

Bogotá D.C., 23 de julio de 2019

Doctor
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación de Proyecto de Acto Legislativo “*por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política*”

Respetado Secretario General:

En nuestra calidad de congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, nos permitimos respetuosamente radicar el proyecto de ley de la referencia y le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Por los honorables congresistas,

GUSTAVO BOLÍVAR MORENO
Senador de la República
Lista de la Decencia

TEMISTOCLES ORTEGA
Senador de la República
Cambio Radical

IVAN CEPEDA
Senador de la República
Polo Democrático

JULIAN GALLO
Senador de la República
Partido FARC

ARMANDO BENEDETTI
Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

GUSTAVO PETRO URREGO
Senador de la República
Colombia Humana

LUIS FERNANDO VELASCO
Senador de la República
Partido Liberal

ROY BARRERAS
Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

ALEXANDER LOPEZ
Senador de la República
Polo Democrático

IVAN MARULANDA
Senador de la República
Alianza Verde

ANTONIO SANGUINO
Senador de la República
Alianza Verde

PABLO CATATUMBO
Senador de la República
Partido FARC

AIDA AVELLA

Senadora de la República
Lista de la Decencia

VICTORIA SANDINO

Senadora de la República
Partido FARC

FELICIANO VALENCIA

Senador de la República
MAIS

WILSON ARIAS

Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO N° _____ DE 2019

por medio del cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y consumo de sustancias estupefacientes, psicoactivas o sicotrópicas estará reglamentado por la ley bajo los enfoques de salud pública, derechos humanos, reducción de riesgos y daños y determinantes sociales, así como la no penalización en razón del consumo. Las obligaciones internacionales del Estado colombiano en materia de derechos humanos serán prevalentes en la formulación e implementación de la política nacional de drogas.

Con fines preventivos y rehabilitadores, la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para la atención integral de las personas que usan estas sustancias. El acceso a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado de la persona usuaria. En las respuestas al uso de sustancias estupefacientes, psicoactivas o sicotrópicas, el Estado implementará un enfoque diferencial que distinga entre los diferentes tipos de consumo y sustancias, así como los impactos diferenciados sobre grupos en situación de vulnerabilidad.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al consumidor con problemas derivados del uso y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes, en favor de la protección de niños, niñas y adolescentes.

Artículo 2°. El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.

De los honorables congresistas,

GUSTAVO BOLÍVAR MORENO

Senador de la República
Lista de la Decencia

TEMISTOCLES ORTEGA

Senador de la República
Cambio Radical

IVAN CEPEDA

Senador de la República
Polo Democrático

JULIAN GALLO

Senador de la República
Partido FARC

ARMANDO BENEDETTI

Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

GUSTAVO PETRO URREGO

Senador de la República
Colombia Humana

LUIS FERNANDO VELASCO

Senador de la República
Partido Liberal

ROY BARRERAS

Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

ALEXANDER LOPEZ

Senador de la República
Polo Democrático

IVAN MARULANDA

Senador de la República
Alianza Verde

ANTONIO SANGUINO

Senador de la República
Alianza Verde

PABLO CATATUMBO

Senador de la República
Partido FARC

AIDA AVELLA

Senadora de la República
Lista de la Decencia

VICTORIA SANDINO

Senadora de la República
Partido FARC

FELICIANO VALENCIA

Senador de la República
MAIS

WILSON ARIAS

Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVO

El objetivo del presente Acto Legislativo es propender por un enfoque de salud pública en el diseño e implementación de la política nacional de drogas, en cumplimiento de las obligaciones nacionales e internacionales que ha adquirido el estado colombiano en materia de derechos humanos. Esto, con el fin de garantizar el goce efectivo de los derechos fundamentales de la población colombiana y especialmente la protección de los niños, niñas y adolescentes, que son sujetos de especial protección.

II. INTRODUCCIÓN

1. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA

1.1 Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia, 2013

A pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas (en adelante SPA¹) se ha prohibido desde muy temprano en la legislación colombiana,² tanto el consumo problemático como el no problemático han aumentado a través del tiempo, incluso en edades jóvenes.³

De acuerdo con el último estudio nacional de consumo de drogas del Ministerio de Salud, entre 1992 y 2013 la prevalencia del uso de alguna SPA, alguna vez en la vida y en el mes anterior, han aumentado 252% y 475%, respectivamente. Así mismo, entre 2008 y 2013 el consumo de alguna droga en el último año incrementó en todos los grupos de edades.⁴

Entre 2008 y 2013 hubo un aumento del 3.4 puntos porcentuales en la prevalencia del uso de sustancias ilícitas alguna vez en la vida y de 1 punto porcentual en el uso en el último año. 839 mil personas reportaron el uso de SPA reciente o en el último año. El consumo reciente entre hombres fue de 5,9%, considerablemente superior al de las mujeres que fue de 1,4%. En las personas entre 8 y 24 años el uso de SPA aumentó de 5.8% en 2008 a 8.7% en 2013. Se estima que 159 mil adolescentes entre los 12 y los 17 años, 347 mil jóvenes entre los 18 y los 24 años y 216 mil adultos jóvenes entre 25 y 34 años han consumido SPA en el último año.⁵ El consumo de SPA en el estrato uno aumentó de 2.4% en 2008 a 3.3% en 2013, en el estrato dos de 2,4% a 3,5%, mientras que en estrato tres el aumento fue de 2,7% a 3,8%.⁶

¹ En esta exposición de motivos se adopta la posición de Rodrigo Uprimny sobre la utilización del término “drogas” como las sustancias psicoactivas sometidas a controles que impiden su producción y distribución para fines recreativo. De acuerdo con Uprimny, las expresiones “estupefaciente” y “psicotrópico”, utilizadas también en los Convenios Internacionales de 1961 y 1971 respectivamente, son equívocos pues contradicen el uso natural de esas expresiones en la ciencia farmacológica y responden más al control de ciertas sustancias como cannabis, coca y amapola. Ver: **Uprimny Rodrigo, Guzmán Diana et. al.**, *Política frente al Consumo de Drogas de Uso Ilícito en Colombia*, Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, p. 81.

² Véase, por ejemplo: **Ley 11 de 1920**, sobre importación y venta de drogas que formen habito pernicioso; Ley 30 de 1936 que creó el actual **Código Penal** y se tipificó la elaboración, distribución, venta y suministro de drogas narcóticas; **Decreto 1188 de 1970**, que penalizó el cultivo, elaboración, distribución, almacenaje y suministro de cualquier tipo de sustancia estupefaciente o alucinógena; **Ley 17 de 1973**, primer estatuto contra las drogas; **Acto Legislativo 02 de 2009** que modificó el artículo 49, prohibiendo el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas salvo prescripción médica

³ **Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Bienestar Social y Observatorio de Drogas de Colombia**, *Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013*, Bogotá, Colombia, 2013.

⁴ *Ibíd.*, 15-19.

⁵ *Ibíd.*, 15 y 66.

⁶ *Ibíd.*, 19.

Respecto a patrones de consumo problemático, aproximadamente 141 mil personas reportaron criterios de abuso y 342 mil de dependencia. Frente al uso en el último año, quedó en evidencia que una de cada dos personas tiene algún problema con el consumo, ya sea de tipo físico, psíquico, familiar o social, con prevalencia en los hombres. Ahora bien, de cada 5 personas con abuso o dependencia, cuatro son hombres y una es mujer.⁷

En cuanto a tipo de SPA, el estudio reveló que en el último año la prevalencia ha sido mayor en el consumo de marihuana -3.27%-, cocaína -.70%- y basuco -.21%-. Adicionalmente, como se muestra en la mayoría de las personas que presentan consumo problemático están entre quienes son usuarias de estas drogas.⁸ Un estimado de 15 mil personas en el país se inyectan drogas, principalmente heroína. Incluso, el consumo de esta sustancia es superior a la prevalencia mundial dentro de los grupos con mayor vulnerabilidad al consumo de drogas.⁹

1.2 Informe de la OEA sobre el Consumo de Drogas en las Américas, 2019

Al igual que en el informe anterior, este estudio revela que el consumo de drogas en las Américas ha ido en aumento a través del tiempo.¹⁰ Su uso, históricamente monopolizado por los hombres, es cada vez mayor entre las mujeres. Así mismo, el inicio temprano del uso de SPA es uno de los factores que resalta con mayor preocupación el informe, por lo que recomienda implantar políticas preventivas desde la primera infancia.

Por otro lado, el informe señala que, según los datos proporcionados por cada país, “las políticas sobre la venta y el consumo de drogas para controlar el acceso al alcohol y tabaco han tenido resultados positivos que podrían aportar lecciones importantes para las políticas sobre otras drogas [...] El consumo de tabaco en todo el hemisferio está en declive.”¹¹

Adicionalmente, la OEA recomienda adoptar políticas que se basen en un enfoque de salud pública y el respeto por los derechos humanos, que estén centradas en el bienestar de las personas y tengan en cuenta la perspectiva de género, con el fin de reducir las consecuencias negativas del problema de las drogas, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

A continuación, se presentará un resumen del estado actual del consumo de algunas drogas:¹²

a. Cannabis

El consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de los países que reportaron datos. La mayoría de los países reporta un aumento en el consumo de cannabis entre los estudiantes de

⁷ *Ibíd.*, 15.

⁸ *Ibíd.*, 102.

⁹ *Ibíd.*, 93-94.

