

Políticas de drogas frente al consumo en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos¹

Rodrigo Uprimny²
Diana Esther Guzmán³
Jorge Alberto Parra⁴
Carolina Bernal⁵

Resumen Ejecutivo

Colombia debería contar con políticas frente al consumo de drogas de uso ilícito que permitan garantizar los derechos de los usuarios y generar respuestas adecuadas frente a los consumos problemáticos. En este documento analizamos cuáles son las políticas del Estado frente a los usuarios de sustancias psicoactivas controladas, tanto a nivel normativo como empírico, desde una perspectiva de derechos humanos. Nuestro análisis se fundamenta en información cuantitativa y cualitativa recolectada, entre otras fuentes, de bases de datos de entidades estatales y 79 entrevistas semiestructuradas a actores clave y usuarios de sustancias controladas en Medellín, Cali y Bogotá, que son tres de las principales ciudades del país.

La revisión de la normatividad y de las políticas públicas existentes en la actualidad en el país frente al consumo nos permite identificar tensiones importantes. Aunque en los últimos años, especialmente desde la despenalización de la dosis de uso personal en 1994, Colombia ha transitado hacia políticas y leyes que asumen, al menos discursivamente, un enfoque de salud pública basado en los derechos de los usuarios de drogas, persisten elementos que hacen prevalecer la represión, el estigma y la exclusión. Así, por ejemplo, la

¹ Agradecemos de manera especial a los investigadores/as del CEDD; así como a Coletta Youngers, Mauricio Albarracín Caballero e Inés Elvira Restrepo, por sus comentarios a la versión larga de este texto, pues nos permitieron ajustar varios aspectos de este documento. En todo caso, los elementos aquí recogidos son responsabilidad exclusiva de los autores.

² Director del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia y profesor de la Universidad Nacional de Colombia

³ Coordinadora de investigaciones del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia y profesora de la Universidad Nacional de Colombia

⁴ Investigador del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia

⁵ Investigadora del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad- Dejusticia.

Constitución prohíbe el consumo, las normas no distinguen entre los distintos usos (problemáticos o no) y la penalización del porte para consumo se equipara a la del tráfico.

Al estudiar qué ocurre con quien es sorprendido portando una cantidad menor, igual o ligeramente superior a la dosis personal, encontramos que aunque el consumo está despenalizado en Colombia, existen prácticas policivas y judiciales que criminalizan a los usuarios. La Policía Nacional, por ejemplo, suele retener a los consumidores en estaciones de policía o unidades especiales de retención cuando considera que se encuentran en estado de excitación. Además, las entrevistas y trabajos previos en la materia nos permitieron identificar prácticas de corrupción entre los policías que entran en contacto con los usuarios de sustancias psicoactivas (en particular, solicitudes de sobornos a los consumidores a cambio de no retenerlos transitoriamente). Al analizar el trabajo de jueces y fiscales en relación con los usuarios que son judicializados, encontramos que existe una gran disparidad de criterios entre ellos, lo cual tiende a generar inseguridad jurídica. Tanto en la fase investigativa como en el juicio penal de casos en los que el porte de droga supera la dosis mínima legal, estos funcionarios utilizan criterios distintos y poco claros para determinar cuándo están ante una situación de simple consumo y cuándo ante una de tráfico. Como resultado, algunos usuarios que portan más de la dosis mínima, aunque sea para consumo personal, pueden ser sancionados como lo sería un traficante.

Al analizar cómo funcionan las políticas de atención en salud en la práctica, y en especial las que tienen que ver con la rehabilitación, encontramos que la oferta enfrenta varias limitaciones. Así, la disponibilidad de servicios se caracteriza por estar concentrada geográficamente en las grandes ciudades del país, ser mayoritariamente privada, y contar con una gran diversidad de enfoques de intervención que van desde modelos clínicos hasta teoterapias. Además, encontramos que gran parte de los centros de rehabilitación del país son clandestinos, que se siguen presentando situaciones de graves violaciones a los derechos humanos de los consumidores de drogas y que la oferta de estos servicios contribuye a reproducir estereotipos discriminatorios que generan barreras de acceso a grupos vulnerables como las mujeres, la población LGBTI, personas con VIH/SIDA y habitantes de calle. Sin embargo, el control estatal sobre los centros de atención en drogadicción (CAD) tiende a ser limitado y de poco alcance, pues se limita a verificar que

cuenten con algunas formalidades para su habilitación, pero no hace un seguimiento efectivo a su funcionamiento.

Esto muestra que en Colombia todavía no se ha consolidado en la realidad un enfoque de salud pública y derechos frente a los usuarios de drogas de uso ilícito. El Estado está en deuda de garantizar a los consumidores de estas sustancias el disfrute real del derecho al más alto nivel posible de salud, y la tranquilidad de no ser castigados por cometer una conducta propia que no afecta a terceros.

Lista de abreviaturas

Art.	Artículo
CAD	Centros de Atención en Drogadicción
CAI	Centros de Atención Inmediata de la Policía
CAMAD	Centros de Atención Móvil a Drogodependientes
CTI	Cuerpo Técnico de Investigación Criminal
DCP	Dosis de consumo personal
EPS	Entidad Promotora de Salud
UPJ	Unidad Permanente de Justicia
URI	Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía

1. Introducción⁶

Aunque históricamente Colombia ha sido considerada solamente como un país productor de drogas, los estudios disponibles muestran que el consumo de sustancias controladas en el país es un fenómeno cuantitativamente significativo, y ha tendido a aumentar en las últimas décadas. Indicadores como la entrada de nuevos consumidores o la prevalencia del consumo entre poblaciones especialmente vulnerables –como la universitaria⁷- han aumentado, y las cifras oficiales reportan un grupo no despreciable de personas que podría catalogarse de consumo problemático, por presentar situaciones de abuso. Así, hasta el año 2008 en el país había aproximadamente 300 mil personas con abuso o dependencia de alguna droga de uso ilícito (Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009: 71).

El Estado debería contar con una respuesta destinada a prevenir los riesgos y daños asociados al uso de dichas sustancias y a tratar los consumos problemáticos. Esto implica la implementación de políticas públicas que aborden el consumo como un asunto de salud pública y que se estructuren desde una perspectiva de derechos humanos en la que los usuarios sean reconocidos como titulares de derechos.

Sin embargo, hasta el momento la política de drogas colombiana se ha centrado principalmente en la reducción de la producción y parece haber minimizado la importancia del consumo. Así se evidencia al comparar la proporción del gasto del Estado frente a cada una de estas estrategias, pues mientras en 2010 el 64.2% de dicho gasto se destinó a la reducción de la oferta de drogas, tan solo el 4,1% se direccionó a reducir su demanda (Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Justicia y del Derecho, 2012:12).

En este documento exploramos cuál ha sido la respuesta del Estado frente a los consumidores a partir de la identificación y revisión de la normatividad y políticas públicas

⁶ Una versión más amplia de este texto se puede encontrar en Uprimny, R. et al. (2014).

⁷ Según la Comunidad Andina de Naciones (2013: 69), en 2012, 1 de cada 6 estudiantes universitarios en Colombia (es decir, el 16,7%) consumieron alguna droga ilícita en el último año y, de esta cifra, el 29% son consumidores problemáticos dependientes.

vigentes sobre el tema del consumo de drogas de uso ilícito, y el análisis de la forma como estas son efectivamente aplicadas en la realidad. Nos concentramos específicamente en dos componentes principales de esa respuesta: la oferta en materia de rehabilitación para los consumos problemáticos dependientes, y la reacción policial y judicial frente a los usuarios⁸. Este énfasis obedece a que durante la mayor parte del siglo pasado la respuesta estatal a este fenómeno fue represiva e incluía tanto la judicialización por el porte de sustancias como el tratamiento obligatorio para quienes fueran considerados adictos. Y aunque el énfasis represivo ha tendido a variar a partir de la despenalización de la dosis de uso personal en 1994, estos dos componentes nos permiten analizar los enfoques generales de la respuesta estatal, y los alcances y límites de la misma.

Nuestros presupuestos conceptuales son fundamentalmente tres. En primer lugar, la idea de que en un Estado Democrático el consumo de drogas de uso ilícito por parte de mayores de edad⁹ es una actividad amparada por la autonomía y por tanto no puede ser penalizada, a menos que afecte derechos de terceros.¹⁰ Sin embargo, dado que puede tener consecuencias negativas para la salud y que algunos consumos pueden tornarse en problemáticos, el Estado está llamado a desarrollar políticas de diversa naturaleza para disuadir y reducir riesgos y daños. En segundo lugar, consideramos que toda política desarrollada en este tema debe tener un enfoque de derechos humanos y alejarse de los estereotipos que han guiado la respuesta del Estado en los últimos años, a partir del prohibicionismo. Y en tercer lugar, asumimos que existen diferentes tipos de consumo y que el Estado debe actuar de manera diferenciada frente a ellos¹¹.

⁸ Además de estos componentes, la respuesta estatal frente al consumo de sustancias psicoactivas incluye la prevención y mitigación del daño. Dado que las estrategias preventivas requieren una metodología distinta para su evaluación, no las abordamos en este documento, aunque esperamos hacerlo en otra oportunidad. Por su parte, el componente de mitigación lo analizamos de manera tangencial, así que esperamos también poder estudiarlo con mayor profundidad con posterioridad.

⁹ El uso de sustancias psicoactivas por parte de menores de edad, sean legales o no, entran dentro de la categoría de consumos problemáticos. Sin embargo, su abordaje exige tener en cuenta particularidades que exceden el propósito de este trabajo, razón por la cual en este documento únicamente nos referimos al consumo en personas adultas.

¹⁰ Esta es la idea fundamental que orienta la Sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, como veremos más adelante.

¹¹ Así, es posible distinguir entre consumos no problemáticos y problemáticos. Los primeros hacen referencia a aquellos que llevan a cabo personas adultas y que no afectan su vida y salud, ni derechos de terceros. Esto ocurre, por ejemplo, con los consumos recreativos. Los problemáticos, por su parte, son: i) aquellos que generan riesgo a terceras personas (p. ej. conducir bajo los efectos del alcohol o la marihuana); y ii) los

El capítulo tiene cinco partes, siendo la primera esta introducción. En la segunda reconstruimos la normatividad y políticas públicas colombianas frente a los consumidores. Para ello, además de la revisión y análisis normativo, llevamos a cabo entrevistas con 8 personas expertas en el tema, a partir de las cuales identificamos las principales fortalezas y dificultades de las políticas y normas que ha desarrollado el Estado en la materia. En la tercera exploramos cuál es la respuesta del sistema policivo y judicial frente a los consumidores de sustancias psicoactivas controladas. Para esto, llevamos a cabo un total 35 entrevistas en tres regiones del país (Bogotá, Cali y Medellín¹²), con policías, fiscales y jueces competentes, así como con consumidores¹³. En la cuarta analizamos la oferta en materia de servicios de rehabilitación para las personas con consumos problemáticos dependientes de drogas de uso ilícito. Para acercarnos a lo que pueden esperar los usuarios que decidan acceder a un programa de rehabilitación llevamos a cabo 36 entrevistas en las mismas tres regiones, con funcionarios públicos, usuarios y coordinadores y funcionarios de los Centros de Atención.¹⁴ Adicionalmente, incluimos datos cuantitativos de fuente oficial, que permiten analizar la oferta en la materia¹⁵. Finalmente, en la quinta parte,

consumos dependientes que afectan de manera significativa la salud y la vida cotidiana de las personas, al punto de dejar de ser funcionales. Mientras que frente a los no problemáticos el Estado podría solamente llevar a cabo algunas acciones disuasivas, frente a los segundos podría y debería desarrollar políticas destinadas a, por ejemplo, sancionar las actividades riesgosas, y adoptar estrategias de prevención, mitigación y superación.

¹² La selección de estas ciudades se justifica, principalmente, por sus altas tasas de consumo. Según el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupeficientes (2009: 69), los porcentajes de consumo prevalente durante el último año alcanzan a ser de 7.93% en Antioquia, 5.24% en Valle y 4.76% en Cundinamarca (incluyendo Bogotá), siendo los más altos en el país. Además, según el último diagnóstico sobre centros de rehabilitación a consumidores problemáticos dependientes (MPS, 2004: VI), la concentración de estos servicios se presenta en estos tres Departamentos y en Risaralda. Por lo tanto, la delimitación geográfica se explica por su representatividad tanto en las cifras de consumo de drogas, como en los datos de prestación de servicios de rehabilitación.

¹³ Esto incluye una muestra de 5 consumidores recreativos y frecuentes, 15 policías patrulleros y comandantes de Estación de las tres ciudades, 2 policías judiciales del Cuerpo Técnico de Investigación (CTI) encargados de la investigación de los delitos relacionados con drogas, 9 fiscales, y 4 jueces con competencia sobre este tipo de casos. Además, con el fin de profundizar en la perspectiva de los usuarios de sustancias psicoactivas controladas, retomamos los resultados de una encuesta sobre Policía y Desigualdad realizada por Dejusticia durante el año 2013 (ver La Rota y Bernal, 2014).

