



PANEL: Políticas públicas, Conflicto y Postconflicto. Intervenciones gubernamentales y transformación del sistema político.

PONENCIA: PANEL: Políticas públicas, Conflicto y Postconflicto. Intervenciones gubernamentales y transformación del sistema político.

PONENCIA: Política de consumo de sustancias psicoactivas en Medellín con perspectiva de género y postconflicto

NOMBRE: Juan David Pinzón Aricapa
jdpinzona@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia
Sede Medellín

ÁREA TEMÁTICA: Políticas Públicas

Trabajo preparado para su presentación en el VIII Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 22 al 24 de julio de 2015.

Resumen

Ante la fallida guerra contra las Drogas los países Latinoamericanos han consolidado el debate de esta problemática en la agenda internacional replanteando y vislumbrando la necesidad de un nuevo enfoque. Uruguay, el caso más destacado de la región da apertura a los modelos de reducción de daños y de liberalización regulada, direccionando la política de Drogas hacia la demanda y destacando el papel de los consumidores, rezagando el modelo reaccionario.

En Colombia la lucha contra las drogas ha propagado el consumo y la distribución minoritaria de narcóticos, problemática que tiene como ojo del huracán la ciudad de Medellín, donde los dos fenómenos adscritos anteriormente tienen una desmesurada propagación; asimismo en la ciudad se ofrecen políticas que visibilizan el poco control y manejo que la administración tiene ante este tema.

A partir de esto, mediante el análisis y la aplicación de ACF (*Advocacy coalitions framework*), se propuso hacer una comparación de la implementación de la política de consumo de drogas planteada en Uruguay y la política de salud mental y adicciones (Acuerdo 004 del 2011) de la ciudad de Medellín, que traza los parámetros y visibiliza el enfoque adoptado en Colombia y en la localidad. Dado al débil carácter que la política local ofrece; en el estudio se plantea un cambio gubernativo -dando carácter prioritario- que aparece como propuesta de implementación a nivel local, propuesta que adhiere elementos del modelo de reducción de daños donde “*La integridad y la autonomía del individuo son más importantes que el respeto a normas socioculturales*”.

Palabras clave: SPA, Medellín, Política pública, reducción de daños, lucha contra las drogas, coaliciones promotoras.

Introducción

Para entablar el análisis propuesto en la ponencia se utilizó el enfoque de las coaliciones promotoras o el enfoque ACF (Advocacy Coalition Framework) nombre con el que es más conocido, es un enfoque diseñado para el análisis y cambio de las políticas públicas, diseñado por Paul Sabatier y posteriormente desarrollado con Hank C. Jenkins-Smith.

Este enfoque se centra en el cambio de la política pública a partir de los aspectos cognitivos de los sujetos: ideas, conocimiento, creencias, entre otros. “Su objetivo es estudiar las variables que producen los cambios en las políticas públicas tomando en consideración el papel que juegan los valores y las creencias de los grupos de interés, así como el aprendizaje y el conocimiento al que están expuestos los actores”. (Sanjurjo Garcia, 2013)

Diego Sanjurjo enuncia que las políticas públicas son las respuestas u omisiones que el estado debe tener frente a las necesidades de la sociedad. El ACF concibe este proceso como una competición entre coaliciones de actores que defienden y promueven creencias e ideas sobre problemas y soluciones. Estas competiciones se dan en los subsistemas o dominios de políticas públicas, “definidos como el conjunto de actores activamente comprometidos con un área temática particular de las políticas públicas, en la cual buscan incidir de manera recurrente.” La variedad de actores dentro de los subsistemas se puede tornar complejo por lo que Sabatier introduce el término de “coaliciones promotoras” Sanjurjo agrega también que este enfoque trae consigo una novedad y es que sus líderes no son solo líderes políticos o privados, si no también actores con fuerza para incidir en la temática tales como periodistas, investigadores etc.

Cabe agregar que el enfoque cuenta con dos variables para el cambio de la política como los son los parámetros relativamente estables y los sucesos externos que posibilitan el cambio en la política; estas variables presuponen un carácter vital para explicar el carácter de la política de consumo de SPA en Medellín por su vigencia y actualidad en la opinión pública y en el común, además de contar con gran número de sentencias que posibilitan una realidad política vigente en la vida jurídica de los ciudadanos y del país, logrando que estas dos variables se adapten y podamos cuestionar mediante el enfoque la política pública.

El cuadro 1 a continuación es de utilidad para comprender de manera más expresa el funcionamiento del enfoque de coaliciones promotoras (*advocacy coalition framework, ACF*). *Cuadro*