¹⁰ El aumento en el consumo de drogas es un fenómeno mundial. Entre finales de los 90 y 2005 el número de personas que usan drogas en el mundo pasó de 180 a 205 millones. Entre 2006 y 2015, este número aumentó de 208 a 255 millones. Ver: **United Nations Office on Drug and Crime**, *World drug report*, 2011

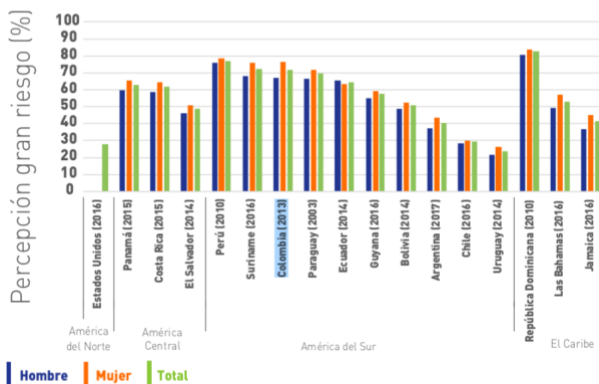
¹¹ **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas**, *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*, pág iii

¹² Los datos proporcionados para cada droga fueron obtenidos de: **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas**, *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*, Washington D.C: Organización de los Estados Americanos, 2019

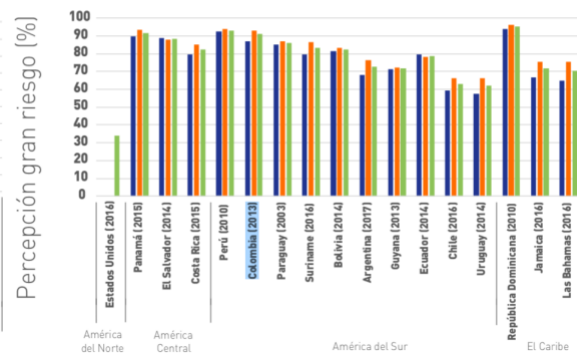
enseñanza secundaria. En Colombia este porcentaje pasó del 7,7% en 2004 al 8,4% en 2016. Asimismo, el consumo de marihuana entre las mujeres muestra una variación continua desde 2004, desde 5,1% a 7,6% en 2016. Ahora bien, en EE. UU- donde se ha regulado el consumo en algunos estados- los datos más recientes indican que las tasas de consumo han comenzado a disminuir después del aumento y la estabilización.

*La percepción de gran riesgo del consumo ocasional y de consumo frecuente de marihuana en la población general, es mayor en Colombia, que en Estados Unidos o en Uruguay, donde el consumo, producción y distribución de esta planta son legales y están regulados.

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional (alguna vez/una o dos veces) de marihuana en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



b. Substancias tipo cocaína

De acuerdo con datos del informe, la mitad de los países de las Américas muestran aumentos en el consumo de cocaína. En la población general la prevalencia del último año varía de 0,03% a casi 2,0%.

La prevalencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria en el último año varió del 0,17% a más del 4,0%. Los tres países con una prevalencia superior al 2,5% en el último año fueron Chile, **Colombia** y Canadá. Colombia es el país andino con una de las tasas más altas de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios. La prevalencia aumentó de 2,4% en 2009 a 2,7% en 2016. Los hombres continúan teniendo un consumo prevalente.

Respecto a la percepción de facilidad de acceso a la cocaína, si bien Colombia tiene una prevalencia de consumo del 1%, hay una percepción de facilidad de acceso superior al 25%, que es mayor a la de países con mayor prevalencia de consumo, como EE. UU (1,8%).

c. Opioides

En Canadá y los EE. UU el uso de analgésicos opioides con fines médicos, combinados con benzodiacepinas con fines no médicos, se han asociado con más muertes por sobredosis que cualquier droga ilícita. En Colombia el consumo de opioides aún no es significativo.

d. Éxtasis

El uso temprano de esta sustancia entre los estudiantes de octavo grado es mayor en Antigua y Barbuda, Belice y Colombia.

1.3 Tipología del consumo

De acuerdo con el Ministerio de Salud, en el diseño e implementación de la política de drogas es importante diferenciar los niveles y tipos de consumo, ya que no todos los consumidores son iguales, se encuentran en contextos distintos y tienen motivaciones diversas para consumir. En este sentido, no puede existir una respuesta homogénea por parte del Estado hacia el consumo de SPA.¹³ A continuación se expondrán distintos tipos de consumo:

Experimental: El individuo prueba la sustancia una o dos veces y decide no volverlo a hacer por diversas razones como, por ejemplo, los efectos no fueron placenteros no va de acuerdo con su estilo de vida o forma de pensar, o simplemente ha saciado una curiosidad.¹⁴

Recreativo: El consumo se da con cierta regularidad. Entre sus principales objetivos está la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. Es un consumo pasajero, asociado a situaciones concretas y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias evidentes. Generalmente consume en contextos grupales.¹⁵

Habitual: La frecuencia y la cantidad de consumo aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume.¹⁶

Compulsivo: El usuario desarrolla un estilo de vida en torno a cierta droga que incluye el círculo de amigos y el reconocimiento, aunque también puede desarrollar un consumo solitario, aislado y sin mayores actividades. El uso de la sustancia se da por necesidad y muchas veces para evitar sentirse mal física o psicológicamente.¹⁷

Problemático: Hace referencia a los patrones de uso de sustancias que derivan en claros inconvenientes que impiden el normal desarrollo del funcionamiento del individuo (a nivel de salud, estabilidad psicológica, social y económica) así como de su entorno.¹⁸ Puede darse independientemente de si el consumo es ocasional o frecuente. Existen factores del contexto del individuo que contribuyen al desarrollo de usos problemáticos de sustancias.

¹³ **Ministerio de Salud** *La prevención y la mitigación en las manos de los y las jóvenes*, Bogotá: Cometa, 2013

¹⁴ *Ibíd.*, 20.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*, 21.

¹⁸ **Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia**, *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*, Informe Final, 2015, pág 10

Dependiente: Puede darse abrupta o progresivamente. Al intentar dejar de consumir, el usuario experimenta síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. Siente que es imposible resistir el deseo de consumir, que ha perdido el control y sufre una fuerte ansiedad que solo se alivia al consumir de nuevo. Hay dos tipos de dependencia: física y psicológica, que puede darse independientemente de si el consumo es ocasional o frecuente.

En la **dependencia física** al dejar de consumir, el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retirada. Con la **dependencia psicológica** la privación de la sustancia produce síntomas como malestar, angustia, irritabilidad y depresión.¹⁹

2. VIOLENCIA Y FORTALECIMIENTO DE LAS MAFIAS DEL NARCOTRÁFICO

En Colombia existe desde muy temprano una lista de normas que han prohibido el consumo y penalizan el narcotráfico. De hecho, este es uno de los países con una de las legislaciones penales más estrictas en materia de tráfico de drogas ilícitas.²⁰ Sin embargo, esto ha resultado insuficiente para erradicar el consumo de SPA.

A pesar de un gran esfuerzo por prohibir el consumo el mercado mundial se encuentra bien abastecido a pesar del aumento de recursos y de estrategias dirigidas al prohibicionismo. De acuerdo con el observatorio de Drogas de Colombia, las incautaciones de cocaína han aumentado con el tiempo: durante los años 90 estas superaban ampliamente las 100 toneladas por año, mientras que en los ochenta escasamente superaban las 10 toneladas. Entre 2006 y 2008 las incautaciones de alcaloides derivados de la coca aumentaron en un 40%. En el año 2015 las incautaciones de cocaína llegaron a 252 toneladas y a más de 300 en el 2016. A pesar de esto las SPA han seguido llegando a las manos de los usuarios y el consumo ha venido en aumento.²¹

Adicionalmente, el prohibicionismo ha tenido como consecuencia que las organizaciones del narcotráfico hayan transformado su estructura y modelo de negocio, para sobreponerse a la lucha antinarcóticos.²² Tal como lo aseguró el entonces Director de Planeación Nacional:

La acción estatal, con el aumento de recursos y de pie de fuerza, llevó a que las organizaciones del narcotráfico cambiaran el modelo de negocio a partir del 2009 e hicieran el tránsito hacia la multicitricriminalidad y delincuencia organizada para abrir nuevos mercados como el del narcomenudeo, que les generan más rentabilidad así hayan perdido la hegemonía sobre el negocio.²³

¹⁹ Ministerio de Salud *La prevención y la mitigación en las manos de los y las jóvenes*, pág 21

²⁰ **Dejusticia**, “Le pedimos al presidente Duque que no firme el decreto de la dosis mínima, aquí las razones”, *DeJusticia*, 27 de septiembre 2018, acceso el 5 de junio de 2019.

