

Por medio del cual se da un enfoque de salud pública a la problemática del consumo de drogas en Colombia y se dictan otras disposiciones

Exposición de Motivos

I. Introducción

Con ocasión de los más recientes acontecimientos y conscientes de la responsabilidad que nos asiste como legisladores, nos permitimos presentar a través del presente proyecto de ley el enfoque respecto del consumo de la dosis mínima, que consideramos debe adoptar el país. Reconociendo la jurisprudencia reiterada de la Corte Constitucional y las reformas legales y constitucionales en la materia, proponemos en esta iniciativa la descriminalización del consumo de la dosis mínima de las distintas sustancias psicoactivas ilícitas, partiendo del supuesto ya consagrado en la legislación vigente, que entiende el consumo de sustancias adictivas como un asunto de salud pública.

Bajo este supuesto, consideramos que determinadas actividades, profesiones u oficios no pueden ser desarrolladas bajo el influjo de este tipo de sustancias. Por lo cual, se propone restringir el consumo de la dosis mínima, por la especial trascendencia social o potencial peligro para terceros que este puede implicar. En ese sentido, se enlistan algunas actividades, otorgando al Ejecutivo la facultad para complementar dicho listado, adicionalmente como consecuencia de la descriminalización, se propone una sanción de carácter administrativo encaminada a restringir la autorización para el ejercicio de la actividad, sanción que en todo caso deberá ser estipulada de manera gradual, desde la disuasión, pasando por la pérdida temporal, hasta la pérdida definitiva del derecho a desarrollar la actividad.

Conscientes de la rigidez que imprime el texto legal, el proyecto confía al Gobierno Nacional reglamentar la forma en que deben ser realizados los exámenes, establecer en qué caso deben ser periódicos y en cuales aleatorios, las autoridades encargadas de realizarlos y el procedimiento para la imposición de las sanciones. De igual manera, la determinación de

las cantidades de cada una de las sustancias que se considera dosis mínima.

Adicionalmente, con el fin de disminuir la criminalidad asociada al consumo, se autoriza la posibilidad de que el Estado suministre sustancias psicoactivas o estupefacientes, en ambientes controlados, en el curso de un proceso médico de rehabilitación, a las personas adictas, cuando el tratamiento así lo requiera.

Las consecuencias de estar transitando hacia un país consumidor son palpables, el aumento de la inseguridad asociado al consumo de drogas se hace evidente y se asocia con el aumento de los índices de inseguridad urbana, pero el enfoque adoptado no permite combatir la demanda de este tipo de sustancias, por esa razón, se propone robustecer la política pública de prevención y atención integral al adicto, que va a llevar a un descenso significativo en la demanda como fórmula asociada a la disminución de la oferta.

II. Consideraciones Generales

Enfoque de salud pública en el consumo de drogas

El Congreso de la República, con la expedición de la Ley 1566 del 31 de julio de 2012 *“Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas”* dio un primer paso en la búsqueda de un nuevo enfoque para afrontar la problemática del consumo de drogas en el país; a través de esta norma el legislador reconoció que:

- El consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos.

- Y que dicho abuso y adicción deberían ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, a través de políticas públicas en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con este nuevo enfoque, en el que se reconoce que el abuso y adicción de las sustancias psicoactivas deben tratarse como una enfermedad y que dicha circunstancia requiere una atención integral por parte del Estado, a través de una política pública en salud, resulta imperativo conocer el concepto de salud y comprender todo el entramado institucional que implica una política de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Preámbulo del documento por el cual se constituyó¹, define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Ese concepto de salud, tiene como particularidad que es mucho más amplio que la concepción generalizada de lo que se entiende por salud, en la medida que esta noción no reduce la salud al simple bienestar físico, sino que además incluye el bienestar mental y social, aspectos que sufren una profunda afectación en el caso de las personas que padecen algún tipo de adicción.

Así, la órbita de protección del derecho a la salud debe contemplar no solo los aspectos médicos, enfocados en la prevención, tratamiento y recuperación de alguna afección de tipo físico, sino que adicionalmente deben contemplar medidas tendientes a propender por el bienestar mental y social.

Ahora bien, para empezar a analizar el concepto de salud pública vale la pena traer a colación algunas definiciones:

Para Winslow salud pública es *“ la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongando la vida y promoviendo la salud física, y mental y la eficacia mediante esfuerzo comunitario*

¹ Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948.



organizado en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de enfermedades infecciosas y no infecciosas y las lesiones, la educación del individuo en principios de higiene personal , la organización de servicios y diagnósticos y el tratamiento de enfermedades así como a la rehabilitación , el desarrollo de una maquinaria social que le permita a cada individuo de la comunidad .Un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la Salud”.

Para la Organización Panamericana de la Salud, la salud pública es: “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.”

De las definiciones dadas, se puede evidenciar como la salud pública es un enfoque que puede ser adoptado para afrontar distintos tipos de problemáticas, que requieren para su adecuada comprensión una visión que identifique los factores que deban ser intervenidos para dar una solución adecuada. Como factor común a todas las definiciones está el esfuerzo colectivo, se busca afrontar como un problema que afecta al entorno y en esa medida debe ser el conjunto social el encargado de realizar el esfuerzo en la solución de la problemática. De ahí que el consumo de drogas debe ser considerado un problema de salud pública.

En esa medida, las actividades de salud pública se enfocan fundamentalmente en cuatro aspectos a saber: la Protección de la Salud, Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y Restauración de la Salud. (Lopez, 2012) Por consiguiente, los distintos supuestos que se quieran afrontar con este enfoque, necesitan ser encuadrados de acuerdo con las anteriores actividades.

Así, en el caso de la política pública de consumo de drogas, el Gobierno Nacional se ha enfocado de acuerdo con lo expuesto por el Ministro de Justicia en la Asamblea General de Naciones Unidas Sobre Drogas, a través de las siguientes acciones de salud pública:



1. La gestión interinstitucional para lograr políticas de abordaje integral de la cuestión, entendiendo que el asunto de las drogas debe ser atendido por diversas entidades en ámbitos distintos.
2. La gestión política, para lograr las adecuaciones institucionales y normativas que hagan viable la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la atención de la enfermedad.
3. La prevención del consumo, especialmente en lo que concierne a niños, niñas y adolescentes.
4. El tratamiento para las personas con consumos problemáticos en el marco del SGSSS
5. Las acciones tendientes a la promoción de los derechos humanos, la no discriminación y exclusión de las personas consumidoras.
6. La no penalización del consumo.