¹⁴ 17 de ellas corresponden a entrevistas a funcionarios de Secretarías de salud de los Departamentos y Municipios, y del Ministerio, 15 corresponden a entrevistas con funcionarios de Centros de atención, tratamiento y rehabilitación a dependientes (CAD) tanto públicos como privados, y las restantes las hicimos a usuarios de drogas ilícitas.

¹⁵ En concreto, tomamos en cuenta el último informe de diagnóstico de la situación de los CAD en Colombia realizado por el Ministerio de Protección Social en 2004 titulado “Diagnóstico Situacional. Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia”; y de las respuestas a 5 derechos de petición que dirigimos a entidades de salud del orden nacional, departamental y distrital, las cuales fueron complementadas con los datos del Registro de Entidades Prestadoras de Salud, que incluye las

presentamos algunas conclusiones generales encaminadas a mejorar la respuesta del Estado frente al consumo de drogas de uso ilícito.

2. Marco normativo y de política pública sobre el consumo

Durante la mayor parte del siglo pasado el consumo de sustancias controladas fue abordado en Colombia bajo un enfoque prohibicionista y represivo¹⁶. Dicha respuesta estatal se caracterizó, en primer lugar, por el uso recurrente al derecho penal y el incremento de las penas de prisión para castigar el porte de drogas en pequeñas cantidades, lo cual implicaba en la práctica la criminalización de los consumidores¹⁷. En segundo lugar, la atención en salud era un asunto marginal y secundario y los servicios de rehabilitación¹⁸ fueron asociados al ámbito punitivo. Así, la persona que fuera considerada “adicta”¹⁹ debía recibir un tratamiento obligatorio que se basaba principalmente en el aislamiento, y que no diferenciaba entre los tipos de consumos o las clases de sustancias involucradas en cada caso. En tercer lugar, las legislaciones de la época desarrollaron definiciones imprecisas y abiertas que ampliaron el ámbito de represión²⁰. Y en cuarto lugar, estas normas contribuían a reproducir estereotipos culturales asociados al uso de sustancias controladas que generalizaron la estigmatización y marginalización de los consumidores.

entidades de salud del nivel distrital, departamental y nacional que se encuentran habilitadas para brindar atención, tratamiento y rehabilitación a los usuarios de drogas de uso ilícito. Dicho registro es público y se encuentra actualizado en la página web del Ministerio de Salud.

¹⁶ Para un análisis mucho más profundo del marco normativo y el enfoque punitivo desarrollado a lo largo del siglo XIX, ver Uprimny, R. et al. (2014).

¹⁷ Mientras en el Código Penal de 1935 el porte de drogas se castigaba con una pena de entre 6 meses y 5 años de prisión, en el Estatuto Nacional de Estupeficientes de 1974 la misma conducta generaba una condena de entre 3 y 12 años de prisión.

¹⁸ De conformidad con los documentos preparatorios de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto, por *tratamiento* entendemos aquel conjunto de intervenciones terapéuticas y médicas dirigidas a la estabilización física y psicológica de cualquier usuario de drogas independientemente si es dependiente o no. En cambio, la *rehabilitación* corresponde a una fase posterior al tratamiento en el que se busca la inserción o inclusión del usuario dependiente de drogas en la vida social de manera funcional, para lo cual se realizan intervenciones generalmente largas, ambulatorias o residenciales.

¹⁹ Utilizamos este término por ser el empleado por la normatividad colombiana, aunque entendemos que no resulta adecuado para hablar de los usuarios de drogas de uso ilícito, y contribuye a reproducir estereotipos.

²⁰ Por ejemplo, en el Decreto 1188 de 1974 el concepto de “droga” fue definido como toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones del mismo; y el de “dependencia” como el estado personal ocasionado por la ingestión de fármaco o droga por cualquier vía, en forma periódica o continua.

Esta respuesta fundamentalmente represiva empezó a cambiar desde 1994 con la despenalización del consumo y la adopción de políticas públicas que asumen al usuario de sustancias como titular de derechos. A continuación explicaremos el marco normativo y de política pública sobre el consumo desarrollado en las últimas décadas, explicando, en primer lugar, la regulación jurídica relacionada con la judicialización de los usuarios de sustancias controladas, y en segundo lugar la relacionada con el ámbito de la atención, tratamiento y rehabilitación.

2.1. Marco de regulación asociado a la judicialización del consumo

En 1994 la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-221, estableció que el consumo de drogas de uso ilícito, y en consecuencia el porte para uso personal, no podían ser penalizados y que tampoco podría obligarse a las personas a recibir un tratamiento de manera compulsiva. Para la Corte, en un sistema penal liberal y democrático como el colombiano, respetuoso de la dignidad humana y de la autonomía personal, únicamente puede restringirse la libertad de los individuos cuando esta interfiera en la libertad e intereses ajenos. Hacerlo en otra situación constriñe el libre desarrollo de la personalidad, que es un valor reconocido constitucionalmente. Con esta sentencia quedó despenalizado el porte de las cantidades de drogas de uso ilícito consideradas legalmente como “dosis de consumo personal”²¹ (en adelante DCP). Pese a que la decisión de despenalización recibió fuertes críticas en diferentes sectores políticos, la decisión comenzó a aplicarse.

Además, la Corte Suprema de Justicia desarrolló una jurisprudencia que permitió cierta ampliación de la descriminalización de los usuarios. Así, primero, utilizó de manera amplia el argumento según el cual únicamente debían ser objeto de sanción penal las conductas que efectivamente cumplan con el principio de lesividad de bienes jurídicos de terceras personas o antijuridicidad material²². A partir de este argumento la Corte le asignó a la

²¹ El art. 2. J. de la Ley 30 de 1986 –el Estatuto Nacional de Estupefacientes- define el concepto de dosis para uso personal como “(...) la cantidad de estupefaciente que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad”.

²² Art. 11 CP. “Antijuridicidad: Para que una conducta típica sea punible se requiere que lesione o ponga efectivamente en peligro, sin justa causa, el bien jurídicamente tutelado por la ley penal”.

consagración legal de la DCP un carácter más de pauta que de regla a aplicar estrictamente²³, por lo cual podría no ser penalizada una persona sorprendida portando cantidades levemente superiores a la dosis personal.

Posteriormente la Corte Suprema desarrolló la doctrina denominada “dosis de aprovisionamiento”²⁴. Esta es entendida como la cantidad de droga que porta un consumidor, *“no durante una oportunidad sino previendo la posibilidad de varias (en eventos, acompañado de varios sujetos consumidores), razón por la que (...) puede aparecer como portador de cantidades un poco mayores de las permitidas, resultado objetivo que (...) se proyecta carente de lesividad en la medida que aparece distante de los comportamientos del tráfico y de los objetivos del lucro”*²⁵. Sin embargo, también reiteró que incluso en los casos en que el porte no supera la DCP se puede configurar el delito de porte de estupefacientes, lo cual ocurre cuando el porte no tiene como finalidad el consumo personal, sino la comercialización o incluso la distribución gratuita de la droga.

Como reacción a la despenalización, el Gobierno del Presidente Álvaro Uribe presentó cinco propuestas de reforma constitucional que buscaban desmontar los efectos de la sentencia de la Corte Constitucional, y regresar a la criminalización y los tratamientos compulsivos para los usuarios. La última de esas propuestas fue finalmente aprobada mediante el Acto Legislativo 02 de 2009, el cual elevó a rango constitucional la prohibición del consumo de sustancias controladas. Sin embargo, durante el debate legislativo los congresistas incorporaron cambios sustanciales a la iniciativa presidencial, pasando de una reforma que pretendía criminalizar dicha actividad, a otra que tan solo contempló medidas pedagógicas, profilácticas y terapéuticas que proceden únicamente con el consentimiento de la persona. Esta reforma además reconoció derechos de los consumidores²⁶.

²³ Sentencia de la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia, del 8 de agosto de 2005. Radicado 18609.

²⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de casación penal. Sentencia del 8 de julio de 2009. Proceso No. 31531. M.P. Yesid Reyes Bastidas. En este caso la Sala de casación penal examinó la sentencia proferida por el Tribunal de segunda instancia en contra de una persona que fue capturada portando 1.3 gramos de cocaína; es decir, que sobrepasaba la DCP en un 33%.

²⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de casación penal. Sentencia del 18 de noviembre de 2008. Proceso No. 29183. M.P. José Leonidas Bustos Martínez.

²⁶ Un análisis crítico más amplio de esta reforma constitucional puede encontrarse en Guzmán, D. y Uprimny, R. (2010).

Desde entonces inició una fase que puede ser caracterizada como de incertidumbre legal, pues no era claro cómo debían proceder las autoridades policiales y judiciales frente a la prohibición constitucional. Además, la expedición de la Ley de Seguridad Ciudadana (Ley 1453 de 2011) profundizó la incertidumbre al eliminar la disposición del Código Penal²⁷ que exceptuaba la penalización del porte de sustancias psicoactivas en cantidad de dosis personal. Sin embargo, varios pronunciamientos judiciales aclararon el panorama normativo nacional, al reafirmar que en Colombia no es posible, desde el punto de vista constitucional, penalizar el porte para consumo, ni siquiera cuando se trata cantidades superiores a la dosis personal²⁸.

Por lo tanto, en Colombia el consumo está prohibido constitucionalmente, pero no penalizado. Además, por paradójico que parezca, la jurisprudencia constitucional y de la Corte Suprema de Justicia han fortalecido la idea de que, a pesar de la prohibición, el consumo de drogas de uso ilícito por parte de personas adultas es una actividad legítima amparada por derechos fundamentales, y en particular por la dignidad humana.

2.2. Marco de regulación asociado a la atención, tratamiento y rehabilitación.

A partir del cambio de paradigma que se empezó a gestar en la década del 90 con la despenalización, empezaron a surgir las primeras políticas públicas frente al consumo.²⁹ Así, en el año 2007 el Ministerio de Salud junto con el Consejo Nacional de Estupefacientes dieron a conocer la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto. Según los expertos, es la mejor política frente a consumo de drogas que

²⁷ Se trata del artículo 376 del Código Penal que consagra el delito de *tráfico, fabricación o porte de estupefacientes*. De acuerdo con este tipo penal, todo porte superior a la dosis personal puede llevar a la judicialización de la persona, lo que confirma que Colombia ha adoptado un sistema de fijación legal de mínimos.

²⁸ En este sentido destacamos la sentencia C-574 de 2011, que analiza la constitucionalidad de un artículo de la Ley de Seguridad Ciudadana. En dicha sentencia la Corte establece que la reforma del artículo 49 no implica una autorización para la penalización del porte para consumo, sino la posibilidad de aplicar medidas de carácter administrativo, con fines terapéuticos, que solo podrán proceder con el consentimiento informado de la persona. Incluso después de la reforma constitucional, la Corte Suprema de Justicia continuó reiterando su jurisprudencia sobre la *dosis de aprovisionamiento*, de acuerdo con la cual, si una persona es capturada con una cantidad levemente superior a la dosis personal, no debe ser penalizada, siempre que su propósito no sea distribuirla, sino conservarla para su propio consumo.

²⁹ En 1999 fue creado el programa presidencial “Rumbos” con el objetivo de dar asesoría y asistencia al Presidente de la República en la materia, recomendar sobre el presupuesto de las políticas de consumo, dar criterios que guiaran las estrategias de comunicación en materia de prevención, gestionar recursos, hacer la coordinación institucional, promover investigación en la materia.

se ha diseñado en el país, entre otras razones por ser la primera que pretende abordar el tema de manera integral.³⁰ Está desarrollada en cuatro ejes operativos: El primero de ellos es el de la prevención, dirigido tanto a no consumidores como a usuarios, para evitar su transición a patrones más nocivos de consumo. El segundo es el de la mitigación³¹, que busca reducir los efectos negativos de los riesgos y daños asociados al consumo, a través de estrategias a nivel social, comunitario, familiar e individual. El tercero es el eje de la superación, que persigue ajustar la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación e inclusión social a la demanda, al igual que diversificar la oferta con criterios territoriales, socioeconómicos, de género, patrones de uso y condiciones comórbidas³². Su propósito fundamental es eliminar las barreras de acceso a servicios de salud, mejorar la calidad de la atención y generar eficiencia en la prestación de los mismos. Y por último, el cuarto eje es de construcción de capacidad de respuesta que busca “contar con capacidad de integración, así como de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de [sustancias psicoactivas]”. El plan de ejecución de esta política se construyó en 2008 por una comisión interministerial que hizo operativos los cuatro ejes descritos en el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010³³.