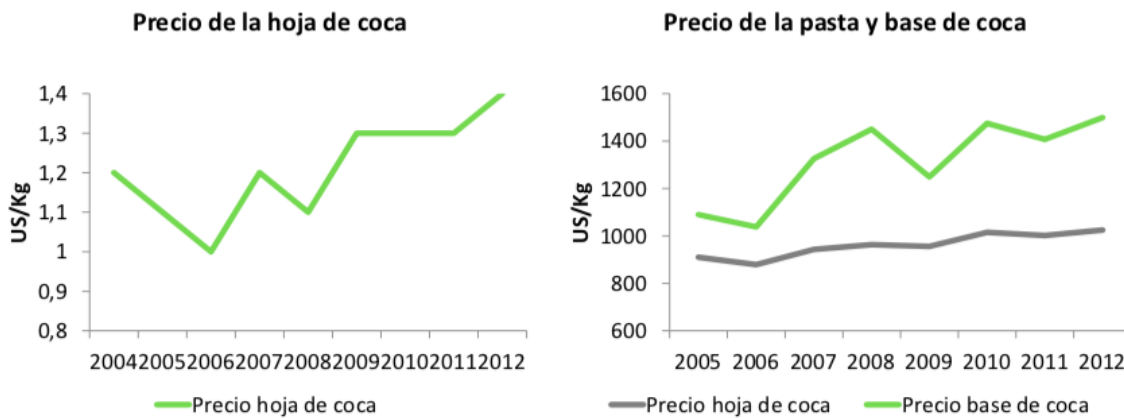
²¹ **Rodrigo Uprimny**, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca, s.f, acceso el 20 de mayo de 2019 http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/uprimny_drogas_y_democracia.htm#_ftn1

²² **DNP**, *Narcomenudeo en Colombia: una transformación de la economía criminal*, Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2016

²³ **DNP**, “Narcomenudeo, un lucrativo negocio que mueve \$6 billones anuales”, *DNP*, 9 noviembre 2016, acceso mayo 1 2019.

Es decir, a partir del 2008 se pasó de los grandes carteles a la fragmentación de organizaciones de delincuencia organizada, conocida como **narcomenudeo**²⁴, lo cual ha permitido mayor disponibilidad de sustancias como la cocaína, marihuana y bazuco.²⁵

Por otro lado, a pesar del prohibicionismo, la **tendencia del precio de insumos como la hoja y pasta de coca han sido ascendentes**, sin que esto impida que su consumo aumente.



Fuente: UNODC, en: Mejía, (2014), "Drogas y política de drogas en Colombia", Universidad de los Andes, CESED

Ahora bien, el resultado de un consumo en aumento y unos precios de las drogas elevados, derivados del prohibicionismo, ha tenido como resultado el enriquecimiento exponencial de las organizaciones dedicadas al narcomenudeo y al narcotráfico.

La rentabilidad del narcotráfico para el 2015 estuvo en 260%. Sus ganancias fueron del \$20,5 billones, lo que equivale al 3,8 del PIB de ese año²⁶. Ajustado a las incautaciones, las ganancias fueron de \$12,4 billones, equivalentes al 1,6 del PIB.²⁷ Para ese mismo año, la rentabilidad del narcomenudeo estuvo en 356%, mientras sus ganancias fueron de 6 billones de pesos, es decir, 0,7% del PIB y ajustado a incautaciones 0,715%. De las ganancias del narcomenudeo en 2015, \$300.000 millones corresponden a la red dedicada al cultivo y producción, \$2,5 billones a la banda delincriminal que la distribuye y \$3,2 billones a los expendedores de droga que la ponen en las calles para su consumo.²⁸

Para el 2015, la rentabilidad de transportar cocaína al exterior, ajustada a incautaciones, estuvo por encima del 80%, y en del mercado interno alcanzó incluso más de 1.400%. Entre 2016 y 2017 los ingresos del narcotráfico aumentaron en un 150%. Mientras tanto, para 2017, se estima que el narcotráfico tuvo ganancias por al menos 15.000 millones de dólares, lo que equivaldría al 5% del PIB de ese año.²⁹

²⁴ El narcomenudeo implica una transición de puntos fijos de expendio a redes móviles de distribución, así como llamadas telefónicas, redes sociales e Internet y domicilios a residencias, bares y otros establecimientos. Para las entregas de la droga se utilizan mecanismos como los habitantes de calle o el fototaxismo, que sean difíciles de detectar.

²⁵ DNP, *Narcomenudeo en Colombia: una transformación de la economía criminal*.

²⁶ En el 2015, el narcotráfico produjo más ingresos que el sector cafetero, que participó ese año con el 1% del PIB

²⁷ DNP, "Narcomenudeo, un lucrativo negocio que mueve \$6 billones anuales".

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ *Ibíd.*

Grosso modo, el enfoque prohibicionista no solo no ha logrado cumplir con las metas de reducción de consumo, sino que ha tenido afectos colaterales adversos, como la consolidación de una poderosa economía ilegal internacionalizada que adquiere ganancias extraordinarias. Los precios de la droga se han multiplicado y de ninguna manera son apropiadas por el Estado, sino por un monopolio de las organizaciones criminales, que son además generadoras de violencia, corrupción e inestabilidad institucional.³⁰

3. OBLIGACIONES DEL ESTADO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS FRENTE A LA POLÍTICA DE DROGAS

El actual régimen de control de drogas de la ONU se basa en tres tratados internacionales de fiscalización de drogas: La Convención Única de 1961 sobre Estupefaciente, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

Sin duda, Colombia ha adquirido obligaciones a partir de estos tratados. No obstante, estos deben interpretarse según las obligaciones en materia de derechos humanos, dada la jerarquía del derecho internacional³¹ y la prioridad que tienen los convenios de derechos humanos en nuestro orden interno, aun en estados de excepción, como lo consagra el artículo 93 constitucional.³²

Incluso, todas las instituciones de la ONU tienen la obligación de promover los derechos humanos en virtud de su establecimiento en el marco de la Carta de las Naciones Unidas.

No obstante, existe una contradicción en este sentido, toda vez que algunos abusos de los derechos humanos se han realizado en el nombre del sistema internacional de control de drogas, pues la estrategia primordial para abordar los problemas relacionados con las drogas ha sido el prohibicionismo y la represión por parte del estado.³³ Las metas de reducción de consumo de las estrategias direccionadas por las Naciones Unidas, no solo no se han alcanzado, sino que han producido efectos contraproducentes para la garantía de los derechos humanos, la salud pública y la democracia e institucionalidad

Las *Guías Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas*³⁴ de Naciones Unidas resumen las obligaciones jurídicas concretas en derechos humanos que tienen los Estados en el campo de la política de drogas. Cada una de estas directrices está soportada en normas y principios internacionales de derechos humanos contenidos en tratados, pronunciamientos de organismos internacionales de derechos humanos y otros documentos internacionales.³⁵

³⁰ Rodrigo Uprimny, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca.

³¹ Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho, *En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina*, CIDE, México: 2014.

³² Rodrigo Uprimny, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca.

³³ Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho, *En busca de los derechos*.

³⁴ Naciones Unidas, *Directrices internacionales sobre derechos humanos y política de drogas*, s.f, acceso el 5 de julio de: <https://www.humanrights-drugpolicy.org>

³⁵ Rodrigo Uprimny, “Derechos humanos y política frente a las drogas”. *El Espectador*, 24 de marzo de 2019, acceso el 5 de mayo de 2019 en <https://www.elspectador.com/opinion/derechos-humanos-y-politica-frente-las-drogas-columna-846505>

A continuación, se hará una breve descripción de estas directrices, que funcionan como un marco jurídico de derechos humanos que los Estados deben seguir en sus políticas frente a las drogas y, por tanto, deben ser el eje de la política nacional de drogas:

3.1 Principios fundacionales

a. Dignidad humana

La dignidad humana universal es un principio fundamental de los derechos humanos. De la dignidad inherente se derivan nuestros derechos. Ninguna ley, política o práctica sobre drogas debe resquebrajar o violar la dignidad de cualquier persona o grupo de personas.³⁶

b. Universalidad e interdependencia de derechos

Los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles, interdependientes e interrelacionados, incluyendo los contextos de políticas de drogas, asistencia para el desarrollo, atención médica y justicia penal.³⁷

c. Igualdad y no discriminación

Todas las personas tienen derecho a la igualdad y a no ser discriminadas. Esto significa que todos son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección y beneficio de la ley, incluido el disfrute de todos los derechos humanos sin discriminación por algún motivo (como el estado de salud, que incluye la dependencia de drogas).

De conformidad con este derecho, los Estados deberán:

- i. Tomar todas las medidas convenientes para prevenir, identificar y remediar la discriminación injusta en las leyes, políticas y prácticas de drogas por cualquier motivo, incluida la dependencia de las drogas.
- ii. Proporcionar una protección igual y efectiva contra dicha discriminación, asegurando que los grupos particularmente vulnerables puedan ejercer gozar de sus derechos humanos.

Para facilitar lo anterior, los Estados deberán monitorear el impacto diferenciado de las leyes, y políticas de drogas por motivos de raza, origen étnico, orientación sexual, identidad de género, situación económica y participación en el trabajo sexual.³⁸

³⁶ Naciones Unidas, Directrices internacionales sobre derechos humanos y política de drogas

³⁷ *Ibíd.*

³⁸ *Ibíd.*

d. Participación significativa

Todas las personas tienen derecho a participar en la vida pública. Esto incluye el derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de las leyes, políticas y prácticas de drogas, en particular aquellos directamente afectados.³⁹

e. La rendición de cuentas y el derecho a un recurso efectivo.

Los Estados tienen la obligación de respetar y proteger los derechos humanos de todas las personas dentro de su territorio y sujetas a su jurisdicción. Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información sobre cómo los Estados han cumplido con sus obligaciones en derechos humanos en el marco de la política de drogas. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo en caso de acciones u omisiones que afecten o pongan en peligro sus derechos humanos, incluso en el contexto de la política de drogas.