	Núcleo profundo	Núcleo de la política	Aspectos secundarios
Características definitorias	Axiomas normativos fundamentales y ontológicos	Posiciones en la política, fundamentales, concernientes a las estrategias básicas para la consecución de valores nucleares dentro del subsistema.	Decisiones instrumentales e investigaciones informativas necesarias para la implantación del núcleo de la política
Extensión	A lo largo de todos los subsistemas de políticas	En todo el subsistema	Generalmente sólo en parte del subsistema
Susceptibilidad al cambio	Muy difícil; semejante a una conversión religiosa	Difícil, pero puede ocurrir si la experiencia revela serias anomalías	Moderadamente fácil; este es el tema de la mayor parte del policy-making administrativo e, incluso legislativo
Componentes ilustrativos	<p>1. La naturaleza humana:</p> <p>a) inherente malo vs. Socialmente redimible</p> <p>b) parte de la naturaleza vs. Dominio sobre la naturaleza</p> <p>c) egoístas intolerantes vs. Contractualistas</p> <p>2. prioridad relativa de varios valores últimos: libertad, seguridad, poder, conocimiento. Salud, amor, belleza, etc.</p> <p>3. Criterios básicos de distribución de la justicia: ¿el bienestar de quien es importante? El peso relativo de uno mismo, el grupo primario, todo el mundo,</p>	<p><i>Preceptos normativos fundamentales:</i></p> <p>1. Orientación sobre las prioridades de valor básicas</p> <p>2. Identificación de grupos u otras identidades cuyo bienestar es de la máxima preocupación</p> <p><i>Preceptos con un componente empírico substancial:</i></p> <p>3. Sobre todo, la seriedad del problema</p> <p>4. Causas básicas del problema</p> <p>5. Distribución adecuada de autoridad entre gobierno y mercado</p> <p>6. Distribución adecuada de autoridad entre los niveles de gobierno</p> <p>7. Prioridad respecto a los diversos instrumentos de</p>	<p>1. Seriedad de aspectos específicos del problema en espacios específicos</p> <p>2. Importancia de los diversos nexos causales en diferentes espacios y a lo largo del tiempo</p> <p>3. La mayoría de las decisiones referidas a las reglas administrativas, disposiciones presupuestarias, disposición de casos, interpretación estatutaria, e, incluso, revisión estatutaria</p> <p>4. Información referida a la puesta en marcha de programas específicos o instituciones</p>

	<p>generaciones futuras, otras especies, etc. 4. Identidad sociocultural (por ejemplo de etnia, religión, genero)</p>	<p>políticas públicas (p, ej.. regulación, seguros, educación, pagos directos, créditos fiscales) 8.Método de financiación 9.Capacidad de la sociedad para resolver el problema(p, ej.. competición de suma cero vs. potencial para la mutua adaptación; pluralismo tecnológico vs. cargos electos) 10. Participación del público vs. Expertos vs. cargos electos 11.<i>Policy core policy beliefs</i></p>	
--	---	--	--

Cuadro 1: (MARTINÓN, 2005)

¿El porqué de la política?

El porqué de esta política obedece a dos aspectos principales; en primer lugar por relación al aumento del consumo de estas sustancias, tanto en el plano internacional como en el plano local. Se enuncia lo dicho por el viceministro de Salud Pública y de Prestación de Servicios, Fernando Ruíz Gómez, quien actuó en calidad de ponente y representando a Colombia en la 57° reunión de la Comisión Mundial de Estupefacientes. El viceministro afirmó que el consumo de sustancias psicoactivas está creciendo en Colombia desde 1992, tanto en el número de consumidores como en la diversidad de drogas disponibles. En 2008 se registró un aumento en el uso de sustancias ilegales al pasar de 1,6% a 2,7%. El segundo aspecto principal es la insatisfacción con las políticas de drogas que ha crecido sustancialmente en el mundo, que han fortalecido los movimientos hacia su flexibilización. (Thoumi, 2014)

Esto responde a los datos ejemplificados en el aspecto número uno, en que hacemos énfasis exactamente, en que las políticas punitivas no han sido eficaces a la hora de contrarrestar el aumento en el consumo de estas sustancias. Este segundo aspecto ha llevado a que países como Uruguay y Estados Unidos en los estados de Colorado y Washington hayan legalizado el consumo de marihuana. (Thoumi, 2014)

Para justificar lo expuesto anteriormente se extrae (Cuadro 2)

Cuadro 2. Panorama global del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

(Justicia, 2014)

Sustancias	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Tabaco/Cigarrillo	42.07	16.21	12.95
Alcohol	87.07	58.78	35.77
Tranquilizantes sin prescripción ¹	1.82	0.53	0.26
Estimulantes sin prescripción ²	0.21	0.04	0.01
Marihuana	11.48	3.27	2.18
Cocaína	3.23	0.70	0.40
Basuco	1.18	0.21	0.17
Éxtasis	0.71	0.19	0.02
Inhalables ³	0.74	0.17	0.06
Dick	0.48	0.12	0.02
Heroína	0.14	0.03	0.02
Popper	1.21	*	*
Metanfetaminas	0.09	*	*
Metadona	0.06	*	*
Analgésicos opioides sin prescripción ⁴	1.07	*	*
Ketamina	0.18	*	*
GHB	0.22	*	*
2CB	0.03	*	*
Hongos, Yagé o caco sabanero	0.82	*	*
LSD	0.73	*	*
Cualquier sustancia ⁵	13.80	3.60	2.33

Antecedentes Normativos

Los antecedentes normativos en materia de drogas nos remiten inicialmente a la Ley 30 de 1986 conocida también como el “Estatuto de estupefacientes” el cual establecerá una serie de definiciones como por ejemplo:

Artículo 2. Para efectos de la presente Ley se adoptarán las siguientes definiciones:

- a) Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas.
- b) Estupefaciente: Es la droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia.
- c) Medicamento: Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.
- d) Psicotrópico: Es la droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuro_psyco_fisiológicos. (Congreso de Colombia, 1986)

Dicha ley establecerá la dosis mínima, la cual generara controversia y será discutida a lo largo del desarrollo legislativo, en lo referente a como se debe proceder con ella, si de manera pedagógica y excarcelable o punitiva.

j) Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo.

Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos.