Así pues, se ha entendido que "definir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de salud pública permite reconocer diferencias entre las drogas y sus riesgos; se aleja de conceptualizaciones que ven a las drogas como fin último, con el decomiso y la detención de personas como meta, en cambio ve a las sustancias en su interacción con las personas que las usan o tienen potencial para hacerlo, que viven en contextos con mayor o menor riesgo y que son más o menos vulnerables a la experimentación". (Medina-Mora, Real, Villatoro, & Natera, 2013)

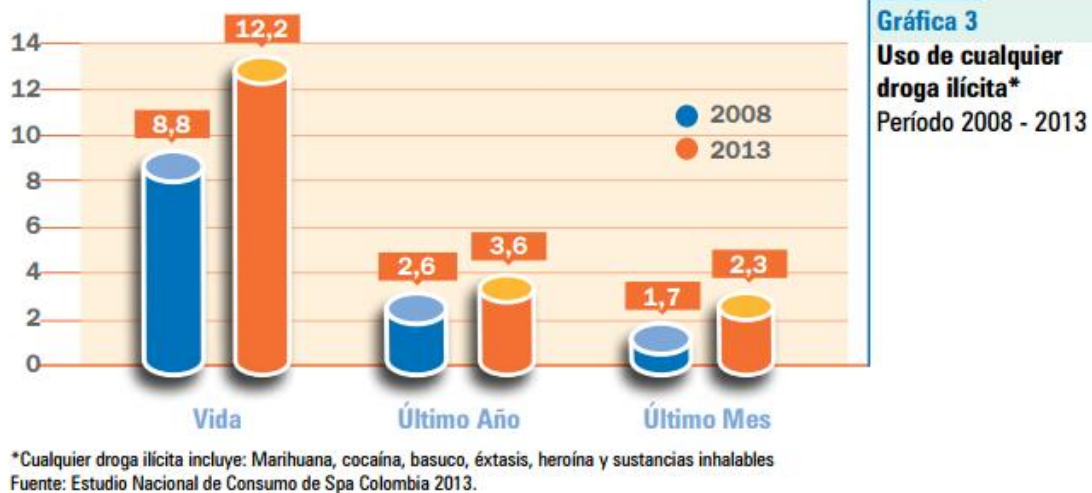
Este enfoque adoptado representa un giro respecto de la política internacional del manejo del consumo de estas sustancias, ya que busca equilibrar las acciones tendientes a disminuir la oferta con aquellas que se enfocan en acabar con la demanda. Esta modificación en el enfoque se produce esencialmente por cambio de las circunstancias que han llevado a que Colombia, sin dejar de ser un país productor, empiece a ser un país consumidor, hecho que obliga a que se deban tomar medidas prontas y efectivas para prever los efectos del consumo de estas sustancias.

Este escenario está enmarcado por varios factores, la disminución progresiva y sostenida en el consumo de cocaína en los Estados Unidos, el



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

surgimiento de nuevas drogas de fácil fabricación a costos muy reducidos y el aumento progresivo del consumo de marihuana. La disminución del consumo de cocaína que en principio es una buena noticia, pues a menor demanda menor precio y a menor precio menor oferta, resulta en un escenario que puede llevar a aumentar el consumo en el país, pues la histórica barrera del precio se vería eliminada haciéndola accesible, situación que se vería magnificada en el caso del basuco y el crack, derivados de bajo costo de esta droga.



Fuente: (observatorio de drogas de colombia, 2016)

De las diferentes problemáticas atadas al consumo de este tipo de sustancias, resulta especialmente preocupante para el enfoque de salud pública las asociadas a la transmisión de enfermedades como VIH y la Hepatitis C, de acuerdo con diferentes estudios desarrollado la mayor propensión al contagio es clara, estadísticas recientes muestran datos preocupantes.

Tabla 2

Prevalencia estimada de uso compartido jeringas, VIH y Hepatitis C en PID, en seis ciudades

Variable	Cali 2012	Armenia 2014	Cúcuta 2014	Bogotá 2014	Pereira 2014	Medellín 2014
Uso compartido de Jeringas	60,6	37,2	26,8	58,5	52,0	46,8
Prevalencia de VIH	2,2	2,7	6,7	5,0	8,4	6,3
Prevalencia Hepatitis C	nd	30,9	21,4	6,7	44,4	35,6

Fuente: con base en los estudios Min Salud, Min Justicia, CES.

Fuente: (observatorio de drogas de Colombia, 2016)

Por último, resulta fundamental resaltar que el adecuado desarrollo de una política pública debe ir atado a una evaluación cuidadosa y constante de su implementación. La medición de resultados permite identificar el verdadero efecto que la política pública está teniendo, de esa manera también se identifican las falencias y se evalúan las opciones para mejorar sus resultados.

En conclusión, el proyecto en el punto atinente al enfoque de salud pública, para la atención y prevención al consumo de drogas, busca redundar los esfuerzos para enfrentar un escenario de alta complejidad en razón del cambio de los patrones de consumo de drogas en el país, buscando a una adecuada medición del impacto de las diferentes políticas públicas que se desarrollan, en ese campo, para evaluar su efectividad y permitir diagnósticos claros y concluyentes que lleven a la mejora en la formulación de la políticas.

Criminalidad y consumo de drogas.

Han sido múltiples las investigaciones desarrolladas en los últimos años sobre la relación existente entre los efectos (consumo) de las drogas y el comportamiento criminal, a través de diferentes estudios se ha procurado realizar una aproximación a esta problemática y, un amplio sector de la

academia así como diferentes estudios realizados sobre la materia, coinciden en que “parece existir una fuerte relación entre el abuso de drogas y la implicación directa en causas delictivas” (Naciones Unidas., 2010).

Al respecto, algunos autores como Lucía Dammert, señalan que para realizar un análisis más detallado sobre la relación entre el consumo de drogas y las causas delictivas, se requiere un marco de interpretación que identifique y reconozca los diversos escenarios en los que el consumo de este tipo de sustancias tienen la potencialidad de derivar en la comisión de algún delito, para este propósito propone los siguientes:

1. Delitos derivados de los **efectos propios del consumo.**
2. Delitos derivados de la **necesidad de consumir.**
3. Delitos **asociados con el tráfico, porte o fabricación estupefacientes.**

(Dammert, 2009)

Acudiendo a información del Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas del Perú, Dammert, describe estos escenarios asociados a conductas delictivas que podrían desarrollarse en el marco de los tres supuestos ya descritos.

Violencia y Drogas

1. Violencia por estado alterado de conciencia debido al consumo.	Ocurre cuando un sujeto comete un acto violento, se vuelve excitable o irracional a consecuencia del consumo de una droga. Se incluye también la violencia asociada al síndrome de abstinencia, donde el sujeto puede ser agente o víctima de violencia.
2. Violencia delincual por compulsión al consumo.	Refiere a violencia asociada a robos, asaltos u otros delitos determinados por la necesidad del adicto de conseguir droga.

3. Violencia asociada a los sistemas de distribución de drogas	Vinculada a las redes de comercialización de drogas que alientan acciones de contrabando, chantaje y corrupción.
--	--

Fuente: (Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas., 2008)

Por otra parte, y continuando con la misma línea argumentativa, autores como Roger Nicholas, señalan 5 escenarios en los que convergen el consumo de drogas y la actividad criminal.

1. El suministro y el uso de drogas ilícitas, las cuales en sí mismas constituyen un delito.
 2. El desarrollo de organizaciones criminales dedicadas al comercio de drogas ilegales, y la comisión de crímenes como asesinatos, corrupción de la policía, y el uso de la violencia para facilitar las actividades del tráfico ilícito de drogas.
 3. La comisión de delitos **bajo la influencia de drogas ilícitas.**
 4. La comisión de delitos **para obtener dinero para comprar drogas.**
 5. Los delitos cometidos en contra de los consumidores de drogas ilícitas.
- (Nicholas, 2001)

Así es clara la postura generalizada sobre la relación existente entre el consumo de drogas y las conductas delictivas asociadas y/o derivadas de dicho consumo, tanto Dammert como Nicholas, en sus escenarios plantean la diferencia existente entre los delitos asociados con el narcotráfico (Dammert numeral 3 y Nicholas numerales 1 y 2), y los delitos relacionados con el consumo de drogas (Dammert numeral 1 y 2 y Nicholas numerales 3 y 4).