Lo que resulta más interesante de esta política es que su elaboración fue paralela a los intentos de penalización del consumo de drogas realizados por el Gobierno de Álvaro Uribe. Es decir que una política pública que aborda con un enfoque de derechos el uso de sustancias controladas, fue construida en medio de un gobierno que perseguía su

³⁰ Entrevistas a Inés Elvira Mejía Motta, Consultora en políticas e intervenciones en drogas y alcohol, reducción de daños, y ex asesora de la Política de Reducción de la Demanda de SPA del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Bogotá, 7 de Mayo de 2013.; y Julián Quintero, experto en prevención, mitigación y reducción del riesgo con el consumo de SPA en poblaciones de difícil acceso de la organización Acción Técnica Social, Bogotá, 3 de Mayo 2013.

³¹ Es importante aclarar que la política desarrolla el concepto de mitigación sin que se pueda asemejar a la reducción de daños. Según Inés Elvira Mejía, mientras que el primero es una estrategia de protección social que se preocupa por el bienestar económico y social del individuo, la reducción no es una medida de protección social, sino que se enfoca en minimizar los peligros asociados a la actividad de consumir. Entrevista a Inés Elvira Mejía. Bogotá, 8 de Mayo de 2013.

³² El término “condiciones comórbidas” hace alusión a la existencia de más de un trastorno o enfermedad adicionales al trastorno o enfermedad primaria de que se hable.

³³ Por cada uno de los cuatro ejes de la Política de 2007 (prevención, mitigación, superación y construcción de capacidad de respuesta), el Plan vincula productos específicos, metas de resultado, actividades a realizar y define actores y responsables. La comisión interministerial que diseñó este plan es la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas que reúne a cuatro ministerios (de Justicia, Protección Social, Educación y de Relaciones Internacionales) y a más de 10 entidades estatales encargadas de abordar el consumo de drogas en sus respectivos campos.

criminalización. Esto fue posible gracias a un equipo de profesionales contratados por el Ministerio de Salud que, al no tener compromisos políticos con el Presidente, adelantaron un proceso juicioso de diseño de la política, basado en evidencia empírica y con la participación de los Ministerios, de los entes territoriales y de las organizaciones de la sociedad civil. En consecuencia, los funcionarios públicos por un lado y los congresistas y jueces por el otro, transformaron una iniciativa represiva del Gobierno frente al consumo, y la reemplazaron por una política pública y una reforma constitucional que abordaron el uso de sustancias desde un enfoque de salud pública, compatible con una perspectiva de derechos.

Paralelamente al desarrollo de esta política, el Ministerio de Salud empezó a definir los criterios para la atención de los consumos problemáticos dependientes en el país. A través de la resolución 1315 de 2006 y la reciente resolución 1441 de 2013³⁴, esta entidad reguló los requisitos para la habilitación de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD)³⁵. Estos documentos se caracterizan por admitir cualquier modelo de intervención (desde modelos clínicos hasta la teoterapia); y por limitarse a exigir que los CAD cumplan con requisitos formales para su habilitación, como la disponibilidad de un psicólogo, la capacitación de operadores, adecuación de las instalaciones (p. ej. cuartos separados para hombres y mujeres), entre otras. El control ejercido por el Estado a partir de estas normas es esencialmente formal, pues se limita a verificar los requisitos de constitución legal de los CAD, y no cuenta con mecanismos especializados de seguimiento al servicio efectivamente prestado, por lo que no es posible garantizar su calidad³⁶.

Posteriormente fue expedida la Ley 1566 de 2012, conocida como Ley Galán³⁷, que ordena que toda patología derivada del uso de estas sustancias sea atendida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que los medicamentos, tratamientos o procedimientos

³⁴ La nueva resolución reemplaza la de 2006, pero prevé un plazo de un año a partir de su entrada en vigencia para que todos los CAD se actualicen y se habiliten según los nuevos parámetros. Por lo tanto, la resolución 1315 de 2006 se derogará definitivamente en Mayo de 2014.

³⁵ En la sección 2 de este texto explicaremos cómo funcionan estos centros de rehabilitación en la práctica.

³⁶ De conformidad con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entendemos que un servicio de salud es de buena calidad cuando es aceptable culturalmente, apropiado científicamente y cuenta con una atención humanizada. Al respecto, ver Uprimny et. al.(2014).

³⁷ La razón por la que se conoce a esta ley como Ley Galán es porque fue promovida por uno de los hijos de un político destacado del país, muerto en la década del 80 a manos del narcotráfico.

médicos necesarios sean incluidos en los Planes Obligatorios de Salud³⁸ en un término de 12 meses contados a partir de la vigencia de la norma (31 de Julio de 2012). Además, señala que todo procedimiento debe realizarse con el consentimiento informado del paciente. Sin embargo, todavía no existe una ruta integral, coordinada y clara para el acceso a servicios de salud para la población consumidora adulta de sustancias psicoactivas controladas.³⁹

De otra parte, los entes territoriales tanto municipales como departamentales también han implementado políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias controladas. El ejemplo más reciente es el proyecto “Cambie”⁴⁰, una medida de reducción de riesgos y daños implementada en la ciudad de Pereira de la mano de la organización Acción Técnica Social, que desarrolla un programa de acceso a material higiénico de inyección para usuarios de drogas inyectables con el fin de evitar el uso compartido de jeringas y la correspondiente transmisión de enfermedades.

En este sentido se destacan también los recientes programas desarrollados en Bogotá, que han impulsado fuertemente el debate nacional sobre la reforma a la política de drogas. Se trata de los Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD), que funcionan desde 2012 como unidades móviles que atienden a personas en situación de riesgo y exclusión social por tener altos niveles de dependencia a las drogas y a aquellos que estén vinculados a escenarios de violencia relacionados con el consumo. Cada CAMAD cuenta con un médico, un psicólogo, psiquiatra, auxiliar de enfermería, odontólogo y trabajadores sociales, con el propósito de brindar una atención integral a los usuarios. En la actualidad funcionan cuatro CAMAD en las zonas vulnerables de expendio de sustancias y en la cárcel distrital de la ciudad.

La política de drogas de Bogotá impulsada desde el gobierno local de Gustavo Petro ha sido reconocida internacionalmente como un ejemplo de las posibilidades reales de

³⁸ El sistema de salud colombiano se basa en el principio de cobertura universal a través de un modelo de aseguramiento obligatorio de los ciudadanos, con la participación de agentes aseguradores y prestadores privados, públicos y mixtos. Existe un paquete de servicios de salud que es cubierto por el sistema (Plan Obligatorio de Salud) y al que toda persona tiene derecho a acceder por medio de su aseguradora (Entidad Promotora de Salud – EPS), quien tiene la obligación de suministrar el servicio bien sea de manera directa, o contratando con alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud.

³⁹ Para un mayor desarrollo de las diversas rutas de acceso, véase: Uprimny et. al., 2014

⁴⁰ Para conocer más sobre este proyecto se recomienda visitar el portal www.proyectocambie.com

estrategias alternativas en América Latina. Así, actualmente es evaluada por el Banco Interamericano de Desarrollo como una estrategia de vanguardia en la región, que además representa un esfuerzo por abordar el consumo de drogas desde un enfoque de salud, derechos y convivencia ciudadana, en lugar de un enfoque fundamentalmente represivo.

Así las cosas, el marco normativo vigente sobre el uso de drogas controladas en Colombia es claro en que i) el consumo se encuentra prohibido constitucionalmente, pero no penalizado; ii) el consumidor problemático tiene derecho a recibir la atención en salud, y tratamiento y el usuario dependiente además tiene derecho a acceder a servicios de rehabilitación adecuados, los cuales deben ser cubiertos por el sistema de salud. De esta forma, iii) es claro que el Estado no es neutral ante el consumo de drogas de uso ilícito y puede desarrollar políticas disuasivas frente al mismo; por lo cual, iv) el Estado sí puede sancionar penalmente la distribución de estas sustancias, incluso la minorista; y v) es en este sentido que está prohibido el consumo, como una estrategia de disuasión, pero una vez el usuario ha tenido acceso a las sustancias con el fin de consumirlas no pueden ser objeto de sanción alguna, y su actividad puede ser considerada como amparada por derechos.

Un balance de las normas y políticas previamente presentadas permite afirmar que el país ha asumido progresivamente en los últimos años, al menos discursivamente, un enfoque que asume el consumo como un asunto de salud pública basado en los derechos de los usuarios de drogas. Sin embargo, como mostraremos a continuación, estos esfuerzos continúan siendo limitados en la práctica. Esto se explicaría, entre otros factores, porque la política sigue teniendo algunos problemas en cuanto a su alcance y fortaleza presupuestal y administrativa, y porque los estigmas culturales alrededor del consumo siguen siendo considerables.

3. Consumo de sustancias psicoactivas controladas y sistema judicial

A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas controladas no se encuentra penalizado en Colombia, la evidencia sugiere que hay usuarios que por el solo hecho de

portar, pueden terminar siendo procesados por el sistema judicial penal. Esto ocurriría, principalmente, con aquellas personas que son sorprendidas portando dosis *levemente* superiores a las dosis de consumo personal (DCP) establecidas legalmente. Además, incluso cuando la cantidad de droga se encuentra entre los estándares legales permitidos, pueden ser sometidos a retención administrativa (o transitoria) por parte de la Policía. Este paso por los sistemas policial y judicial no solo desconoce que el consumo de drogas de uso ilícito está despenalizado, sino que tiende a limitar de manera desproporcionada los derechos de los usuarios.

En esta sección pretendemos establecer y documentar qué puede ocurrir con una persona usuaria de drogas de uso ilícito que es sorprendida portando una cantidad menor, igual o ligeramente superior a la que ha sido definida legalmente como DCP. Nuestro objetivo es explorar las condiciones prácticas bajo las cuales el consumo de drogas es reprimido policiva o penalmente. Para ello, presentamos una descripción del punto de vista de policías, fiscales y jueces acerca de la forma como interpretan y actúan frente al porte para consumo de drogas de uso ilícito, que está dividida en tres partes: i) La fase policial, y ii). La fase investigativa; y iii) la fase judicial o procesal.

3.1.Fase policial

En esta fase tanto la policía de vigilancia como la policía judicial (la SIJIN y la DIJIN, de la Policía Nacional, y el CTI de la Fiscalía) conocen casos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. Mientras que la policía de vigilancia tiene el deber de mantener el orden, la judicial es la encargada de la investigación de acciones delictivas para su posterior judicialización.

Además de las quejas ciudadanas por el consumo en ciertos lugares (especialmente en los públicos), los agentes de Policía entran en contacto con los consumidores en desarrollo de actividades de mantenimiento del orden y control de la criminalidad⁴¹. Estas actividades suelen ser planeadas con anticipación por las personas que se desempeñan como comandantes de las estaciones de policía, y comprende la fijación semanal de objetivos

⁴¹ Entre ambos tipos de actividades la frecuencia de estos contactos es muy alta. De acuerdo con los testimonios recogidos por Lemaitre y Albarracín (2011 p. 250) los policías de Bogotá pueden llegar a conocer entre 5 y 10 casos por turno, o hasta 20 y 30 en el centro de la ciudad).

que, entre otras cosas, incluyen el decomiso/incautación de determinadas sustancias psicoactivas. Dicha planeación semanal se registra en las llamadas *Tablas de acciones mínimas requeridas*⁴², en las que además se comparan los resultados obtenidos semana tras semana con el objetivo de identificar si la situación que buscan combatir (para el caso, el porte de sustancias psicoactivas) mejoró, empeoró o se mantuvo estable. El cumplimiento de los objetivos fijados en esta tabla de acciones se logra por acumulación de las sustancias incautadas, de tal manera que cualquier decomiso que haga la policía, por pequeño que sea, contribuye a alcanzar las metas.

El control de avance en el objetivo de incautar ciertas cantidades de droga cada semana suele ser muy estricto. Parecería que se exige a los policías cumplir con cantidades objetivo de incautación establecidas en dichas tablas, sin mayor consideración por los posibles cambios de dinámica en la zona⁴³. Por esta razón, para los agentes de policía representa un positivo útil el decomiso de cualquier cantidad de sustancia de uso ilícito portada. Así, en la práctica, como explicaron varios policías patrulleros y consumidores entrevistados, la policía decomisa cualquier cantidad de droga que encuentre en las requisas, independientemente de que se trate de cantidades que puedan estar comprendidas dentro de la DCP⁴⁴. Esta política, que puede encontrar su sustento en la prohibición constitucional previamente señalada, pues esta implica que la sustancia es ilegal, genera una distorsión. En efecto, genera una respuesta eficientista, al privilegiar el cumplir con objetivos institucionales, y se presta para abusos por parte de la policía. De esta manera, en lugar de perseguir casos graves de tráfico de grandes cantidades de droga, los agentes de policía

⁴² Esta tabla es “una herramienta a través de la cual plasman las acciones policiales que realiza el uniformado durante la prestación de su servicio policial, y surgen a partir de un diagnóstico. La [tabla de acciones mínimas requeridas] obedece a un plan previamente establecido y concertado con un criterio, y cuyo objetivo es que mediante actividades de prevención, disuasión, control, prevención del delito y de corresponsabilidad, se contribuya a solucionar los problemas diagnosticados en cada cuadrante”. Policía Nacional de Colombia (2010: 140).