No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.” (Congreso de Colombia, 1986)

El trato que establecerá esta ley referente al porte y consumo de la dosis mínima será de carácter punitivo:

Artículo 51. El que lleve consigo, conserve para su propio uso o consuma, cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, en cantidad considerada como dosis de uso personal, conforme a lo dispuesto en esta Ley, incurrirá en las siguientes sanciones:

- a. Por primera vez, en arresto hasta por treinta (30) días y multa en cuantía de medio (1/2) salario mínimo mensual.
- b. Por la segunda vez, en arresto de un (1) mes a un (1) año y multa en cuantía de medio (1/2) a un (1) salario mínimo mensual, siempre que el nuevo hecho se realice dentro de los doce (12) meses siguientes a la comisión del primero.
- c. El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción así haya sido sorprendido por primera vez será internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En este caso no se aplicará multa ni arresto.

La autoridad correspondiente podrá confiar al drogadicto al cuidado de la familia o remitirlo, bajo la responsabilidad de éste, a una clínica, hospital o casa de salud, para el tratamiento que corresponda, el cual se prolongará por el tiempo necesario para la recuperación de aquél, que deberá ser certificada por el médico tratante y por la respectiva seccional de Medicina Legal. La familia del drogadicto deberá responder del cumplimiento de sus obligaciones, mediante caución que fijará el funcionario competente, teniendo en cuenta la capacidad económica de aquella.

El médico tratante informará periódicamente a la autoridad que haya conocido del caso sobre el estado de salud y rehabilitación del drogadicto. Si la familia faltare a las obligaciones que le corresponden, se le hará efectiva la caución y el internamiento del drogadicto tendrá que cumplirse forzosamente. (Congreso de Colombia, 1986)

Como se puede notar se mezcla una especie de carácter de enfermo al contemplar el tratamiento médico pero también de criminal al contemplar la cárcel. Sin embargo la Corte Constitucional en su sentencia C-221 de 1994 declara primero que el artículo 2 de la ley 30 de 1986 con el establecimiento de la dosis mínima es exequible y segundo que el artículo 51 de la misma ley en el que se obliga a ir a tratamiento a las personas consumidoras o de lo contrario serán privadas de su libertad inexecutable.

6.2.4. Es el artículo 16 de la Carta, que consagra el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Lo hace en los siguientes términos: "Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico"[...] Es el reconocimiento de la persona como autónoma en tanto que digna (artículo 1o. de la C.P.), es decir, un fin en sí misma y no un medio para un fin, con capacidad plena de decidir sobre sus propios actos y, ante todo, sobre su propio destino. La primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo. Si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena. (Corte Constitucional, 1994)

Complementara lo anterior la Corte indicando además cual debe ser el papel del Estado en la intervención en cuanto a la dosis mínima para garantizar el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía de las personas:

6.2.5. Cabe entonces preguntar: ¿qué puede hacer el Estado, si encuentra indeseable el consumo de narcóticos y estupefacientes y juzga deseable evitarlo, sin vulnerar la libertad de las personas? Cree la Corte que la única vía adecuada y compatible con los principios que el propio Estado se ha comprometido a respetar y a promover, consiste en brindar al conglomerado que constituye su pueblo, las posibilidades de educarse. ¿Conduce dicha vía a la finalidad indicada? No necesariamente, ni es de eso de lo que se trata en primer término. Se trata de que cada persona elija su forma de vida responsablemente, y para lograr ese objetivo, es preciso remover el obstáculo mayor y definitivo: la ignorancia. (Corte Constitucional, 1994)

Concluirá finalmente la Corte en referencia al carácter punitivo del artículo 51 de la ley 30 de 1986 como ya lo mencionamos declarado inexecutable lo siguiente:

7.[...]. Que una persona que no ha cometido ninguna infracción penal -como lo establece el mismo artículo- sea obligada a recibir tratamiento médico contra una "enfermedad" de la que no quiere curarse, es abiertamente atentatorio de la libertad y de la autonomía consagrada en el artículo 16, como "libre desarrollo de la personalidad". Resulta pertinente, en este punto, remitir a las consideraciones hechas atrás acerca del internamiento en establecimiento psiquiátrico o similar, considerado, bien bajo la perspectiva del tratamiento médico, bien bajo la perspectiva de la pena. Si se adopta la primera, la norma resulta inconstitucional por violentar la voluntad del



destinatario mediante la subrogación de su capacidad de decidir, por la decisión del juez o del médico. Cada quien es libre de elegir (dentro de nuestro ordenamiento) qué enfermedades se trata y si es o no el caso de recuperar la "salud", tal como se concibe de acuerdo con el criterio oficial. (Corte Constitucional, 1994)

De esta manera queda despenalizada el consumo de la dosis mínima en Colombia dejando de lado lo referente a la posibilidad de ir a la cárcel como la obligatoriedad como alternativa a esa misma el tratamiento médico.

Para el año 2007 tendremos la formulación de la Política nacional para la reducción del consumo de drogas psicoactivas y su consumo por parte del Ministerio para la Protección Social en coordinación con la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas.

Inicialmente la política plantea en su análisis de la situación que es difícil establecer la evolución del consumo de SPA en el país debido a que si bien se han realizado estudios, estos:

[...], no constituyen series periódicas ni comparables, dado que no cuentan con unicidad metodológica o poblacional. A ello se agrega que los estudios domiciliarios y los de poblaciones cautivas, ofrecen información de ciertas franjas y no de otras, dejando de lado grupos de población que podrían proveer información de gran relevancia para el diagnóstico del fenómeno. (Ministerio de la protección social, 2007, pág. 13)

Por lo que plantea como eje central la Unidad, linealidad y transversalidad que permita una articulación de las diversas instituciones tanto en lo financiero como las competencias para poder generar capacidad de respuesta ante esta problemática.

Esta política intenta articular o generar un punto medio respetando el dominio privado que se refiere a la autonomía de la persona y el dominio público entendiendo que el consumo de SPA afecta no solamente al individuo si no también su círculo cercano y en esa medida luego a la sociedad deteriorando su capital social e impidiendo el desarrollo humano.