Aunado a lo anterior, Naciones Unidas en el marco de las investigaciones realizadas sobre el nexo entre las drogas y el delito, acudiendo al modelo de Goldstein (Paul, 1985), establece los mismos tres (3) escenarios entre los que se evidencia la conexidad drogas/delito.

- **Conexión sistémica.**

Comprende cualquier delito, distinto del de tráfico, que se produzca en el contexto del mercado ilegal de drogas, lo que generalmente responde a luchas que comprometen a productores, intermediarios y consumidores en la búsqueda de ventajas de mercado.

- **Conexión económica – compulsiva.**

Comprende aquellos delitos que se cometen para proveerse de drogas o de los medios económicos necesarios para obtener drogas. Estos delitos adquisitivos son muy comunes entre consumidores problemáticos de drogas, es decir, entre quienes muestran alguna forma de uso compulsivo de estas sustancias.

- **La conexión psicofarmacológica.**

Implica a los delitos que se cometen bajo la influencia de alcohol y/o drogas ilícitas, es decir, aquellos que resultan del consumo de sustancias específicas que estimulan o favorecen alguna disposición, que contribuye a la realización del delito. (Naciones Unidas., 2010)

Con base en lo anterior, se advierte el carácter **criminógeno** de la fabricación, comercialización y consumo de drogas, y la relación existente entre estas conductas con las diferentes formas de criminalidad, razón por la cual, frente a esta postura, lo primero que debe destacarse del carácter **criminógeno** del uso de drogas, es el tipo de relación y la naturaleza del vínculo que se consolida con el actuar delictual.

En ese sentido, existen dos tipos de vínculo o relación, la relación directa y la relación indirecta, en este sentido tal y como lo señala José María Rico, la relación **criminógena** será directa cuando se comenten determinados delitos bajo los efectos de la droga (estados alterados de conciencia) y la relación es indirecta cuando el acto delictual se realiza por la compulsión y la finalidad de conseguirlas. (Rico, 2011).

Ahora bien, debe señalarse que en relación con el actuar delictual asociado con el consumo y la necesidad de consumo, aunque en términos absolutos presenta una constante debe señalarse que estas conductas varían con base en criterios como, el tipo de droga consumida, el contexto de la ingesta y la características de la persona que la ingiere; sin embargo,

como es evidente, estos cambios no ocurren en el escenario del tráfico, porte o fabricación de estupefacientes, puesto que el actuar criminal se deriva del contexto común de las organizaciones criminales cuya estructura jerárquica tiene un modus operandi establecido para ejercer violencia y establecer mecanismos de coerción sobre los individuos que la componen y aquellos agentes que interactúan con estos.

Algunos de los delitos, asociados con estos escenarios, (influencia directa del narcótico o estupefaciente, delitos realizados por compulsión de consumo y los derivados del narcotráfico) son los siguientes:

Delitos asociados con el tráfico, fabricación y porte de estupefacientes.	Tráfico, fabricación o porte de estupefacientes. Art. 376 - C Penal.
	Conservación o financiación de plantaciones Art. 375 - C Penal.
	Destinación ilícita de muebles o inmuebles. Art. 377 - C Penal.
	Concierto para Delinquir Art. 340 - C Penal.
	Tráfico de sustancias para procesamiento de narcóticos Art. 382 - C Penal.
Delitos asociados con el consumo y la necesidad de consumir	Lesiones personales Art. 111 - C Penal.
	Hurto. Art. 239 - C Penal.
	Homicidio. Art. 103 - C Penal.
	Extorsión. Art. 244 - C Penal.

Por otra parte, debe señalarse que el sector poblacional con mayor vulnerabilidad al carácter **criminógeno de las drogas**, es la población juvenil, una investigación realizada por Smart y Ogborne (reseñada en el documento de las Naciones Unidas) que incluyó a 847 jóvenes participantes en 11 programas de abuso de drogas en Ontario, Canadá, concluyó que:

- El 48% de la juventud que vivía en las calles y el 36% de la juventud que no vivía en las calles estaba en libertad condicional / libertad bajo palabra / bajo fianza o a la espera de juicio.

- De igual modo, el 30% de la juventud en situación de calle y el 16% de la juventud sin esta condición había estado en un reformatorio en los últimos seis meses.
- Una revisión de 121 jóvenes remitidos para asesoramiento por adicción como pacientes externos individuales o en grupo en Toronto (83% de todas las remisiones en un período de seis meses) encontró que el 50% de la muestra había estado implicada, a algún nivel, en conflicto con la ley, debiendo 18% de la muestra recibir tratamiento por orden de los tribunales. (Naciones Unidas., 2010)

De igual forma, el carácter **criminógeno de las drogas** se evidencia en los resultados arrojados en el estudio realizado por las Naciones Unidas en Chile, Colombia, Perú y Uruguay, en el que se caracterizó la información con base en los siguientes criterios:

- Género de los consumidores.
- Edad de los consumidores.
- Entorno en el que se realizó el consumo.
- Naturaleza de delito o infracción cometida.

Tabla N°1	Principales características de muestras de infractores adolescentes en Chile (2006), Colombia (2009), Perú (2010) y Uruguay (2010).			
	Chile*	Colombia*	Perú*	Uruguay*
Tamaños muestrales	1468	1189	1233	177
Hombres	89%	90%	95%	90%
Mujeres	11%	10%	5%	10%
13-14 años	8%	2%	3%	10%
15-16 años	50%	33%	35%	44%
17 y más años	42%	62%	62%	46%
Medio cerrado	44%	71%	86%	83%
Medio abierto	56%	26%	14%	5%
Delito violento	28%	42%	54%	20%
Delito no violento	63%	41%	39%	69%
Delito de drogas	2%	10%	7%	2%

Delito violento, incluye agresión física o robo con lesiones, homicidio y agresiones sexuales. Delitos no violentos incluyen robo, hurto, robo con sorpresa y robo de auto y otros delitos menores. En ningún caso se toma en cuenta el delito de tráfico de drogas. *Las columnas que no suman 100% deben ser atribuidas a casos perdidos.

Fuente: (Naciones Unidas., 2010, pág. 18)

Con base en esos criterios, se evidencia el predominio del género masculino en el consumo de sustancias psicoactivas, que dicho consumo tiene indicadores elevados en jóvenes con edad de 17 años o superior y que los

delitos violentos cometidos por la población en estudio, tuvo una representación significativa.

