalmente en el grupo de 12 a 17 años de edad con una prevalencia mayor entre los hombres que entre las mujeres.
- La población consumidora de **éxtasis** representa aproximadamente 12.500 personas en la ciudad (el último año). Los consumidores son mayoritariamente hombres, jóvenes entre 18 y 24 años, de los estratos socio-económicos más altos.

- El 0,09% de los encuestados dijo haber consumido **heroína**, con mayor prevalencia entre los hombres que entre las mujeres. (Sobre el consumo de heroína existen pocos datos exactos, pues desde 2002 no se ha realizado un estudio. Sin embargo en 2011 medicina legal reportó la muerte de ocho personas por sobredosis en Bogotá, y en el primer semestre de 2012 al sistema de urgencias de hospitales llegaron doce personas por consumo de opiáceos. La Corporación Acción Técnica Social ATS en el seguimiento del fenómeno en Bogotá ha detectado subregistros asociados a falta de preparación de los profesionales y ocultamiento de información por miedo al estigma asociado al consumo).
- La sustancia cuyo consumo es percibido por la mayor proporción de personas como **de gran riesgo** es el bazuco; en segundo lugar los inhalables; seguidamente, en orden decreciente, la cocaína, el éxtasis y la marihuana.
- En cuanto a **la oferta/disponibilidad** de sustancias ilícitas o la facilidad para conseguirlas, la mitad de las personas declaran que es fácil conseguir marihuana, un poco más de la tercera parte (35%) considera que es fácil conseguir bazuco, casi la tercera parte (28%) cree que es fácil conseguir cocaína y cerca de la cuarta parte (23%) dice que es fácil conseguir éxtasis.

El estudio también intenta clasificar a consumidores en situación de “abuso” o “dependencia”. Por ejemplo, según el estudio, entre los 125 mil consumidores recientes de marihuana, aproximadamente 70 mil pueden ser considerados en los grupos de “abuso” o “dependencia”, lo que representa casi un 56% del total de consumidores. Para determinar si hay “abuso” o “dependencia” se han aplicado dos instrumentos, uno para evaluar el abuso a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- IV) y el otro para evaluar dependencia, basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Sin embargo, estos instrumentos son controvertidos y la información científica sobre el grado real del consumo problemático del cannabis o la dependencia entre la población en general es limitada. No hay consenso sobre la definición, pero es muy poco probable que 56% de los consumidores recientes de marihuana en Bogotá puedan ser considerados como “usuarios problemáticos”.

de agricultura urbana” (palabras del alcalde); el segundo relacionado con el fenómeno del consumo de drogas en las cárceles; y por último la reforma de la UPJ (Unidad Permanente de Justicia), lugar donde retienen a quienes cometen pequeños delitos y a los consumidores de sustancias durante periodos de 24 a 36 horas.

A principios de octubre de 2011 un grupo de activistas, técnicos, intelectuales, usuarios, profesionales e investigadores, apoyados en 15 organizaciones y plataformas internacionales, así como 20 organizaciones nacionales realizaron un mitin cultural frente al Ministerio de Justicia para hacerle entrega al ministro de una propuesta para la reforma del nuevo estatuto de estupefacientes, al igual que una propuesta metodológica para democratizar el debate de la política de drogas a través del nuevo estatuto.<sup>12</sup>

El debate sobre drogas tuvo un punto máximo en la Cumbre de la Américas cuando el presidente de Colombia, Juan Manuel Santos, presentó la propuesta para revisar la actual política internacional contra la drogas en busca de resultados que pudiesen abrir otros caminos. Esta intervención, aunque valerosa, no logró colmar las expectativas que se habían generado y desencantó por haber designado a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA (Organización de Estados Americanos) como el organismo coordinador de una evaluación sobre las políticas de drogas, a pesar de que se conoce ampliamente la posición prohibicionista y de apoyo a la guerra contra las drogas de la CICAD.

Mientras el discurso internacional era de reforma, las acciones nacionales continuaban sin transformaciones significativas en el ámbito de la interdicción. Mientras tanto en Bogotá, Medellín y Cali se realizaron las marchas cannábicas en el mes de mayo que también agitaron el debate a nivel mundial. Por primera vez en Colombia se reportaba en los medios de comunicación la presencia de los usuarios del cannabis, que al “salir del clóset psicoactivo” y asumiéndose como un grupo de ciudadanos pidiendo cambio de políticas de drogas exigieron el reconocimiento de sus derechos.