Se parte de la necesidad de proteger a la sociedad, de la cual hacen parte integral los consumidores de alcohol y otras sustancias, de los riesgos asociados al consumo, pues la evidencia es robusta en mostrar que un sistema legal persecutorio impide a los consumidores acceder libremente y con equidad a los medios que les permitirían prevenir riesgos. (Ministerio de la protección social, 2007, pág. 15)

Se pretende librar el problema de sesgos ideológicos y que tome un carácter social y sanitario, por lo que se centrara la política en tres siguientes enfoques teóricos:

- Gestión de riesgos sociales
- Reducción de la demanda
- Promoción de la salud.

Y los ejes operativos para llevarla a cabo serán:



- Prevención
- Mitigación
- Superación
- Construir capacidad de respuesta

En términos generales se puede ver que esta política abarca y es respetuosa de las consideraciones de la Corte Constitucional en su Sentencia C-221 de 1994 en la medida que no ataca la libertad personal y de decisión de los individuos sino que intenta por otros medios reducir las implicaciones negativas que tiene el consumo de SPA en el desarrollo social y humano del país, promoviendo la participación de los implicados y generando una mirada diferente sobre los consumidores.

En el año 2009 se dicta por parte del congreso de la republica el acto legislativo 02 del mismo año, en el cual se puede observar ciertamente un retroceso o contradicción contra la sentencia C-221 de 1994 y la Política nacional para la reducción del consumo de drogas psicoactivas y su consumo al estipular lo siguiente:

Artículo 1. [...], El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están 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. (Congreso de Colombia, 2009)

Pero esta medida no será de carácter aislado y estará acompañada del Ley 1453 de 2011 o de Seguridad ciudadana que nuevamente incorporara sanciones de carácter punitivo.

ARTÍCULO 11. Tráfico, fabricación o porte de estupefacientes. **El artículo 376 de la Ley 599 de 2000** quedará así:

Artículo 376. Tráfico, fabricación o porte de estupefacientes. El que sin permiso de autoridad competente, introduzca al país, así sea en tránsito o saque de él, transporte, lleve consigo, almacene, conserve, elabore, venda, ofrezca, adquiera, financie o suministre a cualquier título sustancia estupefaciente, sicotrópica o drogas sintéticas que se encuentren contempladas en los cuadros uno, dos, tres y cuatro del Convenio de las Naciones Unidas sobre sustancias sicotrópicas, incurrirá en prisión de ciento veintiocho (128) a trescientos sesenta (360) meses y multa de mil trescientos treinta y cuatro (1.334) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Si la cantidad de droga no excede de mil (1.000) gramos de marihuana, doscientos (200) gramos de hachís, cien (100) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o veinte (20) gramos de derivados de la amapola, doscientos (200) gramos de droga sintética, sesenta (60) gramos de nitrato de amilo, sesenta (60) gramos de ketamina y GHB, la pena será de sesenta y cuatro (64) a ciento ocho (108)

meses de prisión y multa de dos (2) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Si la cantidad de droga excede los límites máximos previstos en el inciso anterior sin pasar de diez mil (10.000) gramos de marihuana, tres mil (3.000) gramos de hachís, dos mil (2.000) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o sesenta (60) gramos de derivados de la amapola, cuatro mil (4.000) gramos de droga sintética, quinientos (500) gramos de nitrato de amilo, quinientos (500) gramos de ketamina y GHB, la pena será de noventa y seis (96) a ciento cuarenta y cuatro (144) meses de prisión y multa de ciento veinte y cuatro (124) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes. (Congreso de Colombia, 2011)

Es finalmente hasta la Sentencia C-441 de 2012 que la Corte constitucional reafirma que quienes carguen la dosis mínima deberán ser tratados como enfermo y no como delincuentes, por lo que no podrán ser detenidos:

La providencia tomada en la Sala Plena del alto tribunal, señaló que quienes porten cantidades exiguas de cocaína y de marihuana, “no son delincuentes, sino enfermos”, por lo que no podrán ser detenidos por las autoridades pero éstas sí tendrán la facultad para retener el estupefaciente y posteriormente destruirlo. (Redaccion Justicia, 2012)

De esta forma la Corte retoma su planteamiento sobre cómo debe ser la intervención del Estado, como de se deben entender los consumidores y la despenalización de la dosis mínima.

Finalmente cursa actualmente en el congreso de la republica la formulación de un nuevo código de policía que plantea el ingreso a inmuebles sin orden judicial en caso de estar bajo el efecto de las SPA:

[...], el cual cayó en la Corte Constitucional, el artículo 207 faculta a la policía para ingresar a un inmueble sin orden escrita por un juez.

Aunque se explica que este ingreso se podrá dar en casos de “alteración de la conciencia por sustancias alcohólicas o psicoactivas, que se presenten riñas, para preservar la seguridad, en persecución de una persona o cuando se altere la convivencia”, es claro que la facultad de ingresar a los domicilios queda en manos de los policías. Es decir, ellos dictan la última palabra. (Mogollón, 2015)

Lo que iría nuevamente en miras a una criminalización del sujeto consumidor

Perspectivas internacionales y nuevos modelos.

Modelos de manejo jurídico de las sustancias psicoactivas.				
	I	II	III	IV
Tipo de política, denominación y algunos ejemplos históricos	Prohibición estricta o “guerra a las drogas”. Estrategia de países como Estados Unidos, Rusia y los países musulmanes.	Prohibición flexible o “reducción del daño”. Estrategia de Holanda, Suiza y de otros países y ciudades	Despenalización flexible o “reducción del daño generalizada” o “modelo de salud pública” o “legalización regulada”. Política actual en Muchos países frente al alcohol o el tabaco.	Despenalización estricta o política de “liberalización General”. Política dominante en el tabaco hasta hace Pocos años.
Filosofía implícita y objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionismo moral o protección a la salud Impuesta por el Estado. - Consumo es vicio moral, o delito, o degradación Personal. - Es necesario erradicar todo consumo de drogas ilícitas, o al menos Reducirlo significativamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los abusos y de los daños asociados Al consumo. - Reducción de los daños asociados a las políticas de control en relación con el consumidor 	<ul style="list-style-type: none"> Proteger la salud pública en el marco de Los derechos humanos. - Reducir los daños en todas las fases de la Economía de la droga. - El consumo es tolerado Pero desestimulado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Libre opción y escogencia. - Proteger al máximo la libertad individual y restringir la intervención Del Estado. - Confianza en el papel regulador del mercado
Papel del derecho Penal y sancionador.	Máximo, en todas las fases de la economía de la droga (producción, distribución Y consumo).	Mínimo en consumo y distribución minorista pero máximo en producción y distribución Mayorista.	Mínimo en consumo, Distribución y producción.	Prácticamente eliminado, al menos como política diferenciada frente a las sustancias Psicoactivas.
Uso de otros instrumentos	Mínimos, y siempre al Servicio de la represión.	Fuertes y diferenciados en consumo, pero mínimos en relación con la Oferta.	Fuertes y diferenciados En toda la cadena.	Papel regulador del mercado, por lo cual No hay instrumentos específicos.

(Comisión Asesora para la política de drogas en Colombia, 2013)

Al mirar la jurisprudencia nacional y, el accionar del modelo que adopta el país, se hace necesario indicar las perspectivas a nivel internacional que comienzan a configurarse a mediados de los años sesenta, después de la convención única de 1961 sobre estupefacientes, al presentar las medidas punitivas para el control de esta problemática global.

Esta figura institucional por parte de esta política, de carácter moralizador, se articuló perfectamente con el sistema de creencias estadounidense ortodoxo. Este sistema por ser fundamentalmente de EE.UU, fue adoptado por los demás países, reproduciendo el modelo punitivo en gran parte del globo.

Crítica al paradigma prohibicionista

Norberto Bobbio (1958) señala que una norma jurídica se debe valorar a partir de tres elementos: validez, eficacia y justicia, a partir de estos criterios analizaremos la política pública. La norma era válida para Estados Unidos en la medida que fue creada mediante los procedimientos adecuados y los órganos correspondientes, inválida para Colombia en cuanto la autonomía y la voluntad gubernamental estaban sometidas a las recomendaciones de Estados Unidos. Fue ineficaz, en la medida que más de la mitad de la población hacía caso omiso, no se cumplieron los resultados esperados, y el consumo seguía creciendo mientras nuevas sustancias aparecían en el mercado.

El criterio de justicia hace referencia a la correspondencia entre el sistema de valores y creencias de determinada sociedad y la aplicación de la norma, para los grupos conservadores de fundamentación cristiana, la norma era totalmente acorde a los valores y principios representados políticamente los partidos republicano y conservador, en EEUU y Colombia respectivamente, injusta para las consumidores de sustancias psicoactivas que eran perseguidos y criminalizados por su elección de consumo, y conveniente para los comerciantes que podían sacar más beneficios económicos en cuanto hubiera escasez propiciada por el confisco y decomiso de la sustancia.

Atacar a los productores solo hace que el comercio sea más peligroso y por ende suban los costos. El alcance y la eficacia de las políticas no ha producido los resultados deseados y hasta 2010 Colombia rechazó todas las alternativas posibles, explican Franco, Ramírez, y Tobón (2010): las prácticas prohibicionistas presentan amplia resistencia al cambio. El hecho de que todos los documentos de la ONU hasta 2010 buscaron reprimir y eliminar la producción de cultivos ilícitos, llevó a que la solución viniera de organismos supranacionales, lo que implica pensar soluciones deliberativas, educando la población, creando ciudadanos responsables y consecuentes que exijan a las entidades Estatales fortalecer las relaciones regionales.

En el norte de Europa se aplicaban los mismos principios para los lineamientos de las políticas, entendieron que no todas las sustancias afectaban de la misma manera el grupo social y a los individuos, es así que en 1980 se empezaron a formular mecanismos que garantizaran el derecho a la salud y a la dignidad de los usuarios de spa, especialmente en sustancias altamente adictivas, este es el método de reducción de daños. Se basa en que el goce de los derechos individuales de consumo y libre elección prevalecen sobre las restricciones públicas sociales, por lo que es necesario encontrar un modo para que los consumidores, especialmente de sustancias duras, no expongan su organismo a un sinnúmero de enfermedades que pueden ser contraídas si no se tiene conciencia de la ejecución de los actos.