De conformidad con estos derechos, los Estados deberán emprender acciones como:

“i. Establecer procedimientos legales, administrativos y otros procedimientos apropiados, accesibles y efectivos para garantizar la implementación de cualquier ley, política o práctica relacionada con los medicamentos que cumpla con los derechos humanos.

ii. Asegurar que mecanismos y procedimientos legales independientes y transparentes estén disponibles, sean accesibles y alcanzables para que las personas y los grupos puedan presentar quejas formales sobre presuntas violaciones de derechos humanos en el contexto de las leyes, políticas y prácticas de control de drogas.

iii. Asegurar investigaciones independientes, imparciales, rápidas y exhaustivas de las denuncias de violaciones de derechos humanos en el contexto de las leyes y políticas de drogas.

iv. Asegurar que los recursos y medios de reparación adecuados, apropiados y efectivos estén disponibles, sean accesibles y alcanzables para todas las personas y grupos cuyos derechos se hayan violado como resultado de las leyes, políticas y prácticas de control de drogas.

v. Tomar medidas efectivas para prevenir la repetición de violaciones a los derechos humanos en el contexto de las leyes, políticas y prácticas de control de drogas.”⁴⁰

3.2 Obligaciones en derechos humanos frente la política de drogas y su cumplimiento por parte del estado colombiano

A continuación, se expondrán las obligaciones en derechos humanos que tienen los estados para el diseño e implementación de sus políticas de drogas -que competen a este proyecto- de acuerdo con las *Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Droga* de Naciones Unidas⁴¹ y otras fuentes. Paralelamente se hará una descripción general del cumplimiento del estado colombiano frente a estas obligaciones en su política de drogas:

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ *Ibíd.*

3.2.1 Derecho a la salud

(Constitución de la Organización Mundial de la Salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Este derecho se aplica en el contexto de las leyes, políticas y prácticas de drogas. De conformidad con este derecho, los Estados deberían:

i. Tomar medidas deliberadas, concretas y específicas para garantizar que los bienes, servicios e instalaciones relacionados con las drogas y otros servicios de atención médica estén disponibles de forma no discriminatoria en cantidad suficiente; accesible financiera y geográficamente; aceptables en tanto sean respetuosas con la ética médica, las normas culturales, la edad, el género y las comunidades que reciben servicios; y de buena calidad (una base de evidencia sólida).

ii. Abordar los determinantes sociales y económicos que apoyan u obstaculizan los resultados exitosos de salud relacionados con el uso de drogas, incluido el estigma y la discriminación hacia las personas que consumen drogas.

iii. Asegurar que las medidas de reducción de la demanda implementadas para prevenir el consumo de drogas se basen en evidencia y cumplan con los derechos humanos.

iv. Derogar, enmendar o suspender las leyes, políticas y prácticas que inhiben el acceso a sustancias controladas con fines médicos y a bienes, servicios e instalaciones de salud para la prevención del uso problemático de drogas, la reducción de daños entre quienes consumen drogas y el tratamiento de la dependencia de drogas.

Además, los Estados pueden: **v. Hacer uso de las flexibilidades disponibles en las convenciones internacionales de control de drogas de la ONU, para despenalizar la posesión, compra o cultivo de sustancias controladas para consumo personal.**⁴²

Dentro del derecho a la salud en la política de drogas, es fundamental tener en cuenta estos ejes:

a. Reducción de daños

De conformidad con sus obligaciones de derecho a la salud, los Estados deberían emprender acciones como:

i. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de reducción de daños, según lo recomendado por agencias técnicas de la ONU, como la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Es decir, una adecuada financiación, ser acordes a las necesidades de personas en particular vulnerables y marginadas, cumplir con los derechos fundamentales (privacidad, integridad física, debido proceso y libertad de detención arbitraria) y ser respetuosos con la dignidad humana.

⁴² Naciones Unidas, Directrices internacionales sobre derechos humanos y política de droga

- ii. Considerar el desarrollo de otras intervenciones basadas en la evidencia y dirigidas a minimizar los riesgos y daños adversos para la salud asociados con el uso de drogas y asegurarse de que cualquier ley proteja los servicios de reducción de daños.
- iii. Asegurarse de que las víctimas o los testigos de una sobredosis u otra lesión que se produzca por el consumo de drogas estén legalmente protegidas contra el enjuiciamiento penal y otros castigos en situaciones en las que hayan buscado asistencia médica.⁴³

b. Tratamiento de drogodependencia

De conformidad con sus obligaciones de derecho a la salud, los Estados deberían emprender acciones como:

- i. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento de drogas que sean de calidad (basados en la evidencia), adecuadamente financiados y prestados de una manera científicamente sólida y médicamente apropiada. Deben ser acordes a los grupos vulnerables o marginados; cumplir con los derechos fundamentales (como la privacidad, la integridad física, el debido proceso y la libertad de detención arbitraria) y respetar la dignidad humana.
- ii. Asegurarse de que el consentimiento informado voluntario sea una condición previa para cualquier tratamiento médico o intervención preventiva o de diagnóstico.
- iii. Proteger la confidencialidad de toda la información de identificación con respecto a la participación de una persona en la atención médica relacionada con las drogas.⁴⁴

c. Acceso a sustancias controladas como medicinas

El acceso igualitario, efectivo y oportuno a medicamentos controlados (especialmente los incluidos en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud) es un elemento clave del derecho a la salud. Esto incluye su uso como terapia de sustitución de opioides, tratamiento del dolor, cuidados paliativos, anestesia durante procedimientos médicos y el tratamiento y manejo de diversas afecciones de salud.⁴⁵

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

En general los países latinoamericanos tienen acceso limitado a los sistemas de salud pública e insuficientes capacidades institucionales para dar respuesta al problema de las drogas.

El modelo prohibicionista ha puesto todo el énfasis sobre la reducción de la oferta, esperando que con esto la demanda cayera, teoría que, como se explicó en acápite anterior, probó no ser cierta. El consumo de sustancias ilícitas ha crecido 2 puntos porcentuales entre 1996 y 2013; incremento que también reporta en último informe de la OEA, citado anteriormente.

⁴³ Ibíd.

⁴⁴ Ibíd

⁴⁵ Ibíd

En Colombia la inversión en reducción de la demanda es escasa. De acuerdo con datos del Observatorio de Drogas del Ministerio de justicia, para 2015 la reducción de la demanda recibió un 5% de los recursos, mientras que la reducción de la oferta recibió el 95%.⁴⁶

La principal fuente de financiación para atender los problemas de consumo de drogas es el sistema de aseguramiento y de seguridad social, pero los presupuestos son limitados. Algunas fuentes son de tipo coyuntural como la cooperación, el Fondo Nacional de Estupefacientes y los ministerios de Salud y de Justicia, pero estas no son sostenibles en el largo plazo.

Por otro lado, el sistema de salud tiene problemas estructurales, como la cantidad de trámites burocráticos. Incluso, existen prácticas violatorias de derechos fundamentales, métodos sin evidencia que demuestre si son terapéuticos y que, de hecho, pueden profundizar los problemas.⁴⁷

Si bien existe un marco jurídico para materializar este derecho, compuesto por el artículo 49 constitucional, la ley 1566 de 2012, la jurisprudencia de las altas cortes⁴⁸, entre otros, la oferta de políticas en materia de reducción del riesgo y mitigación del daño son muy limitadas, especialmente a nivel departamental y municipal. La oferta de servicios especializados de tratamiento al consumidor es casi inexistente en el 95% de los municipios de país.⁴⁹

En cuanto a las políticas de reducción del consumo, las políticas se han centrado principalmente en sustancias como la heroína y la cocaína, dejando de lado otras como el bazuco, lo cual deja en desventaja a personas en situación de vulnerabilidad como habitantes de calle que son las principales usuarias de esta droga. Así mismo, las políticas para personas privadas de la libertad o las mujeres -y embarazadas- son prácticamente inexistentes.⁵⁰

Por otro lado, aproximadamente 9 de los 32 departamentos del país no cuentan con instituciones que presten servicios de atención a la drogadicción. De los 23 en los que hay, 12 cuenta con menos de 5 instituciones prestadoras de salud que presten estos servicios, la mayoría en las capitales. El 66% de las instituciones que prestan servicios especializados de tratamiento están en Bogotá y cinco departamentos más (Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca). Solo el 8% de los centros de atención a la drogadicción tienen vocación pública; los restantes tienen una mensualidad promedio de 1.000 dólares, lo que los hace inaccesibles para la mayoría. A estas variables se suma que solo el 20% de las instituciones evaluadas atienden urgencias por intoxicación o por sobredosis.⁵¹

⁴⁶ **Scoppetta**, *El enfoque de salud pública en la política de drogas*

⁴⁷ **Carolina Mila**, “La prohibición no reduce el consumo de drogas pero sí aumenta los riesgos de salud”, *Pacifista*, mayo 25 2018, acceso mayo 30 2019, <https://pacifista.tv/notas/la-prohibicion-no-reduce-el-consumo-de-drogas-pero-si-aumenta-los-riesgos-de-salud/>

⁴⁸ Ver sentencias Corte Constitucional: C-221 de 1994; C-101 de 2004, C-574 de 2011, C-491 de 2012 y Corte Suprema de Justicia. Sala Penal: SP3605-2017, 15 de marzo de 2017.

⁴⁹ **Acciones para el Cambio**, *La experiencia de Colombia en materia de política de drogas en la última década*.

⁵⁰ *Ibíd*

⁵¹ *Ibíd*.

Finalmente, la prohibición impide cualquier control de calidad de estas SPA y permite que los consumidores deban recurrir a las redes de distribución ilegal.⁵²

Todos estos factores afectan la concreción del derecho a la salud, y de manera desproporcionada afecta a grupos poblacionales vulnerables como habitantes de calle, mujeres, personas privadas de la libertad y grupos étnicos.

3.2.2 Derecho a la vida

(Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos)

El derecho a la vida se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en su artículo 3 establece que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.⁵³ A pesar de su reconocimiento, en muchos países, entre ellos Colombia, este derecho se ha vulnerado en el nombre de la guerra contra las drogas.