Los resultados arrojados por el estudio, se evidencia que en Colombia y Perú, se aprecia una mayor concentración de los infractores en delitos violentos (incluyendo un altísimo 20% de jóvenes que declaran detenciones o condenas por homicidio en el caso colombiano), con un 42% y un 54% respectivamente, algo que ocurre mucho menos en las muestras chilena y uruguaya, donde las causales por delitos violentos no son predominantes. (Naciones Unidas., 2010)

En la tabla 3 del mencionado estudio, se hace referencia a la prevalencia del consumo de drogas en la población infractora, en el que se evidencia que la droga con índice de consumo más alto, es la marihuana seguida de la Cocaína (en el caso colombiano) y en tercer lugar, la pasta base.

Tabla N° 3		Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en población infractora adolescente de Chile, Colombia, Perú y Uruguay.				
		Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Cocaína total	Inhalables
Medio abierto	Chile	75	34	32	44	25
	Colombia	63	24	6	27	15
	Perú	23	4	5	8	2
	Uruguay	75	25	50	75	25
Medio cerrado	Chile	92	60	60	73	43
	Colombia	74	31	20	42	34
	Perú	46	18	22	29	13
	Uruguay	86	52	54	84	32

Fuente: (Naciones Unidas., 2010)

De igual forma, se destaca el consumo de drogas (alguna vez en la vida) en la población infractora, en el que se evidencia que los jóvenes entre 17 y 18 años que consumen marihuana, seguidos de los consumidores de cocaína (en el caso colombiano), son los que presentan mayor recurrencia en la comisión de delitos, sean estos violentos o no.

Tabla N° 5		Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en población infractora adolescente, según grupos de edad, de Chile, Colombia, Perú y Uruguay.				
		Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Cocaína total	Inhalables
13-14	Chile	62	33	32	43	18
	Colombia	82	37	11	44	44
	Perú	38	-	14	14	12
	Uruguay	88	29	41	72	12
15-16	Chile	74	35	31	44	26
	Colombia	63	25	18	35	28
	Perú	41	13	20	24	11
	Uruguay	83	46	47	87	35
17-18	Chile	88	46	44	57	33
	Colombia	75	31	16	39	29
	Perú	44	18	20	28	11
	Uruguay	86	61	63	83	35

Fuente: (Naciones Unidas., 2010)

El estudio de las Naciones Unidas, presenta una aproximación inicial entre droga/delito, a través de cifras en las que se evidencia el uso de drogas en el contexto de infracciones cometidas por adolescentes, en el que se advierte que tratándose de infractores en medio cerrado, uno de cada dos había consumido alguna sustancia en la víspera del delito y uno de cada tres tiene un registro de dependencia o abuso en cocaína.

Tabla N° 8		Alcohol y drogas ilícitas en contexto delictual en adolescentes infractores de Chile, Perú y Uruguay.				
		Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Cocaína total
Prevalencia mes antes de cometer delito/falta	Chile	57	52	13	18	25
	Perú	37	27	11	12	18
	Uruguay	59	66	29	31	46
Abuso en mes antes de cometer delito/falta	Chile	10	28	4	11	14
	Perú	5	8	2	6	8
	Uruguay	20	46	12	25	31
Dependencia (CIE-10) al momento de cometer delito/falta	Chile		24			14
	Perú		17	7	9	12
	Uruguay		34	15	27	35
Prevalencia día que cometió el delito/falta	Chile					
	Perú	35	10	3	5	7
	Uruguay					

Abuso estimado según número de días en el mes previo que se consumió una determinada sustancia (20 o más días en caso de alcohol y 10 o más días en las demás drogas).

Fuente: (Naciones Unidas., 2010)



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

Por otra parte, el estudio en la tabla 9 advierte que el delito adolescente relacionado con drogas alcanza cifras significativas. En el caso de Chile y Uruguay se evidencia que 1 de cada 5 delitos adolescentes puede atribuirse exclusivamente a drogas. Por otra parte en Colombia esta cifra se eleva al 30,1% (casi 1 de cada 3 en el caso colombiano), algo que puede atribuirse casi enteramente a diferencias en la magnitud del delito de drogas (infracciones directas a la ley de drogas) donde el compromiso colombiano es mucho mayor que el que registran los adolescentes chilenos o uruguayos. (Naciones Unidas., 2010)

Tabla N° 9 Modelo general de atribución (en %) de delitos relacionados con drogas en población infractora adolescente de Chile, Colombia, Perú y Uruguay.				
	Chile (2006)	Colombia (2009)	Perú (2010)	Uruguay (2010)
Delito contra la ley de drogas	2,2	9,9	6,8	2,3
Delito dentro del mercado de drogas □	-	-	2,4	-
Delito Sistemático	2,2	9,9	8,4	2,3
Delito cometido para conseguir drogas	18,4	23,8	10,7	22,0
(Porcentaje de atribución) □	(85)	(73)	(68)	(84)
Delito económico-compulsivo	15,7	17,2	7,3	18,1
Delito cometido bajo los efectos de alguna droga	11	21,2	4,5	20,3
(Porcentaje de atribución) ⁴	(53)	(35)	(62)	(35)
Delito psicofarmacológico con drogas ilícitas solamente	5,9	7,4	2,8	5,6
Delito bajo los efectos de alcohol	13,6	7,3	24,7	2,3
(Porcentaje de atribución) ⁴	(66)	(59)	(75)	(26)
Delito psicofarmacológico con alcohol solamente	9	4,3	18,5	0,6
Delito bajo los efectos de alguna droga ilícitas y alcohol	6,4	14,1	7,8	6,3
(Porcentaje de atribución) ⁴	(73)	(47)	(46)	(44)
Delito psicofarmacológico con drogas ilícitas y alcohol	4,7	6,6	3,6	2,8
Delito con víctima bajo efectos de alcohol/drogas ilícitas	-	15,4	-	-
(Porcentaje de atribución)		(38)		
Delito psicofarmacológico con víctima bajo efectos de alcohol/drogas ilícitas	-	5,9	-	-
Delitos relacionados solamente con drogas ilícitas □	21,3	30,1	15,6 (16,3)	21,5
Delitos relacionados con drogas ilícitas y/o alcohol □	32,4	38,9 (41,5)	35,7	23,7
Total casos	(1.468)	(1.189)	(1.223)	(177)

Fuente: (Naciones Unidas., 2010)

En consecuencia, es dable afirmar que si bien es cierto que no existe una relación inescindible en el binomio droga/delito, es claro que hay evidencia complementaria que señala que un porcentaje significativo de los infractores tiene antecedentes de dependencia hacia alguna droga, aunado al hecho de que en algunos casos cuando se reconoce que se ha cometido un delito bajo la influencia de alguna droga ilícita o del alcohol y, al mismo tiempo, se declara que ese delito no se habría cometido si no se

hubiese estado bajo los efectos de la sustancia aludida. (Naciones Unidas., 2010)

Excepciones a la dosis mínima: Efectos del consumo de sustancias psicoactivas sobre terceros
--

Es evidente que el consumo de drogas crece con rapidez no solo en Colombia sino a nivel mundial, gracias a la adicción que generan estas sustancias y al crecimiento del mercado y de la diversidad de sustancias psicoactivas que existen y que continuamente siguen creándose. A raíz del rápido crecimiento del consumo se deben entonces evaluar cuáles son los efectos que tienen estas sustancias en las personas que las consuman y determinar si estas pueden llegar a causar un impacto negativo no solo en el consumidor sino en la sociedad.