⁴³ Así se desprende lo expresado por uno de los Comandantes de Policía entrevistados, quien dijo lo siguiente al respecto: “*En San Javier, o Candelaria, esta semana de 3 mil gramos de marihuana que incautaron la semana pasada, esta semana no se incautaron sino 200. Los felicito hermanos, eso quiere decir que acabaron con la marihuana, ya no vuelven a fumar marihuana! Eso se los digo irónicamente porque quiere decir que no están haciendo un carajo (...)*” (Entrevista a Comandante Operativo de la Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín, 18 de Junio de 2013.)

⁴⁴ De acuerdo con Lemaitre y Albarracín (2011 p. 258), una posible explicación al hecho de que los policías decomisen cualquier cantidad de droga podría estar en que durante el gobierno de Uribe se promovió la idea de que un efecto directo de la entrada en vigencia del Acto Legislativo 002 de 2009 (el cual le dio rango constitucional a la prohibición de porte y consumo de drogas) sería que los policías podrían decomisar inmediatamente la droga que encontrarán.

pueden preferir perseguir a los consumidores que lejos de ser violentos y amenazar el orden público, representan una oportunidad para cumplir eficientemente con los objetivos institucionales definidos.

La segunda forma a través de la cual puede darse el contacto de la Policía con consumidores de drogas de uso ilícito es por peticiones de la ciudadanía. Estas van desde simples solicitudes de que se retire al consumidor de algún espacio público, hasta denuncias penales por porte y tráfico de estupefacientes. Estas solicitudes pueden deberse a que comúnmente la gente relaciona el consumo de drogas con la inseguridad, pues según las encuestas de *Ciudades Cómo Vamos* del año 2012, un alto porcentaje de los encuestados reportó que “el tráfico/drogadicción” era uno de los problemas más graves de seguridad en sus barrios (34% de los encuestados en Medellín, 47% en Cali y 50% en Bogotá).

Sin embargo, no todos los usuarios de estas sustancias son objeto de estas denuncias y de la consecuente persecución policial. Lemaitre y Albarracín (2011 pp. 254 y 255) coinciden en que la persecución que hace la policía a usuarios de droga afecta de forma más fuerte a las personas que cumplen con ciertos perfiles (hombres jóvenes de bajos estratos socioeconómicos e indigentes) que los patrulleros suelen asociar con problemas para la seguridad tales como hurtos, atracos, riñas y quejas de la comunidad. Al respecto un subintendente entrevistado nos dijo:

"¿Cómo se viste el que trabaja en la construcción? Usted cómo identifica quién puede ser un potencial riesgo para usted en la calle? Usted cómo lo identifica primero? Por la forma de vestir. Exacto. Entonces esa gente que está asociada a la construcción, son los que viven en las zonas marginales, entonces el estilo de vestir de ellos son de jeans anchos (...) pero si usted ve al estudiante, lo ve con las gafitas, todo intelectual y consumiendo, entonces la gente dice: ay qué pecado, ese pobre muchacho vea, matándose ahí en la drogadicción. No lo ven como un potencial delincuente. Pero si ven ese tipo que salió de trabajar de la construcción, que lo ven con su jean, con su bombacho, sus zapatos, de los que usted: este man me va a

*robar, este man me va a robar, este man me va a robar... Eso es lo que pasa. En ese aspecto sí lo pueden asociar con la percepción de seguridad*⁴⁵.

Como lo muestra este testimonio, los estereotipos no los tiene únicamente la ciudadanía. Los mismos agentes de policía en ocasiones ejercen su autoridad de forma más severa sobre algunas personas que sobre otras; por ejemplo, sometiendo a ciertas personas a una requisa y no a otras. Así las cosas, coincidimos con Lemaitre y Albarracín en que el ejercicio del derecho a consumir sustancias psicoactivas termina estando condicionado por factores como el sexo, la edad, la clase socioeconómica y la apariencia física.

Ahora bien, una vez que la policía de vigilancia advierte el porte de drogas por usuarios o no de las mismas, las alternativas con que cuenta son básicamente tres: 1. Dejar ir a la persona, 2. Retenerla administrativamente, o 3. Llevarla a la fiscalía para que se determine si procede o no iniciar la investigación penal. Esta última opción será analizada en el apartado siguiente.

Frente a la primera, los agentes de policía suelen dejar en libertad a la persona cuando, de acuerdo con su criterio, la dosis portada claramente se encuentra dentro de la DCP. Aunque este comportamiento podría entenderse como una cautelosa adaptación de la Policía a la idea de priorizar la judicialización de casos de tráfico o de portes grandes que ha desarrollado la Fiscalía⁴⁶, dejar de capturar a los consumidores no es lo que más prefiere esta entidad. Como señala este agente de policía “*donde dejemos de capturar qué imagen le vamos a vender a la comunidad?*”⁴⁷

En el caso de la retención administrativa, esta medida procede en los casos en los que la persona se encuentra en un estado de excitación tal que la policía estima necesario retenerla para evitar que cometa alguna infracción a la ley penal. Pese a que la Corte Constitucional enfatizó en la sentencia C-720 de 2007 que las Estaciones de Policía no constituyen sitios idóneos para la protección de las personas a las que se retiene transitoriamente, en las

⁴⁵ Entrevista anónima, Subintendente de la Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín, 18 de Junio de 2013.

⁴⁶ Resolución 01 de 2012. Fiscalía General de la Nación.

⁴⁷ Entrevista a Comandante Operativo de la Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín, 18 de Junio de 2013.

ciudades de Cali y Medellín se siguen haciendo las retenciones en las Estaciones de Policía o en algunas ocasiones en los Centros de Atención Inmediata –CAI-⁴⁸. Un usuario de drogas entrevistado⁴⁹ relató por ejemplo que, después de ser capturado por porte de marihuana que excedía la dosis personal, y luego de tener un intercambio verbal con el agente que le encontró la sustancia, fue detenido en el baño de un CAI por cerca de siete horas. En el caso de Bogotá la situación es distinta, pues cuenta con la Unidad Permanente de Justicia –UPJ-, que es el establecimiento específicamente destinado para quienes incurran en alguna de las infracciones de policía frente a las que procede la retención transitoria⁵⁰. A pesar de la destinación específica de la UPJ para las retenciones administrativas, los testimonios de los consumidores que han sido llevados allí coinciden en que el trato que han recibido de los policías al ser conducidos a la UPJ, así como también durante su estadía, es bastante violento y denigrante⁵¹.

Tanto en Medellín como en Cali quieren establecer sitios especializados en retención transitoria equivalentes a la UPJ en Bogotá.⁵² Al respecto, un Comandante⁵³ de la Policía de una de estas ciudades señaló que contar con un sitio como la UPJ le concedería mayor maniobrabilidad a la Policía frente a los consumidores de drogas y otras situaciones que afectan la percepción de seguridad. Así, aunque en ocasiones la policía sepa que la persona no va a ser judicializada porque la cantidad de sustancia solo excede levemente la dosis personal, contaría en todo caso con la alternativa de este centro para poder retirar a los

⁴⁸ Los Centro de Atención Inmediata –CAI- son unidades de policía pequeñas, que tienen como objetivo acercar la policía a la comunidad de todas las zonas de la ciudad.

⁴⁹ Entrevista a Juan. Consumidor de sustancias psicoactivas, Bogotá, 25 de Julio de 2013.

⁵⁰ Aunque la vigencia de la retención transitoria no es clara, como lo explicamos en la versión más larga de este texto, las causales de aplicación de esta a las que todavía se les reconocería aplicabilidad son: “(...) 2º) Al que deambule en estado de embriaguez y no consienta en ser acompañado a su domicilio. 3º) Al que por estado de grave excitación pueda cometer inminente infracción de la ley penal”. Art. 207 del CNP (Bernal, et. Al. 2014).

⁵¹ Entrevista a Ángel. Consumidor de sustancias psicoactivas, Bogotá, 31 de Julio de 2013.

⁵² Si bien legalmente la UPJ debe estar bajo el control conjunto de la Policía y de la Alcaldía de Bogotá, en la práctica el dominio de esta última sobre las situaciones que se presentan allí es prácticamente inexistente. Según pudimos verificar nosotros mismos al acompañar a la Alcaldía a una visita a la UPJ, esta falta de control del ente de gobierno obedece a al menos tres factores. Primero, a que algunas administraciones de la ciudad no se han interesado en los hechos que ocurren allí; segundo, a que la Policía suele asumir con demasiado recelo la custodia del lugar e incluso trata de impedir el ingreso de la alcaldía al recinto. Por último, a que el Ministerio Público, que es el órgano de control con presencia permanente en la UPJ, no parece estar ejerciendo rigurosamente su función de garante de respeto de los derechos humanos.

⁵³ Entrevista a Comandante Operativo de la Policía Metropolitana del Valle de Aburrá, Medellín, 18 de Junio de 2013.

consumidores de las calles. Sin embargo, esta función preventiva de la reclusión contraría la jurisprudencia constitucional (Sentencia C-720 de 2007) que advierte en que la única razón por la que podría aplicarse la retención transitoria es para evitar un daño mayor (para ella misma o para los demás) al que se podría producir de dejar a la persona en alto nivel de excitación en el espacio público. Entonces, el problema que plantean estos Centros Especializados para la retención transitoria no es tanto que las instalaciones sean inadecuadas para su fin, sino que tal y como funcionan actualmente le otorgan demasiada libertad al agente de policía para decidir a quiénes afectarles sus derechos a consumir y a la libertad, por qué razones, por cuánto tiempo (en cualquier caso, siempre menos de 24 horas) y bajo qué condiciones⁵⁴, lo cual se presta para abusos.

Dicha libertad del agente de policía abarca un punto adicional a discutir relacionado con la calidad del trato que reciben los consumidores por parte de la autoridad. Los consumidores entrevistados, así como las personas encuestadas en Cali, Medellín y Bogotá acerca del trato de la policía hacia ellos⁵⁵, señalaron que cuando entraron en contacto con la policía sintieron vulnerados sus derechos por dos razones principales. En primer lugar, por abusos de poder por parte de algunos patrulleros. Al respecto, un subteniente de la Policía explicó la situación de la siguiente manera:

"¿Qué es lo que pasa? Y ahí ha habido un problema enorme en la institución. Y es que la institución, y el nivel de patrulleros o los suboficiales, que son los subtenientes, son personas muy jóvenes, que entran a los 18 años, o a los 19 años están teniendo un uniforme. Ese uniforme te confiere un poder (...) el poder que uno tiene con el sistema judicial de ser ese enlace es un poder tan tan enorme, tan

⁵⁴ En relación con las condiciones de retención en la UPJ un consumidor entrevistado señaló que quienes tienen que pasar la noche allá descubren que las condiciones no son las mismas para todos. Hay “playa baja”, que es el sitio más feo y en peor estado, donde más los humillan y donde usualmente están los habitantes de la calle; y “playa alta”, que también tiene muy malas condiciones pero es un poco “menos miedoso”. Además, señaló este usuario que en la UPJ, como en cualquier cárcel, no se sobrevive si no se tiene dinero. Entrevista a Ángel. Consumidor de sustancias psicoactivas, Bogotá, 31 de Julio de 2013.

⁵⁵ Las opiniones de la ciudadanía -en particular, de las personas consumidoras de drogas- respecto de los contactos que tienen con la Policía provienen de las entrevistas que hicimos como trabajo de campo para la realización de este capítulo, pero se apoyan también en los resultados de una encuesta llevada a cabo por Dejusticia en el marco de una investigación sobre Políticas de Seguridad Ciudadana y Discriminación (Ver: La Rota y Bernal 2014). Los resultados de esta encuesta estarán disponibles próximamente en la página web de Dejusticia: www.dejusticia.org.

grande que no lo puede romper nadie! Y puede ser el director de la policía que te diga: hermano, deje libre a ese muchacho, y yo que soy el patrullero que tengo el procedimiento digo no, no y no, y el poder es tan grande que tenemos a un senador desbancado ya, que es Merlano (...). Qué pasa con ese pelado que tiene 18 años o 19 años, sale, pistola, uniforme, y me dan una moto grande! Y me dan la responsabilidad de la seguridad, y yo pienso que bueno, listo, y me como ese cuento. Y claro, eso influye en el pelado (...)”.