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

Según la Defensoría del Pueblo, desde la firma del Acuerdo de Paz, de los líderes sociales asesinados, aquellos vinculados al programa de sustitución de cultivos -PNIS- han sufrido un impacto diferenciado.⁵⁴ De acuerdo con un informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre 1 enero de 2018 y el 30 de abril de 2019, han asesinado 317 líderes sociales, principalmente en el Cauca (uno de los departamentos con más cultivos ilícitos).⁵⁵ Por otro lado, el Ministerio de Justicia reportó 6.992 miembros de la fuerza pública muertos y 31.572 lesionados en acciones de interdicción del narcotráfico entre 2003 y 2018.⁵⁶

3.2.3 Derecho a no ser objeto de discriminación

(Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1960, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.)

Frente este derecho, los estados tienen la obligación de crear mecanismos para que los usuarios de drogas son objeto de discriminación en sus comunidades. Sin embargo, en Colombia no existen políticas concretas para disminuir este fenómeno. Adicionalmente, las políticas existentes en ocasiones refuerzan el estigma hacia los usuarios, al no tener políticas claramente diferenciadas para los distintos tipos de consumo, encasillando a todos como un consumo problemático o abordándolos bajo un enfoque de política criminal.

⁵² Rodrigo Uprimny, Reformular la política frente a las drogas: desafío ineludible para Colombia, *Razón Pública*, 8 enero de 2012, acceso el 30 de mayo de 2019 de <https://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/2646-reformular-la-politica-frente-a-las-drogas-desafio-ineludible-para-colombia.html>

⁵³ **Declaración Universal de Derechos Humanos**, 1948

⁵⁴ **Caracol Radio**, “Líderes de sustitución de cultivos ilícitos los más asesinados: Defensoría”, *Caracol*, 1 de marzo de 2018, acceso el 15 de junio de 2019, https://caracol.com.co/radio/2018/03/01/nacional/1519927766_762895.html

⁵⁵ Agencia EFE. “En los últimos 15 meses han asesinado a 317 líderes sociales en Colombia”. *El Heraldo*, mayo 15 de 2019, acceso el 30 de mayo de 2019 de: <https://www.elheraldo.co/colombia/en-los-ultimos-15-meses-han-asesinado-317-lideres-sociales-en-colombia-632429>

⁵⁶ **Ministerio de Defensa**, “Derecho de petición”, N° E31091 MDN-DMSG.GAL-22, 2019

3.2.4 Derechos del niño

El Artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

La política de drogas en Colombia no está protegiendo a los niños y las niñas de la forma que se cumpla lo establecido en la convención. El prohibicionismo ha tenido efectos colaterales como la fragmentación de las organizaciones criminales y del narcomenudeo en las calles, lo cual ha puesto en riesgo la seguridad de los menores.

Por otro lado, las políticas de prevención no cuentan con el presupuesto suficiente, ni están disponibles en todo el territorio nacional. Lo mismo sucede con los servicios de tratamiento y de reducción de drogas que se adapten a sus necesidades. Adicionalmente, “los hijos y las hijas de personas que usan drogas son estigmatizados y, si los padres son enviados a la cárcel o a centros de detención, los hijos corren un alto riesgo de cometer delitos y acabar consumiendo drogas”.⁵⁷

3.2.5 Derecho a la libertad personal

Tradicionalmente, el derecho a la libertad personal se ha entendido en el sentido de la libertad física -de movimiento-. Sin embargo, la Corte IDH le ha dado un contenido más amplio, asociándolo también a la posibilidad de autodeterminación.⁵⁸ También se ha interpretado como “la ausencia de perturbaciones que restrinjan o limiten la libertad más allá de lo razonable. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana”⁵⁹

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

Si bien en Colombia el consumo y porte -dosis mínima- no está penalizado, para 31 de julio de 2018 en las prisiones colombianas había 24.954 personas recluidas por el delito de tráfico de estupefacientes. De estas, 14.536 estaban judicializadas por la comisión de un solo delito y 6.864 condenadas por otros delitos relacionados con drogas. De las personas condenadas por algún delito de drogas, solo 3.753 lo fueron por otras modalidades delictivas, como el hurto. Es decir, de 16.484 condenados por delitos de droga, el 22,7% lo estaban junto con otros delitos.⁶⁰

⁵⁷ Jensema, “Derechos humanos y políticas de Drogas”.

⁵⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Cuadernillo de jurisprudencia de la corte interamericana de derechos humanos, No 8: Libertad personal, s.f, <http://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/libertadpersonal5.pdf>

⁵⁹ Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez. Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007

⁶⁰ Acciones para el Cambio, La experiencia de Colombia en materia de política de drogas en la última década.

En el caso de las mujeres, para el 31 de julio había 1.272 sindicadas y 2.508 condenadas, para un total de 3.780. De este total, 45% están privadas de la libertad por delitos relacionados con drogas, lo que evidencia un impacto diferenciado.⁶¹ En cuanto a los cultivadores, para este mismo corte de fecha había 255 personas detenidas por conservación de cultivos declarados ilícitos, de los cuales el 55% están condenadas.⁶² El tratamiento penal diferenciado, concebido en el Acuerdo de Paz, aún no ha sido aprobado en el Congreso.

En este sentido, el enfoque punitivo, derivado del prohibicionismo, va en contravía con el respeto a los derechos fundamentales del individuo por ser, entre otras cosas, irrazonables, imprevisibles, o faltos de proporcionalidad en muchos casos.⁶³ Además, esta estrategia no ha derivado en una disminución del consumo ni de la oferta de drogas ilícitas.

3.2.6 Derecho a la intimidad

(Art. 12 Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos)

Si bien el derecho a la intimidad no es absoluto y la injerencia en la vida privada puede justificarse por motivos de salud pública y, con ciertas limitaciones, de carácter moral, las normas internacionales de derechos humanos demandan que esa injerencia no sea arbitraria ni ilegal. La jurisprudencia del Comité de Derechos Humanos de la ONU ha establecido que el derecho a una determinada conducta podría estar protegido incluso en caso de que esta se considere nociva desde el punto de vista físico o moral.⁶⁴

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

Algunas decisiones tomadas por Colombia, como la prohibición del porte y consumo de la dosis personal o la prohibición del artículo 49 de la Carta, van en contravía de la protección del derecho de las personas a la intimidad o “el libre desarrollo de la personalidad”.

El artículo 16 de la Constitución Política de la República de Colombia (1991) establece que: “Todas las personas tienen el derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.” Así mismo, la jurisprudencia de las altas cortes se ha pronunciado frente a este derecho, en relación con el consumo de drogas, a través de Sentencias como la C-221 de 1994, la cual afirma que “las normas que hacen del consumo de droga un delito son claramente inconstitucionales”.

3.2.7 Derecho a la paz

De acuerdo con la UNESCO, la paz es un derecho humano del que todas las personas, los grupos y los pueblos somos titulares.⁶⁵ En el mismo sentido, el artículo 22 de la Constitución política

⁶¹ Ver: <http://www.inpec.gov.co/estadisticas-tableros-estadisticos>

⁶² **Acciones por el Cambio**, *La experiencia de Colombia en materia de política de drogas en la última década*.

⁶³ *Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala*. Fondo. Sentencia de 25 de noviembre de 2000⁴⁸, párr. 139

⁶⁴ **Jensema**, “Derechos humanos y políticas de Drogas”.

⁶⁵ **UNESCO**, “La paz es un derecho”, 2011, <http://www.unesco.org/archives/multimedia/document-2800>

colombiana establece que “la paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento”, el cual se refuerza teniendo en cuenta que Colombia ratificó las cuatro convenciones de Derecho Internacional Humanitario de 1949 y sus dos protocolos adicionales sobre conflictos armados internacionales y no internacionales o internos.⁶⁶

¿El estado colombiano está cumpliendo con esta obligación en su política de drogas?

Al respecto es importante mencionar que en Colombia el narcotráfico ha sido transversal al conflicto armado. Por un lado, el 78% (con más de 100 ha) presentan una alta incidencia del conflicto armado.⁶⁷ Por otro, Como lo expone el Centro Memoria de la Policía, el narcotráfico fue una fuente de financiación para distintos grupos armados en el marco de la guerra.⁶⁸ Hoy en día es también un mecanismo de financiación de bandas criminales.

De este modo, el modelo prohibicionista en la política de drogas, tiene como consecuencia inevitable el fortalecimiento de las organizaciones dedicadas al narcotráfico, las cuales operan en un marco de violencia y no respeto por los derechos humanos.

3.3 Sobre determinantes sociales

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶⁹, define los determinantes sociales de la salud como el conjunto de circunstancias que rodean, durante todo el ciclo de vida, a todas las personas, incluido el sistema de salud. Las determinantes son resultado de la distribución de la riqueza, el poder y los recursos en el ámbito mundial, nacional y local, lo que explica un conjunto de inequidades sanitarias, en todo caso, evitables e injustas. El enfoque de determinantes sociales permite ampliar el concepto de salud, más allá de la ausencia de enfermedad, a una acción inter y transectorial de los Estados, incluyendo la participación social, para afectar dichas inequidades, y construir un bienestar que produzca sociedades y territorios saludables. Este enfoque es importante en el asunto que aquí nos atañe, pues supera los enfoques tradicionales de la epidemiología clásica o de la terapéutica tradicional para el caso del consumo y del consumo problemático. Implica afectar las condiciones económicas, culturales, ambientales, territoriales, de seguridad, entre otras, que crean las circunstancias para que un individuo llegue a un consumo problemático. Actualizar el enfoque hacia los determinantes sociales implica poner a tono internacional la Constitución, así como abrir un camino hacia una comprensión mucho más amplia de la política pública, de los planes y programas que se establezcan al respecto.