A mitad de los ochenta, y debido al accionar de las políticas del país del norte, se intensificó la lucha contra el narcotráfico y se instauró el problema de las drogas como una problemática de la seguridad universal que debía ser atacada con la mayor fortaleza posible. A pesar de estas medidas, y paradójicamente se instauró el debate científico de que tan adecuada era este modelo y en la agenda de varios países se trazó una perspectiva diferente que incluían un enfoque de derechos humanos, con un factor preponderante, ya que entraba en

consideración el ciudadano, como un sujeto de libre autodeterminación. Este modelo se anexa al vislumbrar las incapacidades que tiene el modelo prohibicionista, otorgando también conocimiento de problemáticas traídas por el mismo, como el problema de hacinamiento en los centros penitenciarios, la exclusión social, el déficit que el modelo provocaba por los minúsculos resultados que se presentaban, infectados con VIH por el uso compartido de jeringas, esta perspectiva se acuñó como reducción de daños, para ofrecer una nueva lucha contra las drogas, pero esta vez figurando no como un problema de seguridad global, sino como un problema de salud pública. Cabe resaltar que esto fue prescrito posteriormente por el mandato de las Naciones Unidas:

“...hace hincapié en la seguridad, los derechos humanos y el desarrollo. La salud es el hilo conductor de estas tres aspiraciones y el marco internacional para el control de drogas de la ONU tiene como objetivo final ‘la salud y el bienestar de la humanidad’. Sin embargo, la evidencia abrumadora no solo apunta al fracaso de este régimen para alcanzar sus objetivos declarados, sino que también a las terribles consecuencias no intencionales de las políticas y leyes punitivas y prohibicionistas”.
(Global Commission on Drug Policy, 2014)

En este sentido se presentan como imprescindibles las políticas educativas de prevención para el manejo de sustancias psicoactivas, que den información al consumidor potencial para que ejerce su capacidad de decidir que ingresa de su piel para dentro, estas políticas fallan en la medida que buscan fundar terror a partir de supersticiones y mistificaciones, al contrario necesitamos conocer química y orgánicamente qué es lo que nuestro cuerpo va a recibir, y socialmente de donde proviene lo que vamos a consumir.

Con el surgimiento de nuevos enfoques como la reducción de daños en el caso de las sustancias ilícitas, se inició un debate que confrontaba a las sustancias ilícitas con sustancias como el tabaco y el alcohol que respondían a otros enfoques que también, podían responder al debate abierto. La despenalización y liberación comenzó a ser parte de las agendas y de los países, ya incluso por parte de la OMS (antes de la entrada del enfoque de reducción de daños en Ámsterdam, Rotterdam...) se concibió la necesidad de tomar este asunto como un problema de salud pública que como principal objetivo tendía a “prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Este es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se” (20° Informe del Comité de Expertos de la OMS, 1974). (Global Commission on Drug Policy, 2014)

En la entrada del nuevo siglo los países latinoamericanos, con las constituciones adaptadas al sistema neoliberal, promovían valores de igualdad y de libertad, no discriminación, varios expertos incentivaron medidas a favor del consumidor como en el caso de Colombia y Perú que despenalizaron la dosis personal, además de Argentina, Venezuela y Brasil, donde no se puede judicializar al individuo que porte o mantenga estupefacientes para su uso personal. Aunque estas normas no son garantías en este país ya que el sistema de creencias encarnan las figuras tradicionales, que hacen del uso de las drogas no como un problema social sino con un problema del individuo o de la familia. Además de que en los países de la zona andina

son los mayores productores de cocaína y principales exportadores de cannabis hacia estados unidos también son los que más han sufrido el daño colateral de la llamada lucha contra las drogas; se adhiere México en el presente por su posición geopolítica que en esta parte del mundo ha sido trazada directamente por los Estados Unidos.

Frente a esto la OEA a la par de la ONU, condensan una coalición que tomara las directrices para trazar un nuevo rumbo ante este fenómeno. Estos organismos que eran los que antes impulsaban el control punitivo contra este tema, en contradicción con la teoría expuesta sobre derechos humanos. Ahora, gracias a un cambio en el discurso varios mandatarios han vislumbrado la ineficacia de esta política, el descontento por parte de la sociedad civil y la falta de resultados han sido promotores de un nuevo paradigma, y ha logrado que los miembros de ambas organizaciones tomen una postura flexible para hablar sobre este tema, que permea la mayoría de las esferas, desde la ambiental, urbana -y en el sentido que abordamos- la personal, la del consumidor que ha sido puesto en el plano principal para brindar el cambio.

La OEA en el 2010 planteo una “Estrategia Hemisférica contra las Drogas” que atiende a las necesidades momentáneas pero que no tiene mayor prevalencia en el tiempo, en su documento la OEA dice: “las drogas constituyen una amenaza para la seguridad, la democracia, la gobernabilidad y el Estado de Derecho” pero en contraposición a esto enuncian que deben tomar medidas que: “favorezcan la inclusión social y la reducción de esas vulnerabilidades”; devolviéndose en el tiempo a una problemática ya tratada y no enunciando las nuevas perspectivas, cómo se evidencia en otros comunicados posteriores. Las dinámicas del debate en las ultimas secciones han mutado a buscar una nueva perspectiva que logra un punto máximo al Uruguay mostrar su propuesta ante la liberación del cannabis, done el estado uruguayo ejerce un control total sobre el cannabis, regulando la producción, el consumo (mensualmente 40 gramos, 10 semanales), fija el precio, no sigue los parámetros del mercado (no hay marcas ni publicidad), el estado proporciona las licencias para la producción y la distribución en farmacia, para mayores de 18 años.

Uruguay pone en la mesa una nueva propuesta que se verá expuesta en el cuadro # , que quizá traiga consigo resultados positivos en la materia, esta propuesta fue bien recibida en la asamblea de la ONU del 2012, quizá sea un punto de partida para toda la región, quizá Colombia pueda adaptar mecanismo o acciones como los que ha expuesto Uruguay, por su parte Colombia en estos momentos, abre el debate sobre su uso medicinal y la alcaldía de Bogotá continua con el programa de los CAMAD que atienden a lo población más vulnerable respecto a este tema, en el cuadro # se expondrá como se darían los subsistemas en Colombia logrando una comparación con el cuadro anterior en el caso de Uruguay.

Subsistema de políticas públicas	Subsistema de las políticas de drogas en Uruguay		
Coalición promotora	Coalición promotora prohibicionista	Coalición promotora de reducción de daños	Coalición promotora de liberalización del cannabis
Núcleo duro	El usuario de drogas es un 'enfermo' capaz de corromper la convivencia social. No debe permitirse.	La integridad y la autonomía del individuo son más importantes que el respeto a normas socioculturales.	
Núcleo de la política	Internación obligatoria y abstinencia como referencia ideológico-terapéutica	El Gobierno debe ofrecer ayuda, pero esta no debe ser coercitiva. El sistema sanitario o las instalaciones de reducción de daños deben ofrecer medios para que el uso de drogas no implique daños irreversibles a la integridad física.	No hay motivos que ameriten una intervención por parte del Estado que prohíba al individuo el consumo de cannabis. Tal prohibición es perjudicial para el individuo y la sociedad.
Aspectos secundarios	Represión policial a traficantes y consumidores, así como internación coercitiva y uso de terapias de "chalecos químicos"	Relajación de las políticas represivas y disponibilidad de clínicas de reducción de daños (programas de intercambio de jeringas y salas de consumo supervisado, etc.). Difusión de información sobre los riesgos del consumo de drogas	A) Regulación de la producción y distribución de semillas de cannabis, así como del cultivo para consumo personal; B) Sistema regulado de producción, distribución y comercialización de cannabis que permita una separación del mercado de drogas
Actores	Fuerzas del orden del Estado y por algunos políticos conservadores	Fuerzas del orden del Estado y por algunos políticos conservadores	Periodistas e investigadores especializados; A) Cultivadores, organizaciones sociales y agrupaciones de juventudes políticas; B) Gobierno y otros actores políticos

(Sanjurjo Garcia, 2013)

Subsistema de políticas públicas	Subsistema de las políticas de drogas en Colombia		
Coalición promotora	Coalición promotora prohibicionista	Coalición promotora de reducción de daños	Coalición promotora de consumo de cannabis
Núcleo duro	El consumo de drogas no se ve como un problema social sino personal o familiar.	La aceptación de las dosis mínimas como derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad del individuo de ejercer soberanía sobre su cuerpo. Uso del cannabis para pacientes.	
Núcleo de la política	Internación obligatoria y abstinencia como referencia ideológico-terapéutica	El Gobierno debe ofrecer ayuda, para proveer y afianzar los recursos de los centros de rehabilitación en incentivar los proyectos de intervención social, con una dinámica cognitiva para reducir el número de consumidores, desmantelamiento de “ollas”.	Proceso de sensibilización por parte de colectivos, y el debate abierto en las universidades presentando las posturas de los consumidores consientes, al ejercer su libre desarrollo de la personalidad.
Aspectos secundarios	Represión policial a traficantes y consumidores, así como internación coercitiva y uso de terapias, batidas por parte del cuerpo policial.	Relajación de las políticas represivas y disponibilidad de clínicas de reducción de daños (CAMAD en Bogotá.). Difusión de información sobre los riesgos del consumo de drogas, promoción de políticas locales al respecto, uso medicinal de la marihuana.	<ul style="list-style-type: none"> A) Multiplicación de los CAMADS en el resto del país B) Autocultivo de cannabis. C) Permisos para pacientes de obtener la droga. D) Centros de producción y distribución para los pacientes. E) Acuerdos de la Habana
Actores	Fuerzas del orden del Estado, religiosos, y la mayoría de los partidos políticos. Organismos internacionales.	Progresistas, partido liberal, partido verde, universidades.	Periodistas e investigadores especializados; A) Cultivadores, organizaciones sociales y agrupaciones de juventudes políticas; B) Universidades.

Caso Medellín

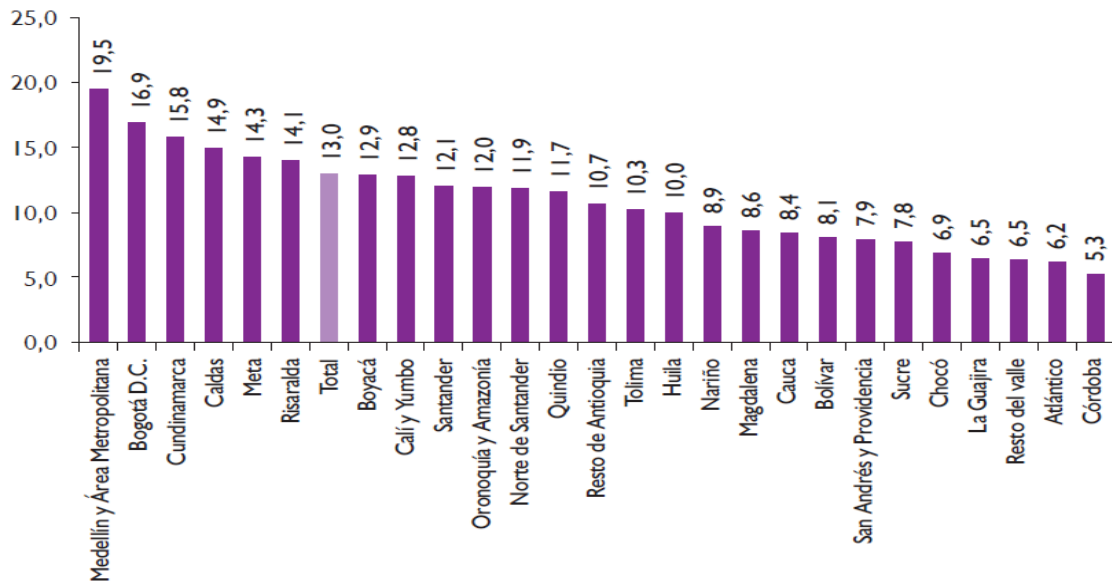
Para el caso de Medellín que se encuentra mediado por el acuerdo 005 del 2011 del consejo de Medellín, que no es netamente vinculante, debido a que la política entabla un enlace directo con el tema de salud mental, dejando de lado las atenciones prioritarias que necesita el caso tratado, este tema también es tratado directamente por la secretaria de salud de la ciudad lo que no permite una atención adecuada ya que dicho ente centra su atención en proyectos de infancia en donde no se evidencia el mayor índice de consumo, propiciando que el mayor uso de los recursos se establezca para la atención preventiva del tema.

Esta política también evidencia problemas de desarrollo, pues se evidencia el aumento del consumo en población de 12-17, sobre todo para el caso del alcohol, marihuana y perico, ya que en la primera sube de un 9% en 2009 (SALUD, 2010) a un 12% en 2013 (Justicia, 2014), mientras para el caso de la marihuana la prevalencia del grupo de 12-17 es de un 7,3 (SALUD, 2010) en el porcentaje de consumidores frecuentes, el cual sufriría una variación a 2013 haciéndola pasar hasta un 10% (Justicia, 2014).

El caso de Medellín además tiene otras variables que lo hacen mucho más complejo y que están relacionados directamente con el conflicto, la geografía e importancia de la urbe a nivel histórico en el país. Esta ciudad cuenta con realidades demasiado complejas como el caso del narcomenudeo y el mal llamado narcoturismo que está relacionada directamente con el mercado sexual (UNODC), además de la presencia permanente de las Bacrim, las cuales controlan el negocio en su totalidad.

Todo esto ha hecho que la ciudad sea acreedora de la capital del consumo en Colombia superando a ciudades que inclusive tienen mayor densidad demográfica como el caso de Bogotá y Cali, esto se puede evidenciar en la siguiente tabla.

Gráfica 2. Prevalencias último mes de uso de tabaco, según dominio departamental.



(Justicia, 2014)



Conclusiones

El sistema de creencias en Colombia se evidencia a partir de sus leyes, a través de la falta de claridad y las falencias que estas ofrecen para que no sean acatadas o para que sean tergiversadas a favor de valores costumbristas y tradicionales.

El caso de Medellín como ciudad de mayor consumo en Colombia debe obtener un carácter preponderante, haciéndolo acreedor de una política de consumo propia que pueda interceder que se pueda lograr a partir de la coyuntura en beneficio de las coaliciones.

Ajustar lo tramitado en el proceso de paz y articularlo a la política nacional, al brindar mayor flexibilidad con el tema del cannabis, autocultivo y conformación de coaliciones que actúen según el caso para la construcción de una política de acuerdo a los derechos humanos y las necesidades de los ciudadanos.

Colombia debe obtener soberanía a la hora de incluir este tipo de políticas y debe tener en cuenta perspectivas internacionales progresistas, como las adoptadas en Bogotá con el caso de los CAMADS.

Bibliografía

- Ardila Arrieta, L. (25 de 03 de 2009). Dosis mínima: ¿error o acierto? *El Espectador* .
- Camacho Celis, M. (2011). El giro argumentativo en el análisis de políticas públicas. una transición desde la tecnocracia a enfoques cualitativos. Aspectos generales sobre la política pública de desplazamiento forzado en Colombia.
- Comisión Asesora para la política de drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá, D.C.
- Congreso de Colombia. (2009). *Acto legislativo 02 2009*. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1453 de 2011 -Seguridad ciudadana*. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (1986). *Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional. (1994). *Sentencia C-221 Despenalización del consumo de la dosis mínima*. Bogotá D.C.
- Dangon, C. (2014). Gobernanza latinoamericana en materia de lucha contra las drogas. En E. Pastrana, & G. Herbert, *Suramérica en el escenario global: gobernanza multinivel y birregionalismo*.
- (2000). *DOCUMENTO MARCO SOBRE REDUCCIÓN DE DAÑOS*. Barcelona.
- Global Commission on Drug Policy. (2014). *Asumiendo el control: Caminos hacia las políticas de drogas eficaces*.
- Justicia, M. d. (2014). *ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COLOMBIA 2013*. BOGOTÁ.
- MARTINÓN, R. (2005). LAS IDEAS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: EL. *Documentos de Trabajo: Política y gestión* , 24.
- Ministerio de la protección social. (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto; resumen ejecutivo*. Bogotá D.C.
- Mogollón, F. M. (20 de Mayo de 2015). Las "Perlas" del código de policía. *EL ESPECTADOR* .
- Observatorio de Drogas de Colombia. (s.f.). *Observatorio de Drogas de Colombia*. Recuperado el 11 de 06 de 2015, de Observatorio de Drogas de Colombia: <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Sustancias-psicoactivas>



- Redaccion Justicia. (30 de Junio de 2012). Dosis minima, un arma de doble filo. *EL MUNDO.COM* .
- Sanjurjo Garcia, D. (2013). El cambio en la politica de estupefacientes: el ejemplo de Uruguay.
- Thoumi, F. E. (07 de 04 de 2014). *Razon Publica*. Recuperado el 10 de 06 de 2015, de Razon Publica: <http://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/7517-drogas-ilegales-la-legalizaci%C3%B3n-no-es-viable.html>
- Universidad Nacional de Colombia, s. B. (2004). Álvarez Gómez, Christian. En A. V. Velásquez, *Fuerzas Armadas en la política antidrogas: Bolivia, Colombia y México*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.