## **EL CAMAD y el suministro de drogas para consumidores compulsivos y adictos**

El CAMAD en principio se definió como ‘Centro de Atención *Móvil* a la Drogadicción’, pero hoy en día funciona como ‘Centro de Atención *Médica* a Drogadictos’. Desde esta nominalidad se puede entender la confusión que existe en la sociedad, los medios de comunicación, los profesionales y hasta la misma Alcaldía de Bogotá. Los orígenes de la idea se la disputan un hospital y una de las secretarías sociales del distrito, no obstante quien retomó el tema en esta administración fue el CEACS (Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana) quien documentó la relación entre muertes violentas y lesiones personales asociadas al consumo abusivo de sustancias, especialmente bazuco (base de coca) en territorios dominados por el expendio, casas para el consumo y habitabilidad en calle.

La propuesta del CAMAD surge como una estrategia de seguridad y convivencia para que a través de una unidad de salud en campo y el enfoque de reducción de riesgo y daño en el consumo de drogas, se puedan reducir estos indicadores de muertes violentas y lesiones personales en estos territorios y por ende en la ciudad en general, con una filosofía de “Bogotá Humana” como es el eslogan del gobierno del actual alcalde.

En el desarrollo del proyecto la continuidad es fundamental y la Secretaría de Salud es la encargada de desarrollar la propuesta y aportar los técnicos para su operación. Sin embargo, la tradición de atención médica en campo de los hospitales que más atienden víctimas del consumo y la armonización con los enfoques de reducción de riesgo y daño han sido temas de debate interno de la administración. Actualmente el CAMAD<sup>13</sup> que funciona como Centro de Atención Médica a Drogadictos es un proyecto piloto que se encuentra en la fase previa para dar inicio al proceso de construcción de redes comunitarias, caracterización de los tipos de consumo, estrategias en reducción de riesgo y daño, así como en la creación de una estrategia de resolución de

conflictos en este tipo de poblaciones todo ello con la participación de la comunidad.

Aunque el proyecto se inició con la expectativa de abordar el fenómeno del consumo a partir de acciones de reducción de riesgo y daño, hoy en día es un centro médico móvil que remite a usuarios a tratamientos de desintoxicación y deshabitación para superar el consumo. Con esa expectativa se observaron las experiencias internacionales de las salas de inyección (*Insite* en Vancouver, Canadá, por ejemplo) y la de los vehículos de intercambio de jeringas. Sin embargo dichas experiencias se enfocan en consumo de heroína especialmente, mientras que la problemática del consumo marginal, abusivo y de gueto que se presenta en Bogotá está asociada al consumo de bazuco. Por tanto el caso de Bogotá es único, particular y deberá ser contextualizado.

Sobre la dispensación de drogas para los consumidores, hasta ahora la Alcaldía de Bogotá no ha producido un documento al respecto. La idea transita en el debate de los medios de comunicación, y los expertos aciertan en opinar que es una idea que implica no sólo reformas constitucionales y legislativas sino también una explicación bastante amplia a la sociedad. El discurso de Gustavo Petro, como ex guerrillero reinsertado y alcalde de Bogotá, el 6 de septiembre de 2012 en el evento que organizó el CEACS sobre alternativas en el abordaje del consumo de drogas, puede dar luces sobre la intencionalidad política del actual gobernante de Bogotá.<sup>14</sup>

El presidente de la República de Colombia Juan Manuel Santos planteó la idea de revisar las actuales políticas de drogas en busca de nuevas alternativas, pero ha sido hasta ahora el alcalde de Bogotá quien las ha puesto en práctica, o por lo menos las ha llevado al debate político en tanto que autoridad con poder de adelantar acciones. Frente a esto el Gobierno nacional, con la experiencia técnica de sus profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social, ha buscado plantear un debate técnico frente a la puesta en marcha de estas iniciativas.