Con ocasión del reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia en donde se afirma que no es una conducta típica superar la dosis mínima de droga, siempre y cuando sea para el consumo individual, este proyecto de ley busca establecer excepciones a la dosis mínima para personas que ejerzan ciertas actividades, profesiones u oficios donde se les imponga, de manera gradual, una sanción que puede llegar hasta la prohibición para ejercer las mismas, en caso tal de que porten o consuman alguna sustancia psicoactiva ilícita.

Entre las actividades, oficios o profesión se encuentran: personas que manipulen armas de fuego, que conduzcan vehículos automotores para el transporte terrestre, aéreo, marítimo y fluvial de servicio público o de uso particular, funcionarios y servidores públicos, operarios de maquinaria pesada, médicos, cirujanos, instrumentadores, anestesiólogos, enfermeros, profesores, niñeras o madres comunitarias, controladores aéreos. Todas las personas que desarrollen las actividades, profesiones u oficios mencionados deberán ser sometidas a exámenes periódicos, para descartar el consumo, como condición habilitante para su desarrollo.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

En los casos de algunos países latinoamericanos como Argentina, Perú, Chile, Venezuela, Brasil, México existe la normativa que indica cuales son las dosis mínimas para el uso exclusivamente personal y de consumo, más no establecen límites o parámetros específicos en donde personas que estén encargadas de ciertos oficios o tengan determinadas profesiones no puedan consumir drogas y deban someterse a exámenes periódicos como lo pretende este proyecto de ley, buscando que prevalezca el interés común sobre el particular. Sin ánimo de atentar en contra de la libertad de desarrollo de la personalidad de cada ser, es necesario tener en cuenta que hay ciertas personas que no deberían estar bajo los efectos de ninguna droga para ejercer ciertas actividades u oficios que tengan responsabilidades no solo individuales sino comunes. A continuación lo que establece la ley en los países anteriormente mencionados:

Argentina: En el caso de Argentina la Corte Suprema despenaliza el porte de droga si es para uso personal mediante una sentencia definitiva del fallo "Arriola" en donde se estableció que "el consumo sin el interés de comercialarlo con terceros estaba protegido por el artículo 19 de la Constitución Nacional". (Lopez & Gomez, 2014)

Perú: Según los artículos 296 y siguientes del Código Penal de este país, específicamente en los delitos contra la salud pública, se constituyen delito lo siguiente : "1) Promover, favorecer o facilitar el consumo ilegal de drogas mediante actos de fabricación o tráfico; 2) Poseer drogas para su venta (tráfico); 3) Comercializar insumos destinados a la elaboración ilegal de droga; 4) Comercializar o cultivar amapola o marihuana u obligar a su siembra o procesamiento; 5) Obligar o inducir a otros a consumir drogas ilegales." (Lopez & Gomez, 2014)

Chile: En la ley vigente en Chile es la ley 20.000 promulgada y publicada en febrero de 2005, la cual sustituye a la Ley 19.366 de 1995 que castiga el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. De esta manera la ley vigente en Chile, sanciona a quien:



"...Sin la competente autorización posea, transporte, guarde o porte consigo pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas, productoras de dependencia física o síquica, o de materias primas que sirvan para obtenerlas. Será castigado con presidio menor en sus grados medio a máximo y multa de diez a cuarenta unidades tributarias mensuales, a menos que justifique que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. En igual pena incurrirá el que adquiera, transfiera, suministre o facilite a cualquier título pequeñas cantidades de estas sustancias, drogas o materias primas, con el objetivo de que sean consumidas o usadas por otro. (Ministerio del Interior Chile. 2005)." (Lopez & Gomez, 2014)

Venezuela: Para el caso de Venezuela existen las siguientes especificaciones: "El consumo personal de estupefacientes (hasta 2 gramos de cocaína y hasta 20 gramos de cannabis) no supone sanción penal, pero la ley prevé sanciones administrativas y de seguridad social que pueden llevar al internamiento en centros sanitarios y, en el caso de ciudadanos extranjeros, a la expulsión del país." (Vanguardia, 2009)

Brasil: El Gobierno brasileño, en el año 2006 sancionó una ley en donde busca que sea brindado un trato distinto a los consumidores, pero en todo caso sigue siendo considerado delito portar con cierta cantidad de droga. Aunque no se puede arrestar a la persona que consume si es necesario que se someta a un tratamiento socio-educativo. Para que estos propósitos se cumplan en Brasil se ha planteado una "reforma a la ley de tóxicos, donde se proponen tres ítems: el primero consiste en plantear una interacción para usuarios del crack, y el aumento de la pena para el tráfico de drogas, al igual que se propone la descriminalización de la tenencia de plantas para el consumo personal, y aquello que ha sido objeto de discrepancia y es la correcta distinción entre traficante y usuario." (Lopez & Gomez, 2014)

En Panamá, Honduras, El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Nicaragua "no hay legislación que inhiba de castigo la tenencia de drogas para consumo personal.

Tampoco en Bolivia, donde el Gobierno de Evo Morales desarrolla una intensa campaña para que Naciones Unidas elimine de la lista de



estupefacientes la coca, utilizada en este país con fines culturales, religiosos y medicinales.” (Vanguardia, 2009)

México: Este país que es conocido por la problemática de tráfico de drogas ilegales ha intentado a través de los años y distintos gobiernos luchar frente a este flagelo de las drogas. “En abril de 2009, el Congreso de la Unión adoptó el ‘Decreto del Narcomenudeo’, eliminando todas las sanciones. (Lopez & Gomez, 2014)

De igual modo en México como en Brasil, se plantea darle un tratamiento especializado y de rehabilitación a aquellos que sean considerados consumidores. “En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales” por cantidades para uso personal: 5 gramos de Cannabis, 2 gramos de Opio, 0,5 gramos de Cocaína, 50 miligramos de Heroína o 40 miligramos de Metanfetamina. Los adictos serán sometidos a tratamiento obligatorio solamente después del tercer arresto. El decreto entró en vigor en agosto de 2009.” (Lopez & Gomez, 2014)

CONSUMO:

“El consumo está creciendo en el país, no solamente porque cada vez más personas consumen drogas como lo evidencian los estudios, sino porque el fenómeno mundial de las drogas emergentes es también una realidad en el contexto nacional en el que cada vez surgen sustancias diferentes que hacen más diverso el mercado ilegal de las drogas.” (ODC Minjusticia, 2016)

Colombia no es solo un país que produce droga y que la trafica alrededor del mundo, sino que también se ha vuelto receptor de nuevas drogas especialmente sintéticas que han llegado al país, no solo con el fin de consumirlas sino también con el fin de comercializarlas a nivel nacional, causando un aumento en el consumo y en el tráfico de drogas.

“La situación en Colombia es intermedia entre siete países de Suramérica que usan la misma metodología para estimar el consumo de drogas en población general de 12 a 65 años, con cifras similares a las de Bolivia,

superiores a las de Ecuador y Perú, e inferiores a las de Argentina, Chile y Uruguay. En cuanto a población universitaria, según los estudios comparativos realizados en los países andinos, Colombia tiene los consumos más altos en la mayoría de sustancias." (ODC Minjusticia, 2016).