⁶⁶ **Comité Internacional de la Cruz Roja**, “Los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales”, *CICR*, enero 1 2014, <https://www.icrc.org/es/document/los-convenios-de-ginebra-de-1949-y-sus-protocolos-adicionales>

⁶⁷ **DNP**, “Narcomenudeo, un lucrativo negocio que mueve \$6 billones anuales”

⁶⁸ **Policia Nacional** *Policía, narcotráfico y crimen*, Bogotá: Policía Nacional, 2016

⁶⁹ 62ª. Asamblea Mundial de la Salud, Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 29 de mayo de 2009. Consultado: 18/07/2019. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

III. MARCO NORMATIVO VIGENTE

1. ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 02 DE 2009

Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política

Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Respecto a la expresión subrayada, la Corte Constitucional se declara INHIBIDA en Sentencia C-574 de 2011.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”.

Artículo 2°. *El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.*

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA: ARTICULO 93

Artículo 93: Los “tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”

3. ACUERDO DE PAZ

2.2 Acto legislativo 02 de 2017

Artículo 1. *La Constitución Política tendrá un nuevo artículo transitorio así: Artículo transitorio xx. En desarrollo del derecho a la paz, los contenidos del Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, firmado el día 24 de noviembre de 2016, que correspondan a normas de derecho internacional humanitario o derechos fundamentales definidos en la Constitución Política y aquellos conexos con los anteriores, serán obligatoriamente parámetros de interpretación y referente de desarrollo y validez de las normas y las leyes de implementación y desarrollo del Acuerdo Final, con sujeción a las disposiciones constitucionales.*

2.3 Decreto 896 de 2017

Por el cual se crea el Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito-PNIS-

2.4 Decreto 249 de 2017

Por el cual se regula la contratación para la erradicación manual de cultivos ilícitos en el marco del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.

4. LEY 30 DE 1986

Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones

En materia de sustancia psicoactivas, Colombia se rige por la Ley 30 de 1986 denominada Estatuto de Estupefacientes, que define lo que se entiende por droga, estupefacientes, medicamento psicotrópico y la cantidad considerada dosis personal.

5. LEY 1566 DE 2012

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.

Artículo 1°. Reconocimientos. *Reconózcase 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. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Artículo 2°. Atención integral. *Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos*

Artículo 6°. Promoción de la salud y prevención del consumo. *El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el*

consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales.

IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD

El bloque de constitucionalidad relativo a este proyecto está compuesto por:

1. EL RÉGIMEN DE CONTROL DE DROGAS DE LA ONU:

- a) ***“Convención Única sobre Estupefacientes”–1961–*** Colombia firmó el 3 de marzo de 1975. Fue aprobada por la Ley 13 de 1974 y Decreto de Promulgación número 1019 de 1990; entró en vigor el 2 de abril de 1975.
- b) ***“Convención Única sobre Sustancias Psicotrópicas” – 1971-*** Ratificada por el Estado Colombiano el 12 de mayo de 1981. Esta convención fue aprobada por la Ley 43 de 1980 y entró en vigor el 10 de agosto de 1981.
- c) ***“Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).*** Suscrita el 20 de diciembre de 1988, aprobada mediante la Ley 67 de 1993, y ratificada el 10 de junio de 1994. La Sentencia que declara la constitucionalidad de la Convención es la C-176 de 1994, y el Decreto de Promulgación es el 671 de 1995.

Los tres grandes tratados de fiscalización internacional de drogas se sustentan entre sí y son complementarios. Las convenciones de 1961 y 1971 incorporan disposiciones generales sobre el tráfico y el uso de drogas. La Convención de 1961 se centra en las drogas de origen vegetal, como la coca, el cannabis, el opio y la heroína. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 reforzó el uso de sanciones penales para combatir la producción, posesión y tráfico ilícito de drogas.

Como ya se sustentó, estos tratados deben interpretarse acorde a las obligaciones concurrentes en materia de derechos humanos⁷⁰

2. LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO COLOMBIANO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos se intersectan con una gran variedad de medidas en la política de drogas; desde la producción hasta el consumo. En este sentido, los estados están obligados a cumplir con los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos al momento de diseñar e implementar sus políticas de drogas.

⁷⁰ **Jensemá**, “Derechos humanos y políticas de Drogas”.

Al ratificar los tratados internacionales, los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.⁷¹ Por tanto, Colombia, al haber ratificado los tratados internacionales enunciados, en función del principio Pact Sunt Servanda, debe adoptar medidas y leyes internas compatibles con las obligaciones y deberes allí consagrados, de manera prevalente.

Ahora bien, existen normas que integran el bloque de constitucionalidad, en sentido estricto o en sentido lato. De acuerdo con la jurisprudencia⁷², los artículos de los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, reconocidos por la Carta, hacen parte del bloque en sentido estricto. Incluso, la propia Constitución remite a esa doctrina y jurisprudencia en su artículo 93-2, al señalar que los derechos constitucionales deben ser interpretados de conformidad con los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia.⁷³

2.1 Derecho internacional de los derechos humanos de Naciones Unidas

TRATADOS DE DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS APROBADOS EN EL MARCO DEL SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN			
TRATADO	APROBACIÓN	RATIFICACIÓN	ENTRADA EN VIGOR
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Mediante la Ley 74 de 1968	29 de octubre de 1969	23 de marzo de 1976
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Mediante la Ley 74 de 1968	29 de octubre de 1969	3 de enero de 1976
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Mediante la Ley 22 de 1981	2 de septiembre de 1981	Para Colombia: 2 de octubre de 1981
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Mediante la Ley 51 de 1981	19 de enero de 1982	Para Colombia: 19 de febrero de 1982.
Convención sobre los Derechos del Niño	Mediante la Ley 12 de 1991	28 de enero de 1991	Para Colombia: 27 de febrero de 1991.
Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	Mediante la Ley 70 de 1986	8 de diciembre de 1987	Para Colombia: 8 de enero de 1988.

⁷¹ Naciones Unidas Derechos Humanos, “El derecho internacional de los derechos humanos, (s.f), acceso el 30 de mayo de 2019, <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>

⁷² Ver, por ejemplo, la sentencia C-582 de 1999

⁷³ Rodrigo Uprimny, “Bloque de constitucionalidad, derechos humanos y nuevo procedimiento penal”, *DeJusticia*, (s.f), https://cdn.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_47.pdf

2.1 Tratados del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos

TRATADOS DEL SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS			
TRATADO	APROBACIÓN	RATIFICACIÓN	ENTRADA EN VIGOR
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Mediante la Ley 16 de 1972	31 de julio de 1973	18 de julio de 1978
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”	Mediante la Ley 319 de 1996. Declarada exequible mediante Sentencia C-251 de 1997.	23 de diciembre de 1997	Para Colombia: 16 de noviembre de 1999
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará	Mediante la Ley 248 de 1995, declarada exequible mediante Sentencia C-408 de 1996.	15 de noviembre de 1996	Para Colombia: 15 de diciembre de 1996.

V. MARCO JURISPRUDENCIAL

A través de la **Sentencia C-221 de 1994** la Corte Constitucional despenalizó el consumo de la dosis personal, argumentando que la penalización del consumo va en contravía de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. Al respecto, la Corte Constitucional estableció:

Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras ésta no interfiera con la autonomía de las otras, es parte vital del interés común en una sociedad personalista, como la que ha pretendido configurar la Carta Política que hoy nos rige. Si el derecho al libre desarrollo de la personalidad tiene algún sentido dentro de nuestro sistema, es preciso concluir que, por las razones anotadas, las normas que hacen del consumo de droga un delito son claramente inconstitucionales.

No obstante, en el marco de esta sentencia, la Corte Constitucional señala una paradoja entre la despenalización de la dosis personal y el fenómeno del narcotráfico, toda vez que:

Por un lado, se autoriza el consumo de la dosis personal, pero por otro se mantiene la penalización del narcotráfico. Es decir que se permite a los individuos consumir droga, pero se prohíbe su producción, distribución y venta. Carece de toda lógica que la ley ampare al consumidor de un producto y, en cambio sancione a quien se lo suministre.

Por otro lado, la **Sentencia C-574 de 2011** aclaró que, por lo menos desde el punto de vista constitucional, en el país no es posible penalizar el porte de la dosis mínima exclusiva para el consumo. Adicionalmente, en esta Sentencia, a partir de una interpretación sistemática de los nuevos incisos introducidos por el Acto Legislativo 02 de 2009 en el artículo 49, con el resto de este precepto superior, y con otros principios del texto fundamental que inciden en su alcance, la Corte llegó a la siguiente conclusión:

[...] En cuanto a la interpretación del inciso sexto del artículo 49, con el resto de la Constitución, se tiene que tener en cuenta que dicho apartado, que está inserto en el derecho a la salud, se debería corresponder con un concepto amplio de dignidad que implique la autodeterminación (artículo 1), con el derecho a la vida y con el deber del Estado de protegerla (art. 11 e inciso segundo del artículo 2º), con la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás (inciso tercero del artículo 44), con la protección y la formación integral del adolescente (artículo 45), con la obligación de adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos a quienes se les prestará la atención especializada que requieran (art. 47); con el mismo derecho a la salud y saneamiento ambiental (art. 49) y con el numeral primero de los deberes del artículo 95 que establece que toda persona tiene el deber de “Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.