En segundo lugar, porque en ocasiones las retenciones tienen finalidades corruptas. En relación con esto los entrevistados señalaron unánimemente que consideraban que la razón que había impulsado a la policía a retenerlos o demorarlos en un abordaje de rutina había sido que les habían querido pedir dinero. Uno de ellos dijo:

“Los manes paran a los chinos, se los llevan para allá, y siempre es la misma excusa, es que tienen todo un guion (...) es que se lo han hecho a un resto de personas. (...) es que están en un parque de la 164 y están trabándose, y pues andando por ahí y entonces llega la tomba, los requisa, y se los llevan al CAI. Solo con la dosis mínima, y se los llevan al CAI. Y en el CAI les dicen: 'ahh es que por ustedes siempre nos llaman, por los marihuaneros, mire que es que eso no se puede, mire que uno gasta las pastillas de la moto'. Y siempre comienzan a hablar, 'no, que las pastillas de los frenos de la moto, y que los vecinos siempre nos hacen desgastarlas, y que no, que eso sale de nuestro bolsillo, chino, es que ustedes tienen que entender... Déjese ver con \$20.000 y todo bien, acá no pasó nada’”⁵⁶.

Los usuarios entrevistados también señalaron que no en todos los casos de contacto entre agentes de policía y consumidores había corrupción, pero que en aquellos en los que sí había, esta tomaba diferentes formas y dimensiones. Ello depende de factores como la cantidad de dinero que lleve consigo la persona consumidora, su género, e incluso el número de policías presentes y su rango. Por otro lado, en relación con las diferencias en el trato de la policía a usuarios de drogas en razón del género, un entrevistado nos contó la

⁵⁶ Entrevista a Juan. usuario de sustancias psicoactivas, Bogotá, 25 de Julio de 2013.

siguiente experiencia, que muestra que las mujeres consumidoras podrían ser más vulnerables a las solicitudes indebidas de agentes de policía:

“A una exnovia mía, hace como cuatro años, en el parque Tercer Milenio, una tomba le pidió un beso porque le había encontrado una bolsa de perico. Porque la nena sí era muy linda, y la tomba le encontró una bolsa de perico entre los brasieres, y le dijo que tenía que besarla. La nena no quiso besarla y la mandaron para la UPJ. Pero yo fui y la saqué. Pagué 25 mil en la UPJ y la saqué”⁵⁷.

Si bien estos dos últimos aspectos –el maltrato y la corrupción- no son fenómenos que afecten exclusivamente a los consumidores de drogas en su relación con la autoridad policial, sí encuentran en esta relación un terreno fértil. En especial, por la particular tensión que se genera entre la prohibición constitucional, el reconocimiento del consumo como una actividad amparada por derechos y la penalización del porte que supere la DCP.

3.2. Fase investigativa

Cuando la Policía lleva a los usuarios de drogas a las Unidades de Reacción Inmediata de la Fiscalía (URI), lo cual suele ocurrir en casos en los que la cantidad de sustancia excede la DCP, termina la etapa policial y empieza la judicial. En este apartado describimos las particularidades que en la práctica enfrentan los procesos judiciales por el delito de porte de estupefacientes. El énfasis se encuentra en los portes de menores cantidades⁵⁸, pues como hemos dicho antes son estos los que en principio podrían estar más relacionados con el consumo de drogas entendido este como una actividad amparada por derechos.

Este delito es uno de los que más entradas aporta al sistema judicial penal. De acuerdo con las estadísticas de la Fiscalía General de la Nación, las entradas por el delito de

⁵⁷ Entrevista a Ángel, usuario de sustancias psicoactivas de uso controlado. Julio 31 de 2013.

⁵⁸ Por “portes de menores cantidades” se entiende aquí aquellos referidos en el inciso segundo del artículo 376 del CP. Es decir, los que no exceden “de mil (1.000) gramos de marihuana, doscientos (200) gramos de hachís, cien (100) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o veinte (20) gramos de derivados de la amapola, doscientos (200) gramos de droga sintética, sesenta (60) gramos de nitrato de amilo, sesenta (60) gramos de ketamina y GHB”. Los portes de mayores cantidades a la referidas acá no son tomadas en cuenta para el presente análisis debido a que, aunque son temáticas relacionadas, el foco de la problemática es distinto al que se explora en este documento.

estupefacientes representaron un 6% del total de las entradas al sistema en el periodo 2005-2012⁵⁹, ubicándose como el quinto delito con más entradas para ese período⁶⁰.

En la actualidad, la Fiscalía General de la Nación ha adoptado una política de gestión de los procesos (Directiva 01 de 2012) que le permite dar prioridad a ciertos casos (entre los que se encuentran los más graves y los que –como el porte de estupefacientes- afectan más la percepción de seguridad), e identificar patrones de violencia y victimización. Bajo esta consideración los directores seccionales de Fiscalías de las tres ciudades bajo estudio han hecho llamados a la racionalización en los procesos por estupefacientes, enfocándose más en los casos de tráfico de drogas o de portes de mayores cantidades, que sobre los pequeños portes. De igual manera, los funcionarios de la Fiscalía han solicitado a la Policía Nacional alinearse con esta lógica de priorización de los casos más graves.

Sin embargo, la recepción de la idea de darle cabida a la priorización en el procesamiento de los delitos de estupefacientes ha sido muy variada. Todavía hay fiscales que disienten de la idea de la priorización frente a delitos relacionados con estupefacientes, pues tienen una convicción jurídica y moral de que incluso los casos de mínimas cantidades de droga deben ser judicializados. Además, no lo aplican por temor a que con posterioridad puedan llegar a enfrentarse a acciones judiciales por prevaricato.

En algunas ciudades, sin embargo, el criterio parece estar un poco más unificado que en otras. En Cali, por ejemplo, la coordinadora de la URI señala que, de unas 13 capturas que llegan por día a la URI por flagrancias en el porte de estupefacientes, únicamente 1 o 2 terminan siendo procesadas penalmente, pues tienden a archivar o precluir los casos de capturas de simples consumidores o de habitantes de calle para los que no hay indicio de que sean traficantes. En Medellín, en cambio, la situación parece más variada. Mientras que uno de los fiscales URI⁶¹ entrevistados afirmó que suele solicitar la preclusión de las investigaciones cuando se acredita tempranamente la condición de consumidor de

⁵⁹ Este cálculo comprende el periodo entre enero de 2005 hasta mayo de 2012.

⁶⁰ Estas cifras son de la base de datos del Sistema Penal Oral Acusatorio de la Fiscalía General de la Nación, pero los cálculos fueron tomados de: La Rota y Bernal (2014). “Investigación Penal de delitos graves y difíciles. El delito de homicidio en Colombia” En: Persecución de delitos complejos: Experiencias en la investigación criminal. Centro de Estudios de Justicia de las Américas –CEJA- y Canadian International Development Agency. Santiago de Chile. Disponible en línea en: <http://www.cejamericas.org/librodelitoscomplejos/index.html>

⁶¹ Entrevista a “, Fiscal URI , Fiscalía General de la Nación. Medellín, 17 de Junio de 2013.

indiciado, otra fiscal⁶² de esa misma URI considera que esa constatación solo la debe hacer un fiscal radicado, y que por eso ella no debe precluir ni archivar ninguno de los casos por porte de estupefacientes que llegan a su conocimiento.

Esta diversidad de criterios genera cierta inseguridad jurídica en relación con estos procesos, pues frente a casos similares distintos fiscales pueden tomar decisiones diferentes en relación con si se debe continuar o no con la investigación penal. Por eso es importante conocer cuáles son los elementos que de manera general suelen examinar los fiscales URI para decidir si archivan, precluyen o formulan imputación para remitir a los fiscales radicados las investigaciones por este delito. Según los fiscales entrevistados su valoración se basa en dos elementos principalmente:

Por un lado, los resultados de la Prueba de Identificación Preliminar Homologada, que identifica preliminarmente⁶³ el tipo de sustancia encontrada y la cantidad. Una primera razón para terminar la investigación, aunque poco común en la práctica, sería que los resultados de esta prueba señalaran que la sustancia incautada no corresponde a ninguna de las tipificadas en el tipo penal. En los casos en que se sospecha que podría tratarse de un tráfico y no mero porte, los actos urgentes también pueden incluir la realización de entrevistas a policías y personas de la zona en donde se hizo la captura, así como también la revisión de grabaciones de video de lugares públicos. Sin embargo, los fiscales entrevistados señalaron que la mayoría de casos de estupefacientes se tratan de adelantar con base en el supuesto fáctico de que se trató de un porte, pues la prueba del tráfico es mucho más exigente⁶⁴. Esto termina afectando a los usuarios, en especial a quienes portan cantidades superiores a la DCP, con el fin de auto abastecerse.

⁶² Entrevista a , Fiscal URI , Fiscalía General de la Nación. Medellín, 17 de Junio de 2013.

⁶³ Más adelante en el proceso, los resultados de la Prueba de Identificación Preliminar Homologada deben ser confirmados por un dictamen pericial que indique con certeza de qué sustancia se trata.

⁶⁴ En relación con cómo se prueba en los procesos penales la conducta de tráfico de drogas y no mero porte, el fiscal coordinador de la unidad de delitos contra la seguridad pública de Bogotá señala: “¿Qué es lo que se hace? Estos son prueba indiciaria, indicios por denominación de dinero, forma de empaque y cantidad de empaque, para ver si sí existe narcotráfico o no, o venta, pero yo no puedo tomar dentro del punto de vista de una valoración probatoria que porque esté en una sola cantidad o en un solo recipiente, se excluya per sé del tráfico. No, tampoco (...)”. La prueba única prueba que demostraría inequívocamente que se trata de un caso de tráfico sería la que demostrara que hubo el intercambio entre la sustancia y dinero entre un par de personas. Entrevista a Fiscal con funciones de coordinación de la Unidad de Delitos contra la Seguridad Pública. Bogotá. Agosto 5 de 2013.

Por otro lado, en las URI los fiscales pueden evaluar si el indiciado es o no un usuario con consumos problemáticos que involucran dependencia y si se encuentra en situación de marginalidad. Esta evidencia es de gran importancia en los momentos iniciales de la investigación, pues a partir de este hecho es que algunos fiscales URI deciden terminar las investigaciones por porte de estupefacientes al entender la “adicción” como un indicador de que la sustancia portada era para consumo y no para la distribución⁶⁵; en consecuencia, reconocen un espacio para la aplicación de la tesis de la dosis de aprovisionamiento. Sin embargo, este criterio no es generalizado entre los fiscales.

En cambio, parece haber un relativo consenso entre los fiscales URI de las tres ciudades en que si la sustancia supera ampliamente la DCP, se debe imputar para iniciar formalmente el proceso y que el caso llegue a ser conocido por el fiscal radicado. A pesar de ello, no existe un acuerdo claramente definido acerca de qué cantidad puede considerarse que supera *leve* o *ampliamente* la DCP, pero como se ve, esta definición de criterios resulta decisiva en los procesos por delitos de drogas.

Así las cosas, a pesar de existir criterios distintos entre los fiscales URI a la hora de archivar o solicitar la preclusión de los delitos de estupefacientes, las URI juegan un papel de filtro muy importante en la judicialización de este delito. En particular, porque es allí donde se determina, en muchas ocasiones, si un consumidor de sustancias psicoactivas es procesado penalmente por porte de estupefacientes o no.

3.3. El juicio por tráfico, fabricación y porte de estupefacientes

Según las entrevistas realizadas a fiscales radicados y a jueces de circuito, el perfil más común entre las personas a las que finalmente se les adelanta el proceso penal por el delito de tráfico, fabricación o porte de estupefacientes cumple con las siguientes cuatro características: 1. Que se trata de personas con difícil situación socioeconómica, muchas veces incluso habitantes de calle, en su mayoría hombres⁶⁶. 2. Que normalmente son procesadas por porte de estupefacientes, más escasamente por tráfico. 3. Que las sustancias

⁶⁵ Entrevista a Fiscal con funciones de coordinación de la URI de Cali, Fiscalía General de la Nación. Cali, 21 de Junio de 2013.

⁶⁶ Aunque también llegan al proceso penal personas con otras características, como mujeres o personas con mejores condiciones socioeconómicas, el perfil mencionado parece ser el que representa al grueso de los procesados por el delito de tráfico, fabricación y porte de estupefacientes.

que portaban suelen ser marihuana y basuco, que como se mencionó antes son tal vez las drogas más asequibles en términos económicos. Y 4. Que las cantidades que les encuentran no superan normalmente las 5 o 6 dosis personales⁶⁷ (es decir, que el máximo que suelen alcanzar es de aproximadamente 120 gramos de marihuana o 6 gramos de basuco).

En los casos en los que se establece de forma relativamente clara que se trata de un expendedor, y en especial cuando se sabe que el expendio ocurría cerca a zonas escolares o de acceso a menores de edad, se suele solicitar la imposición de la prisión preventiva. Además, según las audiencias que presenciamos y los jueces entrevistados, es frecuente que los procesos por tráfico, fabricación o porte de estupefacientes se adelanten sin la presencia del procesado.

En relación con el debate probatorio que tiene lugar en este proceso, una vez más se acude a la Prueba de Identificación Preliminar Homologada para confirmar el tipo y la cantidad de sustancia involucrada. Frente a la prueba de la finalidad, identificamos a través de las entrevistas que tanto los jueces como los fiscales de las tres ciudades sostienen una idea generalizada de que la droga es para consumo cuando es un consumidor con problemas de adicción el que la porta. Por esa razón, una parte importante de la estrategia de defensa consiste en tratar de demostrar que el procesado tiene problemas de dependencia a las drogas⁶⁸.

Llama la atención en este punto el hecho de que los funcionarios judiciales equiparen la “calidad de adicto” con el “portar con la intención de consumo”. Consideramos que se trata de una práctica judicial inconstitucional, pues en los casos en que la cantidad de droga portada supera los límites de la dosis personal y de la dosis de aprovisionamiento, la responsabilidad del sindicado es objetiva. Es decir que, no es ya el Estado quien prueba que la conducta sea culpable –demostrando una conducta dolosa con finalidad de tráfico-, sino

⁶⁷ Por supuesto hay casos de incautaciones mayores que las mencionadas; sin embargo, cuando la cantidad de droga supera el límite determinado legalmente (que supone incautaciones mayores) el conocimiento del caso ya no es de competencia de los jueces de circuito (que son los que estamos analizando), sino de los especializados. Así mismo, ya no son fiscales de las Unidad de delitos contra la seguridad pública, sino de fiscales ante jueces especializados.

⁶⁸ Mientras que para algunos funcionarios basta con la apariencia del procesado o las declaraciones de su familia para entender probada la adicción, para otros es necesario también que se practique una prueba pericial por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que dé cuenta de si se trata o no de un consumidor problemático dependiente y de la gravedad de su dependencia.

que es el procesado quien debe probar su inocencia –declarándose “adicto”. En pocas palabras, el porte para consumo personal está penalizado en Colombia cuando las cantidades de la sustancia superan los límites de la dosis legalmente permitida. Además, ello supone una restricción –no impuesta por las altas Cortes- al reconocimiento de otros consumos –los no problemáticos- como legales. En esa medida tendría razón uno de los usuarios de drogas entrevistados al afirmar que “(...) *para ejercer un derecho ciudadano hay que declararse adicto*”⁶⁹.

Finalmente, encontramos nuevamente que no hay criterios unificados para determinar cuándo se está ante un caso de tráfico y cuándo frente a uno de porte. Frente a los primeros, se mencionaron como indicios los siguientes: : a. Que se le hubiera encontrado al procesado mucho dinero en moneda de baja denominación al momento de la captura, b. Que la droga estuviera empacada como para ser distribuida, c. Que en el lugar de la captura se hubieran encontrado balanzas o máquinas para armar cigarrillos, d. Que el procesado hubiera sido capturado en una zona de alta circulación, donde parezca más probable el expendio que el consumo, e. Que cantidad de droga portada sea tan alta, que haga parecer poco probable que su destinación sea el propio consumo, entre otros.

Frente a los casos de porte, no hay acuerdo entre los jueces sobre las cantidades que constituyen *dosis de aprovisionamiento*. Así, por ejemplo, mientras que una juez⁷⁰ afirmó que en su despacho consideraban que exceder *levemente* la dosis personal podía incluir portes de aproximadamente hasta cinco veces la dosis personal, otro juez consideró que por *levemente* únicamente permitía pensar en portes que por mucho doblaran la DCP⁷¹. En consecuencia, no solo es difícil la identificación del uso que pensaba dársele a la droga (uso personal o expendio), sino que resulta casi imposible obtener elementos que permitan valorar si la conducta representaba efectivamente una amenaza para el bien jurídico o no.

4. La rehabilitación y los usos problemáticos

En esta sección nos preguntamos por cuál es la respuesta estatal que existe actualmente en materia de salud para atender el consumo problemático dependiente de drogas de uso

⁶⁹ Entrevista a Juan. Usuario de sustancias psicoactivas. Bogotá. 25 de julio de 2013.

⁷⁰ Entrevista a Juez penal del circuito de Cali. Rama Judicial. Cali. 20 de Junio de 2013.

⁷¹ Entrevista a Juez penal del circuito de Medellín. Rama Judicial. Medellín. Junio 17 de 2013

ilícito. Lo que exploramos específicamente es cuál es el tipo de oferta que existe en materia de rehabilitación⁷²; cuáles son los enfoques principales desde los cuales se articula esa oferta; y qué pueden esperar los usuarios que buscan acceder a la misma. Enfatizamos en estos servicios, ya que sin una actitud activa tanto en la oferta, como en la vigilancia y control por parte del Estado, los centros de rehabilitación pueden convertirse en espacios de vulneración de derechos humanos para los consumidores de drogas⁷³.

El presupuesto normativo del cual parte este análisis es que el Estado colombiano, en virtud de sus obligaciones en materia de salud, debe garantizar que exista una oferta suficientemente amplia de servicios de salud de buena calidad, destinada a evitar que el consumo de drogas de uso ilícito genere daños desproporcionados en la salud de los usuarios. Desde esta perspectiva surge la necesidad de valorar la respuesta estatal a partir del respeto y la garantía de los derechos de quienes usan estupefacientes controlados, y en particular de su derecho a la salud. El contenido de este derecho lo entendemos compuesto por los cuatro elementos identificados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁷⁴.

A continuación, explicamos cómo funciona la prestación de servicios de rehabilitación para usuarios con consumos problemáticos de sustancias controladas, a partir de tres elementos esenciales: i) la disponibilidad de servicios, ii) el acceso efectivo a dichos servicios, y iii) el control estatal y la calidad de los mismos.

⁷² Reconocemos la importancia que tienen para la política colombiana de reducción del consumo de drogas, las políticas públicas desarrolladas en el ámbito de la prevención y la reducción de riesgos y daños. Una identificación de dichas medidas puede encontrarse en Uprimny et. Al. (2014). Sin embargo, no las estudiamos en esta oportunidad porque consideramos que el escenario de rehabilitación es mucho más cercano a la violación de derechos humanos. En todo caso, esperamos hacerlo en otra oportunidad.

⁷³ Así lo ha reportado el Relator Especial sobre la tortura de las Naciones Unidas (United Nations Human Rights Council, 2013: 9-10, párrs40-44) al identificar los tratamientos compulsivos como actos crueles e inhumanos.

⁷⁴ Según el Comité, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud abarca cuatro elementos esenciales: 1) la *disponibilidad* de servicios de salud, que genera la obligación estatal de “contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención en salud, así como de programas”; 2) la *accesibilidad* a servicios de salud, que implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado; 3) la *aceptabilidad* de servicios de salud, que implica que “(t)odos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; y 4) la *calidad* de los servicios de salud, que exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. (Naciones Unidas. Documento E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000.).

4.1. *La disponibilidad real de servicios de rehabilitación*

La oferta de servicios de rehabilitación para superar consumos problemáticos dependientes de drogas se caracteriza, en primer lugar, por estar concentrada en las grandes ciudades. Según el informe del Ministerio de Protección Social, en 2004 tan solo en 84 de los más de mil municipios colombianos funcionaba al menos un centro de rehabilitación. En 2013, según el registro de prestadores de servicios de salud, los servicios para atender el consumo de drogas están presentes en 25 de los 32 Departamentos del país, y de estos en siete no hay ningún tipo de oferta de carácter público. Además, la gran mayoría de centros de tratamiento se concentra en las ciudades capitales⁷⁵ y en 10 de esos 25 Departamentos la oferta de servicios se concentra exclusivamente en sus capitales.

En segundo lugar, la disponibilidad de estos servicios se caracteriza por ser mayoritariamente de carácter privado. En 2004, según el Ministerio de Protección Social, el 82.3 % de los centros de rehabilitación que operaban en el país eran de carácter privado, el 13.4% era público y un 4% de naturaleza jurídica mixta. De acuerdo con el registro de prestadores de servicios de salud, a 2013 tan solo el 13 % de la oferta de servicios de Farmacodependencia⁷⁶, el 7 % de los CAD ambulatorios y el 5 % de los CAD residenciales en el país eran de carácter público. Sería posible argumentar que la escasa cantidad de centros de rehabilitación de carácter público podría compensarse con su capacidad de atención. Sin embargo, los CAD públicos no parecen contar con una capacidad instalada considerablemente superior a la de los privados. Por ejemplo, el centro de atención del Hospital Santa Clara de Bogotá cuenta con una capacidad para atender 32 personas, mientras que en los centros privados entrevistados en la misma ciudad atienden entre 30 y 50 usuarios aproximadamente. La excepción destacable es el caso de la Empresa Social del Estado Hospital Carisma, de Medellín, que atiende un total de 140 personas.

⁷⁵ Por ejemplo, en Cundinamarca se ofertan 115 servicios relacionados con el consumo de drogas, sin embargo, pese a contar con 116 municipios, tan solo en la ciudad de Bogotá se concentran 90 de dichos servicios. En Antioquia la concentración es menos evidente, pues de los 46 servicios ofertados en 2013 solo 18 se ubican en la ciudad de Medellín. Estos dos departamentos, junto con el Valle del Cauca, cuentan con el mayor número de servicios de salud relacionados con consumo de drogas ofertado.

⁷⁶ Los servicios de farmacodependencia son entendidos en la ley colombiana como servicios clínicos en la modalidad hospitalaria, dedicados al tratamiento y la rehabilitación de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren atención médica.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, el escaso número de centros de carácter público podría deberse a la ausencia de políticas encaminadas a fortalecer este tipo de oferta. El director del Centro de Atención en Drogadicción del Hospital Santa Clara de Bogotá indicó que el único esfuerzo institucional a nivel nacional realizado para ampliar la oferta pública de centros de tratamiento, tuvo lugar en 1998 a través de la política de salud mental, que creó lo que en ese momento se llamaron las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas Unidades, y que posteriormente se llamarían CAD, que eran centros de rehabilitación habilitados legalmente. Aunque esta política estaba dirigida también a instituciones privadas, ninguna de ellas mostró interés en cumplir con los requisitos exigidos legalmente y, en consecuencia, únicamente surgieron 15 de dichas Unidades, de carácter público y ubicadas en 15 de los 32 departamentos del país⁷⁷.

En tercer lugar, debido a que los requisitos para la habilitación legal de los CAD no prefieren ni excluyen ningún modelo de intervención en particular, la oferta de servicios de rehabilitación se caracteriza, en tercer lugar, por su variedad de enfoques. Evidencia de ello es que el Ministerio de la Protección Social (2004) encontrara que el 27.4% de estos centros se identificaran como religiosos, el 61.8% como laicos y el 10.8% como mixtos. De igual manera, de las entrevistas realizadas en centros de tratamiento, encontramos una gran variedad de modelos de intervención que van desde el clínico integral, hasta modelos basados en la cienciaología, pasando por comunidades terapéuticas, teoterapia, y otros modelos alternativos.

Por último, la cuarta característica de la disponibilidad real de los servicios de rehabilitación, es que de conformidad con la percepción de los entrevistados, la mayoría de los CAD que operan en el país no se encuentran habilitados legalmente para prestar servicios de rehabilitación a consumidores de drogas. Algunos entrevistados afirmaron por ejemplo, a partir de su experiencia y conocimiento en el medio, que el 80 % de los CAD en Antioquia no se encuentran avalados legalmente⁷⁸, que 180 de los 201 centros que operan

⁷⁷ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 13. Bogotá, 30 de Julio de 2013.

⁷⁸ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 2., Medellín, 17 de Junio de 2013.

en el Valle del Cauca no están habilitados⁷⁹ y que tan solo el 25 % de los CAD en Colombia han cumplido con el proceso de habilitación⁸⁰.

4.2. El control estatal y la calidad de los servicios de rehabilitación ofertados

Estas amplias dimensiones del subregistro de centros de rehabilitación son producto de los problemas institucionales que afronta el Estado al momento de controlar y vigilar la prestación de este servicio de salud. Según las funcionarias de entidades de salud entrevistadas, esto ocurre por i) la falta de una coordinación institucional efectiva entre las entidades de salud municipales y las distritales⁸¹, ii) la falta de capacidad institucional suficiente para realizar búsquedas activas de centros no habilitados, iii) debido a que algunos de los centros ilegales operan en zonas rurales y lejanas, la posibilidad de visitarlos es mucho más complicada, y iv) la dificultad de clausurar los centros no habilitados es que no se sabe qué hacer con los pacientes que allí se atienden⁸².

Esta situación genera un escenario de vulnerabilidad para los usuarios de drogas que dejan su integridad física y psicológica en manos de personas que podrían no estar capacitadas para prestar una buena atención en salud. Al respecto, los entrevistados⁸³ mencionaron

⁷⁹ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 5., Cali, 20 de Junio de 2013.

⁸⁰ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 13., Bogotá, 30 Julio 2013. Estas cifras no necesariamente están respaldadas en estudios. Son cálculos que realizan los entrevistados a partir de su propia percepción, según su experiencia en el medio y teniendo en cuenta diferentes eventos en los que han participado.

⁸¹ Esta falta de coordinación resulta particularmente problemática porque, mientras las entidades de salud departamentales se ocupan de vigilar y controlar que los CAD cumplan los requisitos legales de habilitación, las entidades de salud municipales se ocupan de identificar y reportar los centros de rehabilitación clandestinos. Así lo indica el artículo 16 del Decreto 1011 de 2006: las entidades municipales en salud, deben “realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación”

⁸² Por su parte, cuatro directores de centros de tratamiento indicaron que la evidente debilidad del sistema estatal de control y vigilancia sobre los CAD es que se enfoca en los centros de rehabilitación que ya han cumplido el procedimiento de habilitación y no en aquellos que no lo han hecho. Es decir, las Secretarías de Salud parecen dejar de lado aquellos centros que operan sin ningún permiso legal, pues no realizan búsquedas activas de estos casos y, al contrario, centran todos sus esfuerzos en verificar los requisitos de funcionamiento de los prestadores que ya se encuentran habilitados.

⁸³ De igual manera, los medios de comunicación han informado de casos de violaciones de derechos humanos ocurridas en centros de tratamiento. Por ejemplo, en 2011, 14 personas denunciaron a la directora de la Fundación Conciencia y Cambio de Bogotá por los delitos de homicidio agravado, tortura y acto sexual violento. Estos pacientes afirmaban haber sido sometidos a diferentes maltratos y abusos en medio de sus tratamientos para superar su adicción a sustancias psicoactivas controladas. (Ver noticia en Caracol Radio.

haber tenido conocimiento de agresiones y abusos ocurridos en estos centros, como terapias de choque, casos de violación sexual en centros que operan en Bogotá, y amarrar a los pacientes a palos de madera durante varios días bajo los rayos del sol de Valledupar. Estos casos, aunque no pueda afirmarse que son generalizados o exclusivos de ese tipo de centros de rehabilitación, deberían llamar la atención del Estado sobre la necesidad de fortalecer las políticas de control respecto de estos servicios de salud.

Además, el Estado tiene también el deber de garantizar que todos los programas de rehabilitación se lleven a cabo de manera voluntaria. Al respecto, todos los CAD entrevistados indicaron que para iniciar el proceso se debe contar con la firma de un consentimiento informado de parte del paciente. Sin embargo, en la gran mayoría de los lugares estudiados se indicó que en un alto porcentaje los usuarios acudan por presiones laborales, escolares o principalmente familiares. Y aunque dicha presión sea altruista en la mayoría de casos, su exceso puede convertirse en factor anulador de la voluntad del consumidor de sustancias, degenerando la intervención en una forma de tratamiento compulsivo.

Así fue identificado por uno de los usuarios de drogas de uso ilícito entrevistados. Juan, un consumidor habitual de marihuana que es profesional y tiene un trabajo estable, nos relató la experiencia de dos personas cercanas a él que fueron forzadas por sus familias a someterse a programas de rehabilitación sin su consentimiento: Por un lado, un caso de un menor de 17 años que terminaba su bachillerato cuando su madre decidió internarlo durante dos años en un CAD por haber consumido marihuana; y por otro lado, una estudiante universitaria de 23 años y de excelente rendimiento académico que fue obligada por su padre a someterse a un tratamiento de rehabilitación durante un semestre tras haber encontrado en su maleta un cigarrillo de marihuana. En el primer caso la persona continuó consumiendo marihuana sin dejar de ser funcional. En el segundo, se generó un fuerte impacto psicológico en la usuaria respecto de su padre.

“Acusados los presuntos responsables de torturar y de abusar pacientes en una clínica de rehabilitación”. Enero 17 de 2011. Disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/bogota/acusados-los-presuntos-responsables-de-torturar-y-de-abusar-pacientes-en-una-clinica-de-rehabilitacion/20110117/nota/1412233.aspx>.

El testimonio de Juan sugiere no solo que la presión familiar excesiva sobre la persona que consume sustancias controladas puede llevar a la práctica de tratamientos forzados, sino que advierte también un problema correlativo: la oferta de servicios de rehabilitación que no diferencian entre tipos de consumo. En Colombia no son pocos los centros de tratamiento que ofrecen sus servicios a usuarios que no presentan un consumo dependiente o abusivo de drogas. De hecho, según el Ministerio de Protección Social, en 2004, 39% de los centros de rehabilitación en Colombia indicaron ofrecer servicios para consumos experimentales, lo que desvirtúa el consumo libre de drogas en mayores de edad como expresión del libre desarrollo de la personalidad, y termina convirtiéndose en un abuso de la rehabilitación.

Por su parte, atendiendo al problema de los programas de rehabilitación por presión familiar, la mayoría de los CAD entrevistados indicó que en los casos en los que los pacientes son presionados externamente, acuden a terapias de motivación que permitan fortalecer las razones personales reales que puede tener para someterse a un programa de rehabilitación. Sin embargo, como caso excepcional, una comunidad terapéutica aceptó haber realizado tratamientos compulsivos:

“Luego nos pasamos al Campín, donde duramos siete años. Nos volvimos más terapéuticos en ese proceso. Entonces hacíamos terapia de choque, muy fuerte, en donde uno estaba atacando al joven en todo momento en todo lugar. Hicimos forzados también, en donde me llamaba el familiar, me decía en qué parte de Bogotá se encontraba el muchacho y yo me iba con otros dos, lo traíamos amarrado a las buenas, a las malas, eso se llama tratamientos forzados. Que en Bogotá hay varias fundaciones que funcionan así. Entonces teníamos amarrado a uno en el lavadero, otro en el segundo piso, otro en la cama. Pero de esos jóvenes ninguno se recuperó. (...) Ya no somos una fundación de choque porque se recuperó uno que otro pero salían más heridos, más lastimados, heridos con la familia, odiando a la familia, peleados con la Fundación (...), entonces aprendimos que el primer requisito es que el joven venga voluntariamente.”⁸⁴

⁸⁴ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 11., Bogotá, 23 de Julio de 2013.

Desafortunadamente, en Colombia no existen estudios ni datos que permitan conocer qué tan frecuentes son este tipo de prácticas compulsivas. En todo caso, los reportes que se conocen deberían ser suficientes para que la política del Estado incluya medidas destinadas a fortalecer la idea de auto determinación en el consumo, y a garantizar la voluntariedad en la rehabilitación por medio de un fuerte sistema de control y vigilancia sobre los centros de atención.

4.3.El acceso efectivo al servicio de rehabilitación

Uno de los requisitos más importantes para ingresar a rehabilitación es la tarifa económica que se debe cancelar. Aunque exista una gran variedad de precios en la oferta de estos servicios (pues hay CAD que pueden incluso condonar el pago pero hay otros que pueden cobrar cinco millones de pesos mensuales -aprox. USD \$ 2.600- por mes), lo cierto es que tras la Ley 1566 de 2012, la barrera económica para acceder a servicios de rehabilitación debería desaparecer, pues los costos pasan a ser asumidos por el sistema de salud.

Sin embargo, algunas EPS todavía se resisten a cubrir programas de rehabilitación que pueden ser largos y costosos, obligando a los usuarios a interponer acciones de tutela para amparar sus derechos. Por ejemplo, un relato de un CAD de Cali indicó que una barrera importante es que algunas de estas entidades de salud no les pagan el tiempo completo que duran los programas de intervención o pagan únicamente por tres meses vencidos, lo cual resulta financieramente costoso para los centros de rehabilitación que suelen ser fundaciones sin ánimo de lucro. Adicionalmente, varios centros de rehabilitación entrevistados indicaron que los trámites administrativos que debe diligenciar el usuario para acceder al programa de rehabilitación son desgastantes, por lo que en muchas ocasiones prefieren asumir ellos mismos los costos de la intervención e intentar posteriormente pedir reembolso a sus EPS⁸⁵.

Esta resistencia de algunas EPS a pagar los servicios de rehabilitación puede llevar a que la elección del usuario sobre el centro de atención deje de ser libre. El consentimiento queda

⁸⁵ En un CAD de Bogotá, su director ejecutivo nos hizo saber que en más de diez años de funcionamiento, tan solo han recibido un paciente remitido por una EPS. Ese caso fue particular porque la familia del usuario realizó todos los trámites legales requeridos por la entidad y, finalmente, por vía de tutela logró que cubrieran el servicio de rehabilitación.

condicionado a la capacidad socioeconómica y ello puede llevar a que se vean obligados a acceder a servicios de rehabilitación de baja calidad y con mayores probabilidades de afectación de su integridad y sus derechos. Es necesario entonces que los entes de control en el ámbito de la salud sancionen las técnicas utilizadas por algunas EPS para rechazar la prestación de este tipo de servicios, y que las entidades de salud promuevan el cumplimiento estricto de la Ley 1566 de 2012.

Un segundo problema del acceso a servicios de rehabilitación es la escasa oferta para mujeres. Aunque la demanda efectiva de servicios de rehabilitación por parte de mujeres consumidoras de drogas (17 %) es significativamente menor que la de los hombres (82.2 %, con datos del Ministerio de Protección Social, 2004), en la investigación encontramos indicios de que la oferta de servicios para las mujeres tiende a ser muy limitada. En cuatro de los CAD entrevistados, incluyendo el Hospital Santa Clara de Bogotá, no admiten mujeres como usuarias de los servicios de rehabilitación que ofrecen por varias razones como los costos de tener cuartos separados de hombres y de mujeres, la “falta de recurso humano femenino” y “temas de afectividad entre los mismos pacientes”⁸⁶.

Lo problemático resulta en que, como indicaron varios entrevistados, ha habido un aumento de la demanda por parte de mujeres, y estas suelen enfrentar situaciones de exclusión y estigma diferenciados e incluso desproporcionados en relación con los hombres. Por ejemplo, según una entrevistada de una reconocida fundación de Bogotá, hay razones culturales que hacen que el proceso de reconocimiento del consumo por parte de las familias sea más complejo frente a las mujeres, pues son asociadas a la figura de madre transmisora de valores y eso lleva a que sus redes de apoyo familiar sean mucho más débiles que las que tienen los hombres⁸⁷. De igual manera, la misma entrevistada indicó que muchas pacientes deben afrontar solas difíciles procesos administrativos para recuperar la custodia de sus hijos que les fue arrebatada con motivo de sus consumos problemáticos dependientes, lo que confirma que se trata de una población de gran vulnerabilidad y con barreras para terminar adecuadamente un programa de rehabilitación.

⁸⁶ Las frases entre comillas corresponden a la entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 12., Bogotá, 29 de Julio 2013.

⁸⁷ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 10., Bogotá. 23 de Julio de 2013.

Sin embargo el análisis de esas barreras permite concluir que, en primer lugar, no existen sobrecostos propios de la atención o rehabilitación de usuarias de drogas, pues la destinación de una habitación para mujeres no genera costos adicionales a destinar otra solo para hombres. Es decir, a pesar de que son costos semejantes para hombres o mujeres, los CAD prefieren adecuar su oferta de servicios a la mayoritaria demanda masculina. Por esta razón, es necesario que el Estado asegure la disponibilidad de servicios de rehabilitación para mujeres, independientemente de las dinámicas del mercado. En segundo lugar, la ausencia de redes de apoyo para mujeres con consumos dependientes o abusivos es la reproducción de un estereotipo de género excluyente según el cual el consumo aleja a la mujer del rol familiar que culturalmente le ha sido asignado. En tercer lugar, la mujer puede afrontar al menos dos tipos de necesidades particulares: i) aquellas que surgen por el hecho de ser mujer, como encontrarse embarazada o estar en periodo de lactancia. Cuando el servicio de rehabilitación es negado por estas razones, estamos en presencia de una forma de discriminación contra la mujer por el hecho de ser mujer. Y ii), las necesidades de tipo social o legal como la pérdida de custodia de sus hijos. Esto último, aunque ocurre también a los hombres, puede tener efectos diferenciados en las mujeres, debido a los roles tradicionales de cuidado que suelen desempeñar y el tipo de relación que establecen con sus hijos e hijas en virtud de ellos. La negación de la atención por estas razones configura una discriminación contra la mujer por los estereotipos culturales socialmente construidos sobre ella.

Finalmente, según la información recolectada, el acceso a servicios de rehabilitación parece ser más difícil para algunos sectores de la población especialmente vulnerables. En primer lugar, según el psiquiatra coordinador del CAD del Hospital Santa Clara, en Bogotá no hay una ruta institucional adecuada para atender habitantes de calle. Esto ocurre porque para acceder a los servicios de salud públicos de la red distrital hospitalaria, los pacientes requieren contar con la documentación y el registro necesarios para poder ingresar al sistema de salud. Sin embargo, muchos de los habitantes de calle remitidos de los CAMAD no tienen ni siquiera un documento de identificación, por lo que terminan siendo remitidos

a centros privados, evidenciando la falta de coordinación entre las entidades del sector salud y las del sector de integración social⁸⁸.

En segundo lugar, encontramos que existen restricciones institucionales para atender personas con VIH, pues en cuatro de los quince CAD analizados se prohíbe explícitamente la atención de una persona infectada con este virus. Las razones expresadas fueron los mayores costos económicos, y el rechazo de la persona con VIH por parte de los demás pacientes. En estos casos, el Estado estaría llamado a desarrollar una oferta de servicios de rehabilitación para estos pacientes, que lejos de excluirlos contribuya a la garantía integral de su derecho a la salud.

Y en tercer lugar, identificamos también prácticas de exclusión en razón de la orientación sexual de la persona. Por ejemplo, la misma comunidad terapéutica de Bogotá que reconoció haber realizado tratamientos compulsivos, reportó que ha expulsado pacientes por el hecho de ser homosexuales. Así lo hizo saber su director:

“Me llegó un señor normal, pero empezaron a pasar los días y empezamos a darnos cuenta. Le dije no, usted no puede estar acá, ellos duermen acá. Imagínese, nosotros con menores de edad, entonces yo tomé la decisión de que no era sabio tenerlo. No porque tenga algo contra los homosexuales, sino porque las personas que tienen problemas con adicción son débiles en su carácter, entonces es muy complicado ahí.”⁸⁹

La información recogida permite identificar que las políticas de exclusión de estas poblaciones obedecen a razones de orden económico o a estereotipos discriminatorios. Las mujeres, los habitantes de calle, las personas con VIH y los homosexuales que consumen drogas de uso ilícito, parecen ser quienes sufren una situación de mayor vulnerabilidad frente al acceso a programas de rehabilitación.

Luego de haber retratado en líneas generales la oferta de servicios de salud dirigidos a usuarios de drogas ilícitas en la práctica, es posible concluir que esta se caracteriza por ser 1) mayoritariamente privada, 2) clandestina y expuesta a violaciones de derechos humanos,

⁸⁸ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 13., Bogotá, 30 Julio 2013.

⁸⁹ Entrevista en Centros de Atención en Drogadicción No. 11., Bogotá, 23 de Julio de 2013.

3) concentrada geográficamente en las grandes ciudades y 4) excluyente de grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad como las mujeres, los habitantes de calles, las personas con enfermedades infectocontagiosas y personas con orientación sexual diversa.

Además, el cubrimiento de estos servicios por parte del sistema de salud ordenado por la Ley 1566 de 2012 aun no es claro, pues los trámites administrativos para reclamar este derecho parecen ser muy desgastantes, y en esa medida pueden disuadir al usuario problemático dependiente de someterse a estas intervenciones médicas y terapéuticas. De otra parte, en Colombia existe un control limitado de los Centros de Atención, que se ve reflejado en la prevalencia de los centros clandestinos y la falta de capacidad institucional para clausurar los centros clandestinos, lo cual abre las puertas a abusos y violaciones de derechos en nombre de servicios de rehabilitación.

5. Conclusiones generales y recomendaciones.

En los últimos años Colombia ha experimentado cambios significativos a nivel normativo y de políticas públicas en la forma como se concibe el consumo de drogas ilícitas, pasando de un enfoque eminentemente represivo, a uno que lo concibe como un asunto de salud pública y derechos. En especial, a partir de la década del 90, con la despenalización del consumo de dosis personal (Sentencia C-221 de 1994), se ha venido reconociendo en el país que el uso de drogas de uso ilícito por parte de adultos no puede ser penalizada en un Estado Social y Democrático de Derecho como el colombiano. Así, en la actualidad, el consumo no se encuentra penalizado, a pesar de que existe una disposición constitucional que lo prohíbe (artículo 49 Constitución Política). Además, el Estado tiene obligaciones en relación con el consumo y frente a los usuarios de drogas de uso ilícito, tanto en materia de prevención, como de salud. Estas obligaciones se han ido haciendo progresivamente más fuertes, incluso con la reforma del artículo 49 de la Constitución, pues con ella se consagró que los usuarios tienen derecho a ser atendidos en salud y que cualquier intervención médica o terapéutica debe ser voluntaria.

Este giro ha estado acompañado también por la adopción de políticas públicas que conciben el consumo como un tema de salud pública. Así, la política de 2007 incorpora componentes que permiten generar una respuesta cercana a un enfoque de derechos humanos. No

obstante, sigue teniendo algunas limitaciones, en especial en materia de implementación. Un factor importante en este sentido es que el componente de control de la demanda, dentro del cual se incluye la prevención, las acciones de mitigación, reducción de daños, tratamiento y rehabilitación, recibe el porcentaje más bajo del presupuesto del Estado destinado a las políticas de drogas.

A pesar de estos avances, la respuesta estatal frente a los consumidores sigue teniendo problemas tanto a nivel normativo como de diseño de políticas. A nivel normativo, por ejemplo, los tipos penales existentes permiten que un consumidor sea penalizado por el simple hecho de portar una cantidad mayor a la dosis personal. Esto se debe a que la consagración normativa del tipo penal de tráfico de drogas incluye, entre múltiples verbos rectores, el porte, y le otorga las mismas penas que a la distribución y tráfico. Además, en cuanto al diseño de las políticas, hay algunos aspectos que limitan el alcance de las mismas. Así, por ejemplo, no distinguen entre diferentes tipos de consumo, tienen un enfoque de prevención centrado en alertar sobre los riesgos de las sustancias y no en la reducción de los mismos, y no contemplan mecanismos de control de la calidad de los servicios de rehabilitación brindados por los centros privados de atención a usuarios.

En la práctica estas limitaciones generan problemas para los consumidores, que amenazan con limitar seriamente sus derechos. En materia judicial, aunque el consumo no está penalizado, los usuarios pueden ser criminalizados y recibir penas altas por el simple hecho de portar. La criminalización de los usuarios de drogas de uso ilícito está asociada también a la forma como es interpretado el marco normativo por los funcionarios encargados de aplicarlo, y en especial por la Policía y la Fiscalía, quienes aplican criterios propios y no estandarizados al momento de diferenciar a los consumidores de los traficantes, lo que genera un grave problema de inseguridad jurídica en perjuicio de quienes usan sustancias. Además, incluso si no son criminalizados, pueden ser detenidos por la policía, lo cual se ha prestado en algunos casos para abusos y ha generado espacios para la corrupción. La política de la policía en este tema es fundamentalmente eficientista al establecer objetivos que generan un incentivo perverso que contribuye a que los patrulleros persigan a los consumidores para quitarles la sustancia, incluso si es inferior a la dosis personal. Además,

convierte a los usuarios en blanco de capturas, y esto en ocasiones genera vulneraciones a sus derechos humanos.

En materia de salud los consumidores también enfrentan situaciones que amenazan sus derechos. En efecto, aunque el ordenamiento jurídico colombiano ha reconocido que los usuarios de drogas de uso ilícito son titulares de derechos, que incluye el acceso a servicios de atención, tratamiento y rehabilitación voluntarios, y que existe una política nacional frente al consumo que incorpora componentes fundamentales para hacerlos efectivos, la oferta real en materia de rehabilitación enfrenta múltiples limitaciones. Así, por ejemplo, está fuertemente concentrada en las grandes ciudades y hay un enorme sub registro, que permite que existan múltiples centros clandestinos que escapan por completo al control del Estado. Además, incluso aquellos que están registrados oficialmente reciben un control precario por parte de la institucionalidad oficial. En efecto, la acreditación de los centros de atención es brindada por el Ministerio y las instituciones competentes cuando se comprueba el cumplimiento de requisitos formales básicos, pero no se toma en cuenta la calidad del servicio efectivamente prestado y de la atención recibida por parte de los usuarios. De esta forma, aunque está de por medio el derecho a la salud de los consumidores de drogas de uso ilícito, no hay garantías plenas para el cumplimiento efectivo de todos los componentes del derecho, en especial en lo que tiene que ver con disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Así las cosas, hemos podido evidenciar que la respuesta estatal en Colombia al consumo de drogas sigue enfrentando problemas tanto a nivel normativo, como a nivel práctico. Por esta razón, recomendamos al Gobierno Nacional aumentar los recursos presupuestales dirigidos a la reducción del consumo de drogas e invertir en la pronta actualización de los estudios sobre la situación nacional del uso de drogas y el funcionamiento de los centros de rehabilitación. De esta manera se logrará aumentar la capacidad de atención en salud a los usuarios de drogas, y se contará con información de primera mano para tomar decisiones de política pública en la materia.

De igual manera, en el ámbito de la salud es necesario que el Ministerio de Salud asuma los servicios de rehabilitación como un asunto prioritario dado que actualmente sirven como escenarios de posibles violaciones de derechos humanos, y en consecuencia realice un

esfuerzo por fortalecer el sistema de control y vigilancia de los CAD, articular las acciones de las entidades de salud departamentales y territoriales en la materia, e iniciar una campaña para fomentar las denuncias ciudadanas de los centros de rehabilitación que cometen abusos contra los derechos de los usuarios. Solo de esta manera se garantizará la prestación de un servicio humano en los CAD que esté respaldado científicamente.

En el ámbito de la judicialización recomendamos a la Policía Nacional establecer límites de procedimiento para el cumplimiento de las tablas de acciones mínimas requeridas (TAMIR), con el fin de focalizar los esfuerzos institucionales en la persecución del gran tráfico de drogas y no en la incautación de pequeñas dosis personales de quienes usan drogas sin hacer daño a terceros. De igual manera solicitamos abandonar las prácticas de retenciones administrativas a usuarios de drogas, al igual que investigar y sancionar los casos de corrupción que involucran agentes policiales exigiendo dinero a los consumidores.

De igual manera, la Fiscalía General de la Nación debería diseñar y difundir entre sus funcionarios un manual probatorio para casos de tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, en el que se indique cómo diferenciar efectivamente entre usuarios y traficantes de drogas, de manera que no sea la cantidad de la sustancia incautada el único medio probatorio disponible. Y finalmente, llamamos a los jueces penales del país a abandonar la práctica judicial de presumir la finalidad de tráfico de estupefacientes en todos los casos en los que la cantidad de droga incautada supera la dosis de consumo personal. Reiteramos que es necesario en los procesos penales exigir a la Fiscalía que suministre otros medios de prueba que permitan concluir, sin lugar a dudas, que efectivamente existió una finalidad de traficar estas sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

- Camacho, A., Gaviria, A., y Rodríguez, C. (2011). “El consumo de droga en Colombia” en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Sp)
- Comunidad Andina. (2013). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012. Lima: CAN.
- Consortio Internacional sobre Política de Drogas – IDPC. (2012). Guía sobre Política de Drogas. Disponible en: http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf
- Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Justicia y del Derecho (2012). Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010. Bogotá: Autores.
- Fiscalía General de la Nación (2005). Química Forense. Dirección Nacional del CTI. Bogotá: Fiscalía General de la Nación. Disponible en: <http://criminalistica-odg.wikispaces.com/file/view/Manual+de+Quimica+Forense.pdf>.
- García, M. (1991). “Eficacia simbólica y narcotráfico en Colombia”, en VV.AA. Las drogas bajo tres nuevos enfoques analíticos: De la narcodiplomacia y la simbología jurídica a la industria del placer. Bogotá: CEI, UniAndes.
- Gaviria, A. (2011). “El consumo de droga en Colombia”, en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Guzmán, D. E. y Uprimny, R. (2010). “La prohibición como retroceso. La dosis personal en Colombia” en TNI – WOLA, Serie de reforma legislativa en materia de drogas, 4.
- International Drug Policy Consortium -IDPC (2012). Guía sobre política de drogas. Londres: IDPC. Disponible en: http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf
- La Rota, M. y Bernal, C. (2014). Seguridad, Policía y Desigualdad. Encuesta ciudadana en Bogotá, Cali y Medellín. Bogotá: Dejusticia.

- Lemaitre, J. y Albarracín, M. (2011). “Patrullando la dosis personal: la represión cotidiana y los debates de políticas públicas sobre el consumo de drogas ilícitas en Colombia”; en: Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Mejía, D. y D. M. Rico. (2011). “La microeconomía de la producción y tráfico de cocaína en Colombia”, en Daniel Mejía et al. *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*; Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011. Disponible en: http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf
- Ministerio de la Protección Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de la Protección Social (2004). Diagnóstico Situacional. Instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia. Elaborado por Inés Elvira Mejía Motta. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Diagnostico%20situacional.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008. Bogotá: Editora Guadalupe S.A
- ONUDD (2013). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
- Policía Nacional de Colombia (2010). Compendio de los lineamiento generales de política para la Policía Nacional de Colombia. Bogotá: Policía Nacional de Colombia.
- Uprimny, R. et al. (2014). Entre el estigma y el derecho: consumo de drogas y respuesta estatal en Colombia. Bogotá: Dejusticia

- United Nations, Human Rights Council (2013). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. 1 Febrero. A/HRC/22/53
- Vargas Trujillo, E., Gambará D'Errico, H. y Hernández, J.M. (2003). Evaluación de un servicio telefónico de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas: una experiencia colombiana. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 3, 633-644.