CONSUMO DE DROGAS EN COLOMBIA



Fuente. Documento Min Justicia anexo titulado "Resumen de la situación del consumo de drogas en Colombia".

Entrando en detalle de cuáles son las drogas más usadas en Colombia se encuentra que "la sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana seguida de la cocaína. La marihuana explica la mayor parte del consumo de drogas ilícitas. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% son consumidores marihuana. No obstante, no es posible desestimar el consumo de ninguna sustancia, pues drogas con bajas prevalencias como la heroína y el bazuco tienen altos impactos en la salud pública." (ODC Minjusticia, 2016)

En lo que se refiere a las drogas sintéticas que están entrando al mercado con gran fuerza, "el estudio realizado en los países andinos en población universitaria encontró que alrededor de 1,6% de los estudiantes de Bolivia,



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

Ecuador y Perú declaran haber usado drogas sintéticas alguna vez en la vida, porcentaje que llega a 4,6% entre los estudiantes de Colombia, siendo el éxtasis la sustancia de mayor uso." (ODC Minjusticia, 2016).

A continuación, la prevalencia del consumo entre 2008 y 2013 a nivel nacional.

MARIHUANA	TABACO	ALCOHOL	COCAINA	ALGUNA SUSTANCIA	CIFRAS NACIONALES POR POBLACIÓN
2.12% a 3.27%	12.95% a 17.29%	33.78% a 35.77%	0.71% a 0.70%	2.57% a 3.57%	

Fuente. Respuesta Min Justicia documento 26 de mayo 2015

Sumado a esto, el crecimiento en el consumo de otras sustancias es evidente gracias a la diversidad que hoy en día existe y la facilidad que otorga la creación de las mismas.





Fuente: Valencia, Santiago, Debate de Control Político “Política de lucha contra las drogas, Cuatro años sin rumbo” septiembre 2 de 2015.

Síndrome de Abstinencia:

La Organización Mundial de la Salud, en 1992, definió este síndrome como el “Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o con dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y se relacionan con el tipo de sustancia y la dosis empleada inmediatamente antes de suspenderse el consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones”. (Bustamante, O. L. (2008). Descripción fenomenológica de la vivencia del síndrome de abstinencia en pacientes drogodependientes. (U. d. Norte, Ed.) Psicología desde el Caribe, 86-89.

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:

Dependiendo de la sustancia los efectos pueden variar en los consumidores:

Marihuana:

“La adicción a la marihuana está vinculada con un síndrome de abstinencia leve. Los que usan marihuana de una forma empedernida han mencionado frecuentemente sentir irritabilidad, dificultades al dormir, problemas con su temperamento, falta de apetito, antojos, intranquilidad y/o varias molestias físicas que se presentan más agudamente entre la primera y la segunda semana después de haber dejado de usar marihuana.” Se estima que alrededor del 9 por ciento de las personas que usan marihuana se volverán dependientes a ella. Este número incrementa a aproximadamente el 17 por ciento en los que comienzan a usar marihuana durante la adolescencia y entre un 25 y un 50 por ciento entre los que la usan a diario.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

“De acuerdo con el National Survey on Drug Abuse and Health 2013, la marihuana fue identificada como la droga usada por 4,2 millones de los aproximadamente 6,9 millones de americanos con una dependencia o un problema de abuso de drogas ilícitas.” (National Institute on Drug Abuse, 2015)

“La marihuana está asociada en muchos casos con el crimen y la violencia, pero contrario a lo que creen muchos jóvenes que la han consumido opinan es que es una “hierba” y que por el hecho de ser “natural” es considerada como inofensiva. (Sierra, Pérez, Pérez, & Núñez, 2005).

“Estudios a largo plazo de estudiantes de secundaria y sus patrones de uso de drogas muestran que muy pocos de ellos llegan a usar otras drogas ilegales sin haber usado primero la marihuana. Por ejemplo, el riesgo de usar cocaína es mucho mayor para las personas que han probado marihuana en comparación con las que nunca la han probado. El consumo de marihuana pone a los niños y jóvenes en contacto con personas que usan y venden esta y otras drogas. En este sentido, sí existe mayor riesgo de que los jóvenes que usan marihuana estén más expuestos y tengan mayor tentación de probar otras drogas.” (National Institute on Drug Abuse, 2015).

Dependencia o adicción a los cannabinoides:

<i>Trastorno</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Especificaciones</i>
<i>Trastornos por consumo</i>	Dependencia de Cannabis	Con/sin dependencia fisiológica Remisión total temprana/ sostenida Remisión parcial temprana/ sostenida Remisión en entorno controlado
	Abuso de Cannabis	
<i>Trastornos inducidos</i>	Intoxicación por Cannabis	Con alteraciones perceptivas (CIE)
	Intoxicación por cannabis con alteraciones perceptivas	
	Delirium por intoxicación por cannabis	
	Trastorno psicótico inducido por Cannabis, con ideas delirantes	De inicio en la intoxicación
	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con alucinaciones	De inicio en la intoxicación
	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis	De inicio en la intoxicación
	Trastorno relacionado con cannabis no especificado	

*Tabla 4. 1:
Trastornos recogidos en el DSM-IV-TR relacionados con el Cannabis.*

Fuente: (Roncero & Casas)

Sustancias Inhalables:

Sustancias inhalables: pegantes/sacol, pinturas, thinner.

“El estudio indagó sobre el consumo de inhalables, dada su especial relevancia en el marco global de la problemática asociada a las sustancias de abuso y también a la evidencia cercana de su existencia en los principales centros urbanos de Colombia, como en la generalidad de los países de América Latina. Las sustancias inhalables son altamente tóxicas y adictivas. Adicionalmente, es de conocimiento general el hecho que los inhalables son las principales sustancias de abuso entre los niños y adolescentes en situación de calle, quizás el más vulnerable de todos los grupos poblacionales.



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

Se indagó por separado los inhalables más tradicionales del uso de Popper y Dick.

Resultados:

Tabla 96. Indicadores de consumo de sustancias inhalables por tipo.

Tipo	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Inhalables*	0.74	0.17	0.06
Dick	0.48	0.12	0.02
Popper	1.21	**	**
Cualquier***	1.91	0.26	0.08

* Pegantes/sacol, pinturas, thinner.

** No se incluyeron preguntas para consumo último año y último mes.

*** Consumo de alguna de las sustancias descritas.

Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

Éxtasis:

“El Éxtasis fue desarrollado originalmente por la compañía farmacéutica Merck en 1912. En su forma original era conocida como “MDMA”. Fue usada en 1953 por el ejército de EE.UU. como tests psicológicos en el combate, y después resurgió en la década de los 60 como un medicamento psicoterapéutico para “disminuir inhibiciones” No fue sino hasta la década de los años 70 que el MDMA se comenzó a usar como droga en las fiestas.” (Fundación por un mundo libre de drogas;, 2006-2016).

“Los efectos físicos pueden ser náuseas, escalofríos, sudoración, contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, calambres, visión borrosa, fallo renal, fallo cardíaco, arritmia entre otros. Los efectos psíquicos más habituales son la ansiedad, inquietud, irritabilidad, tristeza, impulsividad, agresividad, falta de apetito, disminución significativa en las habilidades mentales entre otros.” (National Institute on Drug Abuse, 2006)

Heroína:

“La heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso sino que también es el de acción más rápida. La heroína se procesa de la morfina, sustancia que ocurre naturalmente y que se extrae de la bellota de ciertas variedades de amapolas o adormideras. Típicamente se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en la calle como "goma" o "alquitrán negro" ("black tar heroin"). Aunque se está volviendo más común encontrar heroína de mayor pureza, la mayoría de la heroína que se vende en la calle ha sido mezclada o "cortada" con otras drogas o con sustancias como azúcar, almidón, leche en polvo o quinina. También se vende en la calle heroína que ha sido cortada con estricnina u otros venenos. Debido a que las personas que abusan de la heroína no saben la fuerza real de la droga o su verdadero contenido, corren el riesgo de una sobredosis o de morir. La heroína también presenta problemas especiales debido a la transmisión del VIH y otras enfermedades que puede ocurrir al compartir las agujas u otros equipos de inyección.” (National Institute on Drug Abuse, 2006)

Cocaína:

“Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como “freebase” (que no son solubles en agua). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada (“snorting”). Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.” (National Institute on Drug Abuse, 2006)



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

Sobre sus efectos perjudiciales, los jóvenes mencionaron el daño a los pulmones y al sistema respiratorio, el cáncer, daño en las fosas nasales y paranoia." (Sierra, Pérez, Pérez, & Núñez, 2005) "Con el uso repetido, la cocaína puede causar cambios a largo plazo en el sistema de recompensa del cerebro, así como otros sistemas cerebrales, que pueden conducir a la adicción. Aparte de esto la cocaína afecta al cuerpo en una variedad de maneras. Contrae los vasos sanguíneos, dilata las pupilas y aumenta la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. También puede causar dolores de cabeza y complicaciones gastrointestinales." (National Institute on Drug Abuse, 2006)

Drogas Sintéticas:

Existe una gran variedad de drogas sintéticas en el mercado entre ellas las más conocidas son el cristal, 2CB, Wax, Coco entre otras. Según Julián Quintero, director de Acción Técnica y social "El problema es que mientras se demoran en estandarizar e identificar una droga y meterla en la lista de Naciones Unidas como nociva, casi que la sustancia desaparece del mercado". Al año aparecen unas 200 drogas nuevas, producto de la variación de las moléculas en sofisticados laboratorios criminales. (El Tiempo, 2016)

2CB: Contiene diversas sustancias como el polvo de opio, antibióticos como la kanamicina, dosis altas de cafeína, adicionalmente contiene lactosa para mejorar el rendimiento económico de los traficantes, base de heroína en un 40%, entre otras sustancias. "Según el médico toxicólogo del Hospital Universitario San Vicente Fundación, Ubier Gomez Calzada, se puede considerar que se están mezclando sustancias depresoras con sustancias estimulantes, generando un coctel de sustancias con un efecto psicoactivo totalmente impredecible con alta toxicidad que finalmente puede conllevar a la muerte de la persona." (Calzada)



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

Cristal: "Corresponde a un tipo de anfetamina que deriva su nombre por los pequeños cristales que presentan, estos los disuelven en licor por lo general. Esta droga contiene metanfetamina y una serie de anfetaminas, lo que produce un riesgo importante de que se presenten arritmias cardíacas, derrames cerebrales, obstrucción de las arterias y en determinados casos morir." (Calzada)

Coco: "Cocaína con aromatizantes, la consumen porque se asume que es una cocaína mejorada, esta contiene petidina, es la combinación de una sustancia estimulante con la depresora, puede inducir a las arritmias cardíacas o a la muerte por convulsiones." (Calzada).



INFORMACIÓN & SOLUCIONES

En la siguiente tabla se puede ver el número de atenciones médicas que se han llevado a cabo desde 2010 hasta 2013 y en donde se evidencia los graves efectos de los cuales se ha hecho referencia, pero lo más grave que muestran estas cifras es que la cantidad de pacientes atendidos por las

Número de Atenciones por los servicios de salud con diagnósticos relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 2010 - 2013

Diagnóstico	2010	2011	2012	2013
	Número de Atenciones	Número de Atenciones	Número de Atenciones	Número de Atenciones
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL	12.064	19.339	17.888	16.436
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS	3.632	5.927	10.823	11.172
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES	3.858	4.939	9.008	14.888
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	5.436	6.816	6.315	5.062
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA	4.695	5.524	11.294	15.553
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OTROS ESTIMULANTES, INCLUIDA LA CAFEINA	1.404	1.729	2.241	1.453
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES	1.699	2.412	2.070	2.317
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	15.346	30.964	32.049	36.845
ENVENENAMIENTO POR NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS]	946	1.241	2.017	1.414
ENVENENAMIENTO POR ANTIEPILEPTICOS, HIPNOTICOS-SEDANTES Y DROGAS ANTIPARKINSONIANAS: BENZODIAZEPINAS	482	1.031	737	914
EFFECTO TOXICO DEL ALCOHOL: ETANOL	1.899	2.685	3.024	2.256
ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION AL ALCOHOL	83	114	98	73
ENVENENAMIENTO POR, Y EXPOSICION AL ALCOHOL, DE INTENCION NO DETERMINADA	46	23	11	28
INTOXICACION ALCOHOLICA LEVE	3.913	5.456	5.941	4.142
INTOXICACION ALCOHOLICA MODERADA	4.629	6.116	7.149	5.569
INTOXICACION ALCOHOLICA SEVERA	1.560	2.395	2.121	1.846
INTOXICACION ALCOHOLICA MUY SEVERA	411	586	307	378
ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO ESPECIFICADO	3.192	4.149	5.130	3.990
TOTAL	65.295	101.446	118.223	124.336

distintas causas relacionadas con el consumo de drogas ha venido en aumento.

Fuente: (Scoppeta, 2015)

Ahora bien, el desarrollo de determinadas actividades bajo el influjo de estas sustancias, de acuerdo con los efectos de cada una de ellas, representar un riesgo claro para quien la consume y para terceros. La jurisprudencia tanto



de la Corte Constitucional como de la Corte Suprema de Justicia, al salvaguardar la dosis mínima como un desarrollo del derecho al libre desarrollo de la personalidad, ha sido clara al definir que esta se justifica en la medida en que la conducta no trasciende la esfera personal del individuo. En esa medida, se justifican limitaciones que devengan de actividades en desarrollo de las cuales el consumo de esas sustancias trasciende la esfera personal del individuo.

En conclusión, el desarrollo de determinadas actividades, oficios o profesiones bajo el influjo de sustancias psicoactivas, reviste la idoneidad para afectar el bien jurídico de la seguridad pública protegido por la constitución, en cuanto que se trata de una conducta que bajo ciertas circunstancias trasciende el ámbito personal del individuo al generar un riesgo especial para terceros.

III. Articulado

Proyecto de ley _____ de 2016

Por medio del cual se da un enfoque de salud pública a la problemática del consumo de drogas en Colombia y se dictan otras disposiciones

El congreso de Colombia

Decreta:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto Descriminalizar el porte y consumo de la dosis personal de sustancias psicoactivas ilícitas, establecer la presunción legal del porte de dosis mínima para las distintas sustancias y dar un enfoque de salud pública al consumo de drogas.

Artículo 2. Presunción legal. Se presume que el porte de la sustancia es para uso personal, cuando no supera la cantidad que determine el Gobierno Nacional como dosis mínima para cada una de las sustancias, siempre y cuando la intención de quien la porte no sea su comercialización o distribución gratuita.

El porte de cantidades superiores a las determinadas, como dosis mínima por el Gobierno Nacional, se tipifica como la conducta punible de porte de

drogas que producen dependencia, consagrada en el artículo 376 de la ley 599 de 2000.

Parágrafo. Facúltese al Gobierno Nacional para determinar la cantidad que se considera dosis mínima de estupefacientes y sustancias psicoactivas ilícitas.

Artículo 3. Excepciones a la dosis mínima. Por la especial trascendencia social o potencial peligro para terceros, las personas que ejerzan algunas de las siguientes actividades, profesiones u oficios, estarán sujetas a exámenes periódicos o aleatorios para descartar el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas.

Actividad, oficio o profesión
Toda aquella que implique manipulación de armas de fuego tales como: Las desarrolladas por las fuerzas militares o de policía, servicios de seguridad privada, el porte autorizado de armas de fuego para protección personal o actividades deportivas.
Conducir vehículos automotores para el transporte terrestre, aéreo, marítimo y fluvial de servicio público o de uso particular.
Funcionarios y Servidores públicos.
Operarios de maquinaria pesada.
Ciencias de la Salud humana tales como: médicos, instrumentadores, enfermeros y demás áreas afines.
Toda aquella que implique el cuidado, guarda o custodia de menores de edad tales como: profesores, niñeras o madres comunitarias.
Actividades asociadas con la seguridad aeronáutica tales como las desarrolladas por: controladores aéreos.

En ese sentido, la persona que desarrolle alguna de estas actividades y porte o consuma sustancias estupefacientes o psicotrópicas se le aplicará la sanción correspondiente.

Parágrafo 1. Corresponde al Gobierno Nacional adicionar a esta lista otras actividades, profesiones u oficios que considere no pueden ser desarrolladas por quienes consuman este tipo de sustancias, así como determinar las sanciones correspondientes, las cuales deberán ser estipuladas de manera



gradual, desde la pérdida temporal hasta la pérdida definitiva del derecho a desarrollar la actividad, profesión u oficio.

Parágrafo 2. Corresponde al Gobierno Nacional reglamentar la forma en que deben ser realizados los exámenes, en qué caso deben ser periódicos y en cuales aleatorios, las autoridades encargadas de realizarlos y el procedimiento para la imposición de las sanciones. Así mismo deberá establecer las medidas administrativas de disuasión que deberán ser aplicadas a aquellas personas que sean sorprendidas portando o bajo el influjo de sustancias psicoactivas ilícitas.

Artículo 4. Política pública de atención integral al adicto. Enfóquese la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas desde una orientación de salud pública de acuerdo con las disposiciones contenidas en la ley 1566 de 2012.

Corresponderá al Gobierno Nacional robustecer la política pública de prevención y atención integral al adicto, cuyos componentes deberán estar enfocados en la prevención, mitigación y superación de la situación, para lo cual se deben establecer los programas y campañas enfocados en la prevención del consumo bajo un enfoque de riesgo social, orientada a la rehabilitación con el fin de evitar los efectos negativos del consumo y desarrollar las estrategias de inclusión laboral y social al adicto, entre otros.

Artículo 5. Instancias de coordinación. Corresponde al Ministerio de Salud y demás entidades pertinentes coordinar, dirigir, planear y hacer seguimiento a la política pública nacional de prevención y atención a la adicción de sustancias psicoactivas.

Parágrafo. Anualmente el Ministerio de Salud deberá rendir un informe que permita conocer la evolución de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, con el fin de suministrar parámetros objetivos que permitan mejorar la formulación e implementación de la política pública, así como la regulación y legislación pertinente.

Artículo 6. Suministro terapéutico de sustancias estupefacientes o psicotrópicas. El Estado suministrará gratuitamente, en ambientes



controlados, en el curso de un tratamiento médico de rehabilitación, sustancias psicoactivas o estupefacientes a los pacientes cuando el tratamiento así lo requiera.

El Estado, o terceros autorizados, producirán y/o adquirirán determinadas sustancias con fines médico-terapéuticos y científicos, y la suministrará a los pacientes en lugares controlados y dispuestos, de manera especial, para su consumo. Con el fin de garantizar tratamientos de rehabilitación a los pacientes, encaminados a superar la adicción, y reducir la criminalidad asociada al consumo de drogas.

Artículo 7. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente

SAMUEL ALEJANDRO HOYOS
Representante a la cámara

EDWARD DAVID RODRÍGUEZ
Representante a la cámara

ÓSCAR DARÍO PÉREZ
Representante a la cámara

SANTIAGO VALENCIA GONZÁLEZ
Representante a la cámara

MARÍA REGINA ZULUAGA HENAO
Representante a la cámara

FEDERICO EDUARDO HOYOS S
Representante a la cámara



WILSON CÓRDOBA MENA
Representante a la cámara

MARÍA FERNANDA CABAL MOLINA
Representante a la cámara

TATIANA CABELLO FLÓREZ
Representante a la cámara

ESPERANZA PINZÓN DE JIMÉNEZ
Representante a la cámara

CIRO ALEJANDRO RAMÍREZ
Representante a la cámara

HUGO HERNÁN GONZÁLEZ
Representante a la cámara

RUBÉN DARÍO MOLANO
Representante a la cámara

ÁLVARO HERNÁN PRADA
Representante a la cámara

FERNANDO SIERRA RAMOS
Representante a la cámara

MARCOS DÍAZ BARRERA
Representante a la cámara

PIERRE EUGENIO GARCÍA
Representante a la cámara

CARLOS ALBERTO CUERO
Representante a la cámara

ÁLVARO URIBE VÉLEZ
Senador de la República

SUSANA CORREA BORRERO
Senadora de la República

PALOMA SUSANA VALENCIA
Senadora de la República



LEÓN RIGOBERTO BARÓN NEIRA
Senador de la República

ALFREDO RANGEL SUÁREZ
Senador de la República

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ
Senador de la República

FERNANDO NICOLÁS ARAÚJO
Senador de la República

JOSÉ OBDULIO GAVIRIA
Senador de la República

ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO
Senador de la República

ALFREDO RAMOS MAYA
Senador de la República

EVERTH BUSTAMANTE GARCÍA
Senador de la República

DANIEL ALBERTO CABRALES
Senador de la República

ERNESTO MACÍAS TOVAR
Senador de la República

JAIME A. AMÍN HERNÁNDEZ
Senador de la República

THANIA VEGA DE PLAZAS
Senadora de la República

CARLOS FELIPE MEJÍA
Senador de la República

PAOLA ANDREA HOLGUÍN
Senadora de la República



NOHORA STELLA TOVAR REY
Senadora de la República

HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ P.
Senador de la República

MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA
Senador de la República