Posteriormente, a través de la **Sentencia C-882 de 2011**, la Corte Constitucional declaró que el Acto Legislativo número 02 de 2009 no limita las prácticas culturales y ancestrales de las comunidades indígenas y por ende no requería consulta previa. Al respecto:

La Sala observa con fundamento en los antecedentes legislativos y en la ubicación de la reforma en el texto constitucional, que el Acto Legislativo número 02 de 2009 prohíbe el porte y consumo de sustancias estupefacientes –incluida la hoja de coca– y psicoactivas con el propósito exclusivo de atacar la drogadicción como un problema de salud pública. Por tanto, esta prohibición, desde el punto de vista teleológico y sistemático, no es aplicable a las comunidades indígenas, pues el uso, consumo y cultivo de la hoja de coca en estas comunidades no está asociado a la drogadicción ni conlleva problemas de salud para sus miembros. Como se explicó en apartes previos, el uso, consumo y cultivo de la hoja de coca en las comunidades indígenas hace parte de sus costumbres ancestrales, es decir, es una práctica protegida por los derechos a la identidad cultural y a la autonomía de los pueblos indígenas y, por tanto, amparada por el principio de respeto y protección de la diversidad étnica y cultural. En consecuencia, afirmar que los indígenas “son adictos o contribuyen al tráfico ilícito de sustancias estupefacientes como causa de la drogadicción” sería desconocer el valor cultural de la práctica y constituiría un atentado directo contra sus derechos a la identidad étnica y cultural y a la autonomía. Por estas razones, debe concluirse que el Acto Legislativo no es aplicable a las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas ligadas a la hoja de coca.

Respecto a los tratamientos de salud, la Corte señaló, en la **Sentencia T-859 de 2003**, que el derecho a la salud es un derecho fundamental, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”.

Respecto a la prevalencia de los tratados internacionales que integran el Bloque de Constitucionalidad, la Sentencia **C-225 de 1995** establece que:

Como vemos, el bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional stricto sensu.

En tales circunstancias, la Corte Constitucional coincide con la Vista Fiscal en que el único sentido razonable que se puede conferir a la noción de prevalencia de los tratados de derechos humanos y de derecho internacional humanitario (CP arts 93 y 214 numeral 2o) es que éstos forman con el resto del texto constitucional un "bloque de constitucionalidad", cuyo respeto se impone a la ley. En efecto, de esa manera se armoniza plenamente el principio de supremacía de la Constitución, como norma de normas (CP art. 4o), con la prevalencia de los tratados ratificados por Colombia, que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación en los estados de excepción (CP art. 93).

Respecto a la relación entre el derecho interno y el derecho internacional, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, a través de la **Sentencia C-269 de 2014**, estableció que:

[...] es posible que algunas de las fuentes del derecho internacional gocen de un predominio respecto de fuentes exclusivamente nacionales. Conforme a ello, (i) las disposiciones del ius cogens en tanto normas imperativas del derecho internacional tienen una jerarquía especial y, en esa medida, la Constitución se encuentra a ellas sometida. La Corte también ha reconocido: (ii) la especial posición, en la jerarquía de fuentes, de los tratados de derechos humanos y los tratados de límites, al punto que pueden condicionar la validez de otras normas jurídicas; (ii) la posibilidad de que normas dictadas por órganos comunitarios de organizaciones internacionales con vocación subregional, en desarrollo de la cesión parcial de algunas competencias por parte del Estado, prevalezcan y produzcan efectos inmediatos en el ordenamiento jurídico

VI. CONTENIDO ESPECIFICO Y JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

Con el objetivo de que este proyecto incluya distintas posturas, presentamos a continuación una propuesta normativa que cuenta con el apoyo de diversas organizaciones de la sociedad civil y grupos académicos con una alta precisión técnica en el tema y organizaciones de base de territorios que se han visto afectados por los cultivos ilícitos y la guerra contra las drogas, que se emprendió en el país desde hace más de 40 años.

CUADRO COMPARATIVO	
ARTÍCULO ORIGINAL	ARTÍCULO CON MODIFICACIONES
<p>ARTÍCULO 49</p> <p>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p>	<p>ARTÍCULO 49</p> <p>Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:</p> <p>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los</p>

<p>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p> <p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.</p> <p>El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.</p> <p>Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.</p>	<p>aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p> <p>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p> <p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.</p> <p>El porte y consumo de sustancias estupefacientes, psicoactivas o sicotrópicas estará reglamentado por la ley bajo los enfoques de salud pública, derechos humanos, reducción de riesgos y daños, y determinantes sociales, así como la eliminación del estigma y la discriminación y la no penalización en razón del consumo. Las obligaciones internacionales del Estado colombiano en materia de derechos humanos serán prevalentes en la formulación e implementación de la política nacional de drogas.</p> <p>Con fines preventivos y rehabilitadores, la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para la atención integral de las personas que usan estas sustancias. El acceso a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado de la persona usuaria. En las respuestas al uso de sustancias estupefacientes, psicoactivas o sicotrópicas, el Estado implementará un enfoque diferencial que distinga entre los diferentes tipos de consumo y sustancias, así como los impactos diferenciados sobre grupos en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Así mismo el Estado dedicará especial atención al consumidor con problemas derivados del uso y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes, en favor de la protección de niños, niñas y adolescentes.</p>
<p>Artículo 2°. El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.</p>	<p>Artículo 2°. SIN MODIFICACIONES</p>

1. JUSTIFICACIÓN

La justificación para modificar el presente acto legislativo puede dividirse en tres argumentos principales:

1.1 El prohibicionismo no ha sido un paradigma efectivo para combatir el problema de las drogas y ha tenido efectos colaterales negativos

Como se mencionó anteriormente, en 1961, en el marco de la primera convención para el control de las drogas ilícitas de la ONU, de la que Colombia es parte, se estableció como objetivo la eliminación del consumo de coca y marihuana en 25 años y del opio en 15.

Sin embargo, estas metas han demostrado no ser viables. Por un lado, como lo han expresado diversos expertos y lo ha demostrado la evidencia, el consumo de drogas (legales e ilegales) es un fenómeno prácticamente imposible de acabar.⁷⁴

En segundo lugar, tanto en Colombia como en las demás naciones que hacen parte de la Convención, los índices demuestran el fracaso del prohibicionismo como estrategia para combatir con el consumo de estas sustancias. En Estados Unidos (país que dirige e incluso ha financiado la guerra contra las drogas) el volumen de la producción de la marihuana se multiplicó por diez entre 1981 y 2006. En Colombia, entre 1999 y 2010 los departamentos con coca pasaron de 8 a 24. Así mismo, el consumo de drogas se ha expandido en Colombia y el mundo, a la vez que se ha diversificado el portafolio de drogas.⁷⁵

Por otro lado, el costo que ha pagado el país en la guerra contra las drogas ha sido elevado, tanto en vidas humanas como en salud pública. El prohibicionismo ha tenido como consecuencia inevitable el fortalecimiento de las organizaciones delictivas que operan en un marco de violencia y no respeto por los derechos humanos.⁷⁶

Con la prohibición de la producción, el porte y el consumo de drogas, **aún cuando no esté penalizado**, enormes cantidades de dinero han llegado a las manos de los eslabones más altos de las mafias del narcotráfico, lo cual ha nutrido en gran parte el conflicto armado en Colombia y otras partes del mundo, lo cual ha derivado en la vulneración de derechos fundamentales como el derecho a la vida y a la paz.⁷⁷

Al respecto, es importante mencionar que las políticas frente a las sustancias psicoactivas deben respetar las obligaciones del Estado en derechos humanos, las cuales serán prevalentes frente a las convenciones internacionales de drogas, e incluso, en la mayoría de los casos, frente a la legislación interna.

No obstante, el modelo prohibicionista, como el que actualmente está consagrado en el artículo 49 de nuestra Constitución Política, representa una gran contradicción. Por un lado, se apela a la protección de la salud y el bienestar colectivo, pero al mismo tiempo sus estrategias derivan en consecuencias incluso más perjudiciales que las mismas drogas, sin lograr reducir la oferta o la demanda de las sustancias ilícitas.⁷⁸ Esta es la enorme brecha que existe entre el discurso y la práctica frente a los derechos humanos y el control de drogas.

⁷⁴ Rodrigo Uprimny, Drogas, derecho y democracia.

⁷⁵ Hernando Londoño, *War Against Drugs, Punitive Populism and Criminalization of Personal Dose; Colombia*, Estudios Políticos, 39, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 2011, pág. 141-167

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ Jensema, “Derechos humanos y políticas de Drogas”.

Por tanto, resulta pertinente enfocar la política de drogas en los derechos humanos y la salud pública, en lugar de encausarla dentro del prohibicionismo y el eficientísimo estadístico (ej. número de hectáreas o incautaciones) que no han ofrecido resultados efectivos ni sostenibles.

En este mismo sentido, la Comisión Asesora de Política de Drogas⁷⁹, adscrita al gobierno nacional, ha recomendado que política frente al consumo de drogas debe propender por la atención integral de los consumidores, en el marco de los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano, a través de la promoción de capacidades, la participación y la reducción de estigma y discriminación. En especial, recomienda tomar en cuenta los posibles impactos sobre grupos históricamente discriminados y en situación de vulnerabilidad, como mujeres, los grupos étnicos o las personas en situaciones de pobreza.