Aunque las ideas de Petro en torno a la manera como se debe llevar a cabo este proceso son cercanas a lo que quiere el Gobierno na-

cional, el alcalde ha logrado arrebatarle la agenda política y mediática al Gobierno nacional en su intención de ser protagonista en el debate internacional sobre el tema de drogas. Aunque la presión estadounidense y la de organizaciones internacionales involucradas en la guerra contra las drogas no han permitido ir más lejos, de todos modos se ha logrado consolidar un espacio importante para las ideas de un alcalde de izquierda, desmovilizado de la guerrilla en un contexto de proceso de paz como el que actualmente vive el país y la región latinoamericana.

En este contexto se espera con optimismo la participación más decidida de Alejandro Gaviria, el nuevo Ministro de Salud y Protección Social que viene de la academia y ha sido un reconocido estudioso del tema de drogas con ideas reformadoras. Así mismo se espera la actuación del Congreso de la República. Senadores como Juan Manuel Galán lograron capitalizar en la ley 1566 de 2012 lo que había fallado la Corte Constitucional en la sentencia T-814 de 2008, que considera el consumo de drogas como una enfermedad por tanto hay que incluirla en los planes obligatorios de salud para aquellos que lo demanden.

## **REGLAS DE JUEGO INTERNACIONAL y la autoridad moral llevada a la política**

La guerra contra el narcotráfico, una estrategia fallida que se ha vuelto un instrumento para la sistemática violación de derechos humanos, cuenta con voces a favor que argumentan desde las más disímiles perspectivas. Entre ellas está el sistema de control de drogas de la ONU, sus convenciones y declaraciones, como entes (aparentemente) inamovibles que rigen los países.

Pero lo cierto es que dentro del sistema de control de drogas de la ONU los Estados miembros tienen un margen de maniobra que les permite adoptar medidas que se adecúen a sus necesidades e intereses nacionales sin que esto implique un rompimiento con los compromisos adquiridos.<sup>15</sup> Propuestas como la del CAMAD son perfectamente armonizables con el sistema de control de la ONU.<sup>16</sup>

A la muy mencionada “autoridad moral” que tiene Colombia para referirse al tema de drogas (producto de los altos grados de violencia que hasta el día de hoy afectan al país) debe dársele un contenido que la saque del conjunto de eslóganes vacíos de la política electoral. ¿Para qué se tiene autoridad moral? ¿Para hacer más de lo mismo sabiendo que lo estamos haciendo mal?

El Gobierno nacional debe ser valiente a la hora de hacer interpretaciones innovadoras del sistema de control de drogas de la ONU. De igual forma, a la “autoridad moral” debe dársele un sustento práctico que permita ver claramente qué significa ésta y en dónde se están desarrollando nuevos enfoques en el abordaje del fenómeno de las drogas. La nación podría ahora proponerse recapturar la agenda política y mediática en el tema de las drogas y no quedarse en el mero respaldo a la administración bogotana en sus reformas.

El Gobierno nacional ha puesto en circulación recientemente un nuevo borrador de la propuesta para reformar el Estatuto Nacional de Estupeficientes (Ley 30 de 1986), con el fin de recoger opiniones, críticas y propuestas antes de ser entregado al Congreso de la República para su debate y aprobación. Los días 5 y 6 de diciembre de 2012 Bogotá realiza la IV Conferencia Latinoamericana Sobre Políticas de Drogas, evento organizado por *Intercambio* de Argentina y *ATS* de Colombia, con el apoyo de la Alcaldía de Bogotá y los Ministerios de Salud y de Justicia de Colombia. El objetivo del evento es darle un nuevo impulso al debate en Colombia y hacer una reflexión crítica de la euforia reformista que han planteado los políticos a lo largo del año pero que aún no se ha visto plasmada en la práctica.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Alcaldía de Bogotá, las ONG, la experiencia internacional y las comunidades es fundamental para el buen desarrollo de proyectos como el CAMAD, el suministro seguro de sustancias, y proyectos futuros.

Para la administración de Bogotá, como para el Ministerio de la Salud y la Protección So-

cial es primordial encaminarse en una reforma administrativa fuerte que haga los procedimientos más prolijos. Los obstáculos en la contratación, la implementación de proyectos, la gestión de recursos, entre otros, truncan las acciones y no permiten que el Estado pueda dar respuestas acertadas y rápidas a las demandas de los ciudadanos. Tampoco se puede descartar la urgente educación y actualización de los funcionarios públicos en una nueva política, en un nuevo enfoque, en un cambio de paradigma en las políticas de drogas, pues en ocasiones los procedimientos y los funcionarios se convierten en obstáculos por desconocimiento, pero también por motivaciones políticas o por resistencia al cambio de enfoque.

Es indispensable avanzar en reformas legislativas, y en educación de los medios de comunicación mediante la creación de guías para el manejo del tema de las drogas. Los medios de comunicación, así como quienes informan en general, requieren de una pedagogía y una ética frente al debate de las drogas. También promover acciones tendientes a sensibilizar a la sociedad sobre el cambio de enfoque, y promover las asociaciones de usuarios para la defensa de sus derechos.

La alerta de la heroína en Colombia es oportuna. Las condiciones están dadas para que con el conocimiento obtenido y la experiencia internacional de sustitución por metadona, provisión de heroína, intercambio de jeringas, creación de salas de consumo y apoyo a asociaciones de consumidores, la heroína pueda ser un fenómeno controlado sin los obvios impactos que su clandestinidad genera (marginalización, enfermedades de transmisión sexual, sobredosis). Está en las manos de los funcionarios no perder la oportunidad para reducir el problema a sus mínimas proporciones y evitar que se vuelva inmanejable, objeto de intereses políticos, y generador de una excesiva burocracia.

Prestar atención y buscar el acompañamiento de la cooperación internacional, de las organizaciones sociales, y de los Gobiernos nacionales y locales que a nivel mundial han desarrollado este tipo de propuestas y otras más vanguardistas. Es fundamental que la admi-

nistración de Bogotá y el Gobierno nacional involucren a la comunidad internacional para orientar técnicamente, gestionar los recursos, y apoyar políticamente este tipo de propuestas dada la experiencia de varias décadas ampliamente documentada en numerosos países.

El Gobierno del presidente Santos debe perder el miedo a ir de la mano con un gobierno de izquierda presidido por un ex guerrillero, y “sacarle pecho al mundo” con la legitimidad que le proporciona presidir el país que más ha sufrido con la guerra contra las drogas. El Gobierno tiene la oportunidad de hacer propuestas novedosas para políticas de drogas más efectivas y más humanas. Además de ser una forma de llevar a cabo estrategias que le den contenido a esa ‘autoridad moral’, éste sería un excelente síntoma de reconciliación y pragmatismo político que Colombia, especialmente en tiempos de diálogos de paz, necesita con urgencia.

---

## NOTAS

1. Julián Quintero es sociólogo con un máster en Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología y es director ejecutivo de la Corporación Acción Técnica Social (ATS <http://www.acciontecnica.com>), desde donde ha potenciado la reforma de las políticas de drogas en Colombia tanto desde el diseño de políticas como desde la práctica. Bajo su tutela se han impulsado la incorporación de acciones en reducción de riesgo y daño en Colombia en proyectos de investigación sobre heroína, intercambio de parafernalia, reducción de riesgo y daño en jóvenes consumidores recreativos. En los últimos años es asesor de la alcaldía de Bogotá y del Gobierno nacional en la implementación de este tipo de proyectos y otros.
2. Vargas Meza, R. (2012) *Del impacto mediático a una estrategia alternativa de drogas*, Corporación Viva la Ciudadanía, N° 00316, 17- 23 de Agosto de 2012, <http://www.druglawreform.info/es/weblog/item/3765-del-impacto-mediatico-a-una-estrategia-alternativa-de-drogas>

3. Texto de la modificación: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto\\_legislativo\\_02\\_2009.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto_legislativo_02_2009.html)

- 4 Véase: *La prohibición como retroceso: La dosis personal en Colombia*, por Diana Esther Guzmán Rodrigo Uprimny, Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 4, Enero de 2010; <http://druglawreform.info/images/stories/documents/dlr4s.pdf>

Véase también: *Panorama de las leyes de drogas y tendencias legislativas en Colombia*, en el sitio web de TNI; <http://druglawreform.info/es/informacion-por-pais/colombia>

5. Propuesta Estatuto Nacional de Drogas, septiembre de 2012: <http://acciontecnica.jimdo.com/documentos/>

6. Véase el fallo completo de la dosis personal: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6960>

7. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>

8. Estas tres últimas ciudades conforman el llamado ‘eje cafetero’, una región víctima de la mayor migración de población a Europa y Estados Unidos, situación que ha contribuido a configurar un cuadro de familias ausentes, lo que podría tener relación con las altas tasas de consumo de sustancias psicoactivas en escolares (exceso de dinero y ausencia de autoridad).

9. Mientras el país era gobernado entre 2002 y 2010 por Álvaro Uribe Vélez (proveniente de la derecha del espectro ideológico), la ciudad de Bogotá era dirigida por gobernantes de izquierda (Luis Eduardo Garzón 2004 – 2007 y Samuel Moreno 2008 – 2011).

10. Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá DC 2009: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20de%20Consumo%20en%20Bogota.pdf>

11. Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C.: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45195>

12. En este blog se puede encontrar la carta de presentación de la propuesta y las organizaciones que la apoyaron:

<http://echelecabeza.blogspot.com/>

13. El CAMAD funciona con un grupo de profesionales en medicina, odontología, psicología, trabajo social y psiquiatría entre las 8 de la mañana y las 5 de tarde. Existen dos unidades móviles, una en el sector de “El Bronx”, fotos:

<http://www.semana.com/foto-nacion/galeria-entradas-del-bronx/925.aspx>, en el centro de la ciudad, y el otro en “El Amparo” en el sur occidente de la ciudad.

14. *Conversatorio internacional sobre tratamiento para drogadictos - Palabras alcalde Gustavo Petro:*

[https://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=e3ZwwydJi2w](https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=e3ZwwydJi2w)

15. Bewley-Taylor D., Jelsma, M. (2012), *Los límites de la flexibilidad: Las convenciones de control de drogas de la ONU*, Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 18, Transnational Institute, marzo de 2012;

<http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/dlr18s.pdf>

16. Vale la pena resaltar la respuesta de la ONU ante las intervenciones (durante la última asamblea general, septiembre de 2012) de Felipe

Calderón, presidente de México, Juan Manuel Santos, presidente de Colombia y Otto Pérez Molina, presidente de Guatemala, en el sentido de que son los países miembros los que deben buscar la reforma del sistema de drogas de la ONU y no esperar a que la ONU por sí misma impulse estas reformas.

Supported, in part, by a grant from the  
Open Society Foundations



**OPEN SOCIETY  
FOUNDATIONS**

## Proyecto sobre reformas a las leyes de drogas

El objetivo del proyecto consiste en promover políticas de drogas más humanas, equilibradas y eficaces. Varias décadas de políticas represivas en materia de drogas no han reducido la escala de los mercados y han derivado, en cambio, en violaciones de los derechos humanos, una crisis de los sistemas judicial y penitenciario, la consolidación de la delincuencia organizada y la marginalización de consumidores vulnerables, correos de drogas y cultivadores de plantas declaradas ilícitas. Es hora de celebrar un debate sincero sobre políticas de drogas eficaces que contemple cambios en la legislación y en su aplicación.

Este proyecto persigue fomentar el debate en torno a reformas legislativas, destacando buenas prácticas y lecciones aprendidas en ámbitos como la descriminalización, la proporcionalidad de las penas, las medidas concretas de reducción de daños, las alternativas al encarcelamiento y los criterios de clasificación de distintas sustancias. También busca estimular un diálogo constructivo entre responsables de formular políticas, organismos multilaterales y sociedad civil con miras a conformar políticas de base empírica que se fundamenten en los principios de los derechos humanos, la salud pública y la reducción de daños.

T

N

I

### **Transnational Institute (TNI)**

De Wittenstraat 25  
1052 AK Amsterdam  
Países Bajos

Tel: +31-20-6626608

Fax: +31-20-6757176

E-mail: [drugs@tni.org](mailto:drugs@tni.org)

[www.druglawreform.info](http://www.druglawreform.info)

[www.undrugcontrol.info](http://www.undrugcontrol.info)