Estas son recomendaciones que los congresistas signatarios de este proyecto también han recogido de múltiples comunidades rurales del país:

En el marco de la audiencia pública *La guerra contra las drogas en el suroccidente del país*, llevada a cabo el 31 de mayo en la ciudad de Popayán, Cauca, congresistas de 6 fuerzas políticas (Decentes, Liberal, Verde, Cambio Radical, Polo Democrático, FARC) escucharon de las voces de distintas organizaciones campesinas, indígenas y afrodescendientes un balance de más de 40 años de *la guerra contra las drogas*.

Las organizaciones participantes de este evento entregaron a los congresistas un documento consensuado, donde exponen un diagnóstico de la política antidrogas en Colombia, la implementación del Acuerdo de Paz y una serie de propuestas para reformar la política actual.

En cuanto al diagnóstico de la política antidrogas en Colombia, algunas conclusiones son:

1. “Las diferentes fases de implementación de políticas antidrogas desde los años 1920, no han dado resultados efectivos ya que su tendencia siempre apuntó a incrementar la persecución, penalización y criminalización.”
2. “A pesar de toda la represión, persecución, fumigación, erradicación manual, penalización, extradición, extinción de dominio, implementación de proyectos y planes de sustitución fallidos, las hectáreas de cultivos se han incrementado ya que entre 1999 y 2006 el número de departamentos con coca pasó de 12 a 23, y en el año 2019 hay cerca de 206.000 Ha de matas de coca sembradas.
3. La inversión asciende a más de 17.000 mil millones de dólares (72% en gasto militar) y entre 2000 y 2015 se asperjaron 1.699.028 Ha con un costo total de US\$134.536'017.600 de dólares, dinero que habría permitido la construcción de 7595 hospitales, 7466 acueductos, 31365 colegios y la formación de 11.531.659 estudiantes universitarios.
4. Los acuerdos de La Habana fueron una posibilidad de reducir el problema de las drogas ya que generó grandes expectativas en el campesinado, pero el incumplimiento del gobierno generó desconfianza”⁸⁰

Frente a las propuestas, puede resaltarse la siguiente:

⁷⁹ **Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia**, *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*, Informe Final, 2015

⁸⁰ Documento elaborado por organizaciones campesinas, indígenas y afrodescendientes del departamento del Cauca, presentado en el marco de la audiencia *La guerra contra las drogas en el suroccidente del país*, 31 de mayo de 2019.

1. Elaboración de una nueva política pública para el consumo de drogas, que garantice la atención en salud con enfoque de promoción, prevención y mitigación de riesgos y daños, según grupos de edad, sexo, ubicación geográfica y condición socioeconómica.

1.2 El prohibicionismo a nivel constitucional puede tener un impacto jurídico negativo que va en contra de los derechos fundamentales

Si bien es cierto, como se establece en la sentencia C-574 de 2011, que el Acto Legislativo 02 de 2009 no penaliza el consumo o porte de estupefacientes, sino que busca “medidas de protección coactiva”, esta prohibición puede tener graves consecuencias jurídicas.

Por un lado, “prohibir” con la sola excepción de la existencia de prescripción médica, puede derivar en que el legislador tipifique un delito de “porte” y/o “consumo” de cualquier sustancia estupefaciente o sicotrópica y en cualquier cantidad, aunque en la Constitución no se encuentre la expresión “penalizado”. En este caso, se contradeciría el fallo de la Sentencia C-221 de 1994 referente a la dosis mínima.

Por otro lado, la prohibición constitucional, permite imponer sanciones civiles y administrativas por el porte y consumo de cualquier sustancia psicoactiva o psicotrópica, en cualquier cantidad,⁸¹ a los consumidores no problemáticos, como ya se pretendió a través del decreto 1844 de 2018, o como se intentó hacer con el proyecto de ley 1453 de 2011, sobre “seguridad ciudadana”, que incluyó la criminalización del consumo, amparándose en el Acto Legislativo 02 de 2009.

Por otro lado, la prohibición genérica no permite hacer distinciones entre espacio público y espacio privado, lo que da lugar a que pueda sancionarse (penal o administrativamente) su consumo porte en espacios como los hogares aun cuando no se esté afectando a terceros.

Es decir, la redacción de este artículo, aunque no hable de penalización, puede derivar en una contravención de la Constitución de 1991, la cual protege un ámbito absoluto de autonomía y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que hacen parte de la dignidad humana.

Finalmente, eliminar la prohibición del porte y consumo de sustancias psicoactivas y psicotrópicas, de acuerdo con la dosis personal, no aumentará el consumo de drogas ilícitas en el país. A partir de un análisis de política comparada con países como Holanda y España, se concluye que, pese a la aprobación de la dosis mínima, el consumo se ha reducido. No obstante, se concluye también que esto fue posible gracias a una política contundente de prevención.⁸²

En Colombia, a pesar de que la dosis mínima está despenalizada, esto no ha sido acompañado de una política de prevención. Como se vio anteriormente, muy poco porcentaje del presupuesto

⁸¹ **Rodrigo Uprimny y Luz Sanchez**, Intervención ciudadana en el proceso D-8371. Norma revisada: Acto Legislativo 02 de 2009 “[p]or el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política”. En: https://cdn.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_469.pdf

⁸² Sara Sáenz, Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada, Revista Facultad de Derecho a Ciencias Políticas, Vol. 39, Núm. 111, 2009

de la política de drogas es destinado a este eje, pues la estrategia se ha centrado radicalmente en la reducción de la oferta, sin obtener resultados efectivos.⁸³

1.3 No reconoce la existencia ni derechos de otro tipo de consumidores diferentes al de tipo problemático

Para empezar a desglosar este argumento, primero se citará a intervención de la doctora Myriam Roncancio, apoderada del Ministerio de la Protección Social, en el marco de la Sentencia C-574 de 2011. Al respecto Roncancio menciona que la prohibición “*lejos de atentar contra la dignidad humana, como argumentan los demandantes, lo que hace justamente es salvaguardarla, pues esa dignidad es la que se ve gravemente lesionada bajo los efectos de la drogadicción*”.⁸⁴

Este tipo de disertaciones desconocen la existencia de distintos tipos de consumo, toda vez que asume que el único consumo existente es el problemático.

Si bien dentro del artículo 49 se permite el porte y consumo a personas con consumo problemático y/o dependiente, mal llamado drogadicción, se le está restringiendo el libre desarrollo de la personalidad y autonomía a los usuarios con consumo no problemático y no dependientes, quienes no necesariamente afectan a terceros con su decisión de consumir.

Frente a este tema, la Comisión Asesora de Política de Drogas ha recomendado abordar el consumo desde un enfoque diferencial que distinga entre consumos problemáticos y no problemáticos, patrones de uso dependientes y no dependientes, y encontrar alternativas a la pena para los delitos asociados a la dependencia.⁸⁵

Por último, en la redacción de este artículo no se ofrecen garantías suficientes para que a los consumidores no problemáticos y no dependientes tengan acceso al derecho a la salud, en pues solo hace mención a los consumidores problemáticos y dependientes. Al respecto, es importante mencionar que las Guías internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, conciben el derecho a la salud de forma más amplia. Es decir, no solo desde la perspectiva de la enfermedad, sino también desde el enfoque de reducción de daños, que es aplicable para consumidores de drogas que no son drogodependientes.

VII. CONCLUSIONES

A lo largo de la exposición de motivos se han presentado argumentos de distinto orden, que demuestran que el paradigma prohibicionista en la política de drogas no solo no ha tenido los resultados esperados -disminución de la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas y psicotrópicas-, sino que además ha tenido efectos colaterales como el fortalecimiento de las mafias y el aumento de las muertes relacionadas con la *guerra contra las drogas*. Adicionalmente, la premisa de un mundo libre de drogas es utópica en un plano real.

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-574 de 2011

⁸⁵ **Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia**, *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*

A partir del análisis histórico, académico, normativo y jurisprudencial del presente proyecto de ley, es pertinente concluir la necesidad para Colombia, de avanzar en el debate público sobre formas más efectivas de regular las drogas

Por tanto, en cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, este proyecto de ley pretende impulsar una política de drogas basada en la evidencia, bajo los enfoques de salud pública, respeto por los derechos humanos, la reducción de riesgos y daños, el desarrollo humano y la promoción de las capacidades. Así mismo, generar importante crear políticas públicas diferenciadas para cada tipo de consumo, pues a todos los usuarios se les debe garantizar derechos como la salud o la paz.

En este sentido, ponemos ante ustedes este proyecto de ley, que consideramos será en beneficio de nuestro país y la consolidación de la anhelada paz.

De los honorables congresistas,

GUSTAVO BOLÍVAR MORENO

Senador de la República
Lista de la Decencia

TEMISTOCLES ORTEGA

Senador de la República
Cambio Radical

IVAN CEPEDA

Senador de la República
Polo Democrático

JULIAN GALLO

Senador de la República
Partido FARC

ARMANDO BENEDETTI

Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

GUSTAVO PETRO URREGO

Senador de la República
Colombia Humana

LUIS FERNANDO VELASCO

Senador de la República
Partido Liberal

ROY BARRERAS

Senador de la República
Partido de la Unidad Nacional

ALEXANDER LOPEZ

Senador de la República
Polo Democrático

IVAN MARULANDA

Senador de la República
Alianza Verde

ANTONIO SANGUINO

Senador de la República
Alianza Verde

PABLO CATATUMBO

Senador de la República
Partido FARC

AIDA AVELLA
Senadora de la República
Lista de la Decencia

VICTORIA SANDINO
Senadora de la República
Partido FARC

FELICIANO VALENCIA
Senador de la República
MAIS

WILSON ARIAS
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo