CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

JORGE BENEDETTI

PL 243

Bogotá D.C., 11 de noviembre de 2022

Doctor
**GREGORIO ELJACH PACHECO**
**Secretario General del Senado de la República**
Ciudad

**Asunto:** Radicación proyecto de ley *"Por medio de la cual se crea un marco legal para el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales y se dictan otras disposiciones".*

Doctor Eljach:

De la manera más atenta, y en armonía con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992, presentamos a consideración del Senado de la República el proyecto de ley *"Por medio de la cual se crea un marco legal para el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales y se dictan otras disposiciones"*, iniciativa legislativa que cumple las disposiciones correspondientes al orden de redacción consagradas en el artículo 145 de la citada Ley.

Agradecemos darle el trámite legislativo previsto en el artículo 144 del Reglamento del Congreso de la República.

Cordialmente,

**JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO**
Senador de la República

| | |
|---|---|
| JULIÁN GALLO CUBILLO<br>Senador de la República | **DANIEL CARVALHO MEJÍA**<br>**Representante a la Cámara** |
| **ALEXANDER LÓPEZ MAYA**<br>Senador de la República | **ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA**<br>Senador de la República |
| **BERENICE BEDOYA PÉREZ**<br>Senadora de la República | **JUAN CARLOS LOZADA VARGAS**<br>Representante a la Cámara<br>Partido Liberal Colombiano |
| | |

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

JORGE BENEDETTI

**PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2022**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA UN MARCO LEGAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

## 1. Introducción y objeto de la ley

El desarrollo e implementación de las políticas de reducción de riesgos y daños en Colombia no ha sido un ejercicio sistemático. A pesar de ser un concepto que es de reconocida importancia para el Estado desde hace más de 15 años, el desenlace histórico de los proyectos liderados por el Gobierno Nacional, al igual que las entidades territoriales, suele ser la desarticulación del esfuerzo, debido principalmente a la falta de inercia en el apoyo político y la insuficiencia de recursos. Esto no quiere decir que no haya progreso en la implementación de estas políticas, sin embargo, todavía estamos lejos de tener una infraestructura robusta de reducción de riesgos y daños.

A la luz de la evidencia científica, la coyuntura de consumo de sustancias psicoactivas actual y los ejemplos que han marcado otros países como Portugal y Suiza, hay una necesidad clara de reformar el estado de las cosas e impulsar la adaptación nacional de las políticas de reducción de riesgos y daños. El objetivo a largo plazo debería de ser la transición de dichos servicios fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y hacia el umbral de las políticas de Estado en toda la institucionalidad. Sin embargo, antes de llegar a esta meta, en el Congreso de la República debemos establecer los lineamientos tanto prácticos como teóricos por los cuales se regirá la aplicación de este paradigma de cuidado en el país.

Con dicho propósito, el objeto de la presente ley es establecer un marco regulatorio para la práctica, implementación y desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños, el fortalecimiento de la infraestructura nacional para la prestación del servicio, la definición de los principios teóricos por los cuales el Estado deberá desarrollar estos servicios y finalmente, equiparar la legitimidad médica y científica del paradigma de la reducción de riesgos y daños con los modelos basados en la prevención y la abstinencia.

## 2. Justificación

### *2.1 ¿Qué son las políticas de reducción de riesgos y daños?*

La "reducción de riesgos y daños" es un término general para las intervenciones destinadas a reducir los efectos negativos en salud provenientes del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y comportamientos relacionados. Los ejemplos más conocidos son los programas de dispensación de agujas hipodérmicas y las terapias de sustitución con metadona. Este paradigma de cuidado sostiene unas premisas fundamentales muy diferentes al modelo clásico de política de consumo de drogas basado en la prevención, la criminalización y la abstinencia. En el modelo

presentado por la reducción de daños los consumidores problemáticos son vistos como pacientes médicos, no como criminales, ya que esto solo empeoraría sus posibilidades de superar su consumo. Al abordar la población de consumidores problemáticos como pacientes, el rol del Estado se convierte en uno de apoyo y la problemática se empieza a conceptualizar desde la salud pública.

La diferencia significativa entre la reducción de daños y el modelo clásico no está en sus objetivos, sino en sus métodos. Ambos modelos apuntan a establecer una sociedad saludable y funcional, sin embargo, el modelo clásico pretende hacer esto a través de la prohibición y la abstinencia, mientras que el paradigma de reducción de riesgos y daños hace uso de diferentes criterios. Dichas políticas no usan el cese de todo uso de drogas como su criterio para intervenciones y políticas exitosas. El objetivo es lograr avances positivos en la calidad de vida, así como en el bienestar individual y comunitario. Si el paciente decide que quiere trabajar hacia la abstinencia es aún mejor, pero esta expectativa nunca se pone en el paciente. El profesional de reducción de riesgos y daños busca reunirse con el paciente donde este se encuentra y profundizar en relación con su motivación y capacidad para efectuar cambios. Estas políticas buscan proporcionar herramientas adicionales para los médicos que trabajan con clientes que, por cualquier razón, pueden no estar preparados para perseguir la abstinencia.

Cuando consideramos la cantidad de factores que deben atender las políticas de reducción de riesgos y daños (la población objetivo, la complejidad del servicio, la sustancia específica, etc.), podemos ver cómo existe una gran variedad en su aplicación. No debemos caer en la falacia de pensar que esta modalidad de atención es únicamente para los consumidores problemáticos o que solo es útil en términos de sustancias ilegales. Cuando un individuo funcional decide querer reducir su consumo semanal de cigarrillos, esto también se considera como reducción de riesgos y daños.

En la actualidad, Colombia sostiene una política de consumo de drogas que se podría describir como un estilo de "híbrido" entre el modelo clásico y algunos de los principios de la política de drogas moderna que podemos ver en regiones como Europa Occidental. Aquí los consumidores no se abordan como criminales sino como pacientes y el consumo se entiende como una responsabilidad de la salud pública. Sin embargo, hemos hecho muy poco para desarrollar nuestras políticas de consumo por fuera del énfasis singular en la prevención y la abstinencia, mientras los derechos de los consumidores se caracterizan por los frecuentes choques entre las decisiones judiciales y las iniciativas impulsadas por los gobiernos y partidos.

### *2.2 ¿Por qué funciona el paradigma de la reducción de riesgos y daños?*

Un Estado que desconoce la legitimidad médica y psicológica de la perspectiva de la reducción de daños usualmente está operando bajo unos supuestos muy problemáticos. Comúnmente, estos Estados hacen uso de la explicación de que darles apoyo a los drogodependientes mientras estos siguen consumiendo sería "promover el uso de SPA" o "mostrar indiferencia ante la drogadicción". Más que en evidencia científica, estas posiciones se basan en posturas moralistas afines a la criminalización. En consecuencia, es útil analizar cómo una gran proporción de las teorías académicas prevalentes sobre la naturaleza de la adicción refutan este razonamiento en contra de los tratamientos no basados en la abstinencia.

Cuando los servicios de reducción de riesgos y daños no son una opción, un consumidor problemático que no está preparado o no quiere dejar de consumir SPA no tiene opciones de tratamiento. Claro, muchos dirán que el costo de la ayuda es la cesación del consumo, y hay muchos expertos y agencias de tratamiento que están de acuerdo con esta noción. Sin embargo, también hay una gran proporción de expertos, profesionales y agencias las cuales no son partidarias de condicionar el tratamiento en la abstinencia de sus pacientes. Su lógica recae fuertemente en lo que ellos conciben como la naturaleza social y psicológica de la adicción y cómo esta explica por qué tanta gente cae en este flagelo. Donald R. Wesson nos explica esta posición en el libro: Polydrug Abuse: The Results of a National Collaborative Study (1978), "En particular, esta justificación generalmente se ve en aquellos que utilizan enfoques de tratamientos basados en psiquiatría. Es evidente que algunas agencias en el campo creen que los síndromes psiquiátricos subyace el abuso de drogas en una proporción significativa de los casos" (Wesson, 348).

La creencia de que los problemas psiquiátricos son la razón subyacente de muchos de los casos de adicción ha desenlazado en la teoría de la "automedicación", una de las teorías de la adicción más prevalentes. Esta teoría sostiene que "El abuso de no opiáceos y/o alcohol permite controlar, hacer frente o modular problemas psicopatológicos existentes. Esto se considera especialmente cierto para trastornos del estado de ánimo y afectivos" (Wesson, 350). Esencialmente, esta teoría propone que muchos de los casos de abuso de SPA que vemos suceden porque los consumidores están intentando encubrir problemas psicológicos y/o emocionales más profundos.

En la medida que la teoría de la automedicación (y otras basadas en la psicología) es un modelo válido del abuso de drogas que han ganado una credibilidad generalizada dentro de la comunidad científica, solicitar la abstinencia por parte del paciente en las primeras etapas del tratamiento es un error. Cuando se está llevando a cabo una terapia orientada *psiquiátricamente,* si hay de tener una esperanza de éxito, *no es prudente exigir que un cliente abandone su mecanismo principal de soporte como una condición para acceder a la primera etapa de su tratamiento.* Esta condición puede precipitar una crisis psiquiátrica en las etapas más delicadas del tratamiento y genera altas tasas de abandono. En efecto, una de las razones más citadas por consumidores problemáticos para no ingresar a un programa de abstinencia es su incapacidad de partir con su consumo totalmente.

En esta situación, la abstinencia debería ser un objetivo a *largo plazo*, iniciado con cautela y el consentimiento del paciente cuando este haya hecho suficiente progreso en la fase inicial de su tratamiento. Dicho claramente, para los proponentes de las teorías psicológicas de la adicción, esto quiere decir que en muchas ocasiones (especialmente cuando el paciente tiene problemas psicológicos y/o emocionales) un consumidor problemático es incapaz de abandonar la droga para empezar un tratamiento ya que toda su estructura psico-emocional se basa en tener un método de soporte para autorregular sus patologías, en este caso los estupefacientes.

El debate sobre las verdaderas causas de la adicción, y consecuentemente cómo abordarla mejor, sigue abierto. Generalmente, estas teorías se pueden agrupar dentro de tres categorías: biologicistas, psicológicas y contextuales. De manera simple: un biologicista le da más énfasis a los factores biológicos como la neurociencia del cerebro y los factores genéticos. Un proponente de las teorías psicológicas se enfoca en el comportamiento del paciente, su personalidad y en los

factores psicológicos como su desarrollo emocional. Finalmente, una gran cantidad de teorías se han diferenciado por su interés en una combinación entre factores socioculturales y el entorno del consumidor, estas son las contextuales. Por supuesto, hay una gran cantidad de intercambios de ideas entre estas categorías, apoyar una teoría biologicista no implica negar descubrimientos de las otras dos categorías. La verdadera pregunta entonces se puede volver: ¿Qué categoría de pensamiento está más cerca de tener el modelo más exacto del abuso de drogas? En este momento, la amplia diversidad de opinión y descubrimientos científicos en todas las categorías está empezando a sugerir que la idea de que solo debe haber un modelo singular para atender el consumo problemático de SPA es una falacia.

Cuando vemos la inmensa diversidad de opiniones que existen en el debate sobre la adicción junto a todos los posibles factores que pueden afectar a un consumidor problemático, cada vez se vuelve más ilógico pensar que solo hay un modelo correcto para rehabilitar a los drogodependientes. En efecto, el Dr. Augusto Pérez, director de la Corporación Nuevos Rumbos (entidad sin ánimo de lucro especializada en la investigación y prevención del consumo de drogas en Colombia), cree que: "el nivel de análisis primordial siempre debería ser el individuo". La alta variedad que presenta cada caso de consumo problemático apoya esta conclusión. La noción de la importancia del análisis del *individuo* es otro punto a favor de una política de consumo de SPA que ofrece una variedad de servicios de atención. Debemos tener herramientas efectivas para atender a *todo el espectro de consumidores*, desde los jóvenes que están experimentado con la marihuana hasta los habitantes de calle con un consumo problemático de heroína o bazuco.

### *2.3. Estudios de caso*

Las políticas de reducción de riesgos y daños son más comunes en los países de Europa occidental, en donde hay varios ejemplos de su exitosa implementación. Una descripción superficial de la implementación de estas políticas en Portugal y Suiza hace un gran trabajo de ejemplificar el increíble efecto que pueden tener en la salud pública.

En los años noventa, Portugal estaba inmerso en una crisis de adicción a la heroína: uno de cada cien portugueses tenía una adicción a la heroína[1]. Efectivamente, en los años previos a la reforma, la cantidad de muertes relacionadas con las drogas se disparó y las tasas de VIH, Tuberculosis y Hepatitis B y C entre las personas que se inyectaron drogas aumentaron rápidamente[2]. Esta crisis de adicción fue un fenómeno que se esparció por todas las áreas de la clase política, social y económica de Portugal. El Dr. João Goulão, quien es considerado el arquitecto de la política de drogas implementada en el 2001, lo describe de la siguiente manera: "Hubo un momento en el que no se podía encontrar una sola familia portuguesa que no fuera afectada. Cada familia tenía su adicto, o adictos".

Ante esta coyuntura, y evidenciando que las políticas represivas contra las drogas no estaban dando resultados, en el 2001, Portugal se convirtió en el primer país en descriminalizar la posesión y el consumo de todas las sustancias ilícitas. En lugar de ser judicializados, aquellos

[1] Michael Specter, "Getting a Fix". (The New Yorker, October 10, 2011)
[2] Susana Ferreira, "Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the word copied it?" (The Guardian, December 5th, 2017)

atrapados con sustancias ilícitas podrían recibir una advertencia, una pequeña multa o se les podría pedir que comparezcan ante una "comisión local de disuasión" (un médico, un abogado y un trabajador social) sobre el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y los servicios de apoyo que estaban disponibles para ellos. En la práctica, estos paneles raramente imponen multas contra los individuos que compadecen ante ellos. El objetivo verdadero era abordar el grave empeoramiento de la salud de la población consumidora al lograr que estos consumidores ingresaran *voluntariamente* al tratamiento.

Se debe notar que Portugal complementó su política de despenalización asignando mayores recursos al campo de consumo de drogas, y ampliando y mejorando los programas de prevención, tratamiento, reducción de daños y reintegración social. Es decir, expandió la cantidad y diversidad de sus servicios.

Ahora que han pasado casi dos décadas desde el cambio de enfoque en la política de drogas de Portugal, existen varios indicadores que podemos observar para evaluar su éxito. Una de las mayores críticas de la despenalización era que iba a causar un gran aumento en el uso de drogas de la población general. Sin embargo, podemos ver cómo este miedo nunca se materializó. Según las cifras, los niveles de consumo de drogas de Portugal están por debajo de la media europea, especialmente para los jóvenes[3]. La prevalencia de enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas también mostró una gran disminución. Aunque el número de casos de VIH recientemente diagnosticados entre las personas que se inyectan drogas en Portugal es muy superior al promedio europeo, ha disminuido drásticamente en la última década, pasando de 1.016 a 56 entre 2001 y 2012. También se observó una tendencia similar en los casos de hepatitis C y B. Cuando miramos las cifras relacionadas a las muertes por el uso de drogas también podemos ver una disminución significativa — de aproximadamente 80 en el 2001 a 16 en el 2012[4]. El mejoramiento de índices de salud ha sido uno de los lineamientos de la política de drogas de Portugal y según las cifras podemos ver cómo ha sido un éxito en este respecto.

La experiencia de Portugal ha sido muy exitosa, sin embargo, uno de los lineamientos más importantes del método científico es la duplicación de resultados. Es decir, si los indicadores positivos de Portugal no se pueden replicar en otro país con la implementación de una política de drogas comparable, entonces estos resultados pierden validez en el sentido que se vuelve más difícil relacionarlos con la política de drogas vigente. Afortunadamente, también podemos mirar al ejemplo de Suiza y sus excelentes resultados tras liberalizar sus leyes contra las drogas ilícitas.

Al igual que Portugal y la gran parte de Europa, en los años setenta y ochenta, Suiza experimentó un rápido aumento en el uso de heroína inyectada. Más jóvenes estaban usando heroína y hubo un aumento en las muertes por sobredosis y el crimen relacionado con las drogas. En 1986, Suiza tenía aproximadamente 500 casos de VIH por millón de personas, la proporción más alta de la Europa Occidental al momento. En el año 1989, la mitad de todos los nuevos casos de VIH estaban relacionados a la inyección de drogas.

Similarmente a como ocurrió en Portugal, eventualmente profesionales de salud lograron convencer al gobierno de implementar políticas de reducción al daño. Gracias a estas reformas,

---

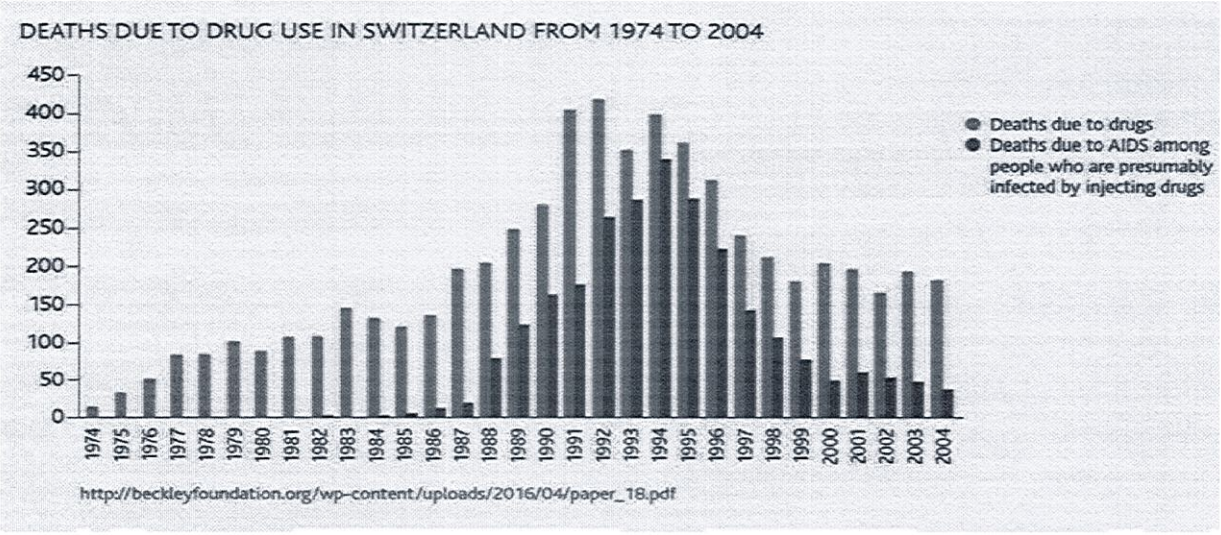
[3] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011a) 'Drug policy profiles —Portugal', p. 20.
[4] Transformdrugs.org "Drug Decriminalization in Portugal: Setting the Record Straight" (2012)

en los años noventa, Suiza se volvió el país pionero en la "clínica de heroína". Esta consiste en un entorno seguro en donde los adictos pueden aplicar para inscribirse en un programa en donde se les administra una dosis diaria intravenosa de heroína pura, a diferencia de su sustituto a veces ineficaz, la metadona. Originalmente, este programa fue recibido con una alta dosis de escepticismo. Sin embargo, después de que el pueblo suizo se dio cuenta de sus beneficios, votaron para hacerlo permanente a través de un referendo nacional en el 2008.

Las primeras clínicas de tratamiento de heroína asistida (THA) en Suiza abrieron en 1994 como parte de un piloto nacional de tres años. A finales de 1997, el gobierno federal aprobó una expansión a gran escala del piloto, con el objetivo de albergar al 15% de los 30,000 usuarios de heroína estimados en la nación, específicamente aquellos usuarios a largo plazo que no habían tenido éxito con otros tratamientos.

Los programas se diseñaron e implementaron explícitamente como una investigación empírica. Fueron documentados y evaluados rigurosamente, y evolucionaron en línea con los resultados generados. De esta manera, fue posible que el modelo cambiara de ser un experimento científico a un marco de políticas más formalizado que disfrutara de un apoyo público creciente, un proceso ayudado por resultados abrumadoramente positivos. El programa funciona de la siguiente manera: los pacientes deben asistir a una clínica una o dos veces al día y usan sus recetas en la clínica bajo supervisión médica. La idea era combinar los beneficios de un suministro prescrito (heroína de potencia y pureza conocida, libre de contaminantes y adulterantes y aplicada con un equipo de inyección limpio) con los beneficios del acceso regular a servicios de salud, un entorno seguro e higiénico y supervisión médica.

Los resultados del programa fueron muy positivos. El número de casos de VIH relacionados a la inyección de drogas, al igual que la proporción de muertes por sobredosis, se disminuyó en un 50 por ciento.




También se reportaron otros beneficios considerables:

- Los resultados de salud para los participantes en el THA mejoraron significativamente.

- Las dosis de heroína administradas por el THA se estabilizaron, generalmente en dos o tres meses, en lugar de aumentar como algunos temían.
- El consumo de heroína ilícita se redujo significativamente.
- Hubo una gran reducción en la actividad delictiva relacionada con la recaudación de fondos para el uso de drogas ilícitas entre los participantes del THA.[5]

Con la ayuda de este programa, los adictos a la heroína no solo reciben beneficios médicos, sino también psicológicos. Usuarios del programa reportaron que, al poder contar con una fuente confiable de heroína para manejar su adicción, pudieron empezar a aclarar su forma de pensar. Es decir, para un adicto que vive precariamente, su primera preocupación siempre va a ser su próxima dosis. Al liberarse de la constante preocupación de cómo van a conseguir su dosis, muchos adictos reportaron sentir por primera vez las ganas de mejorarse y encarrilar sus vidas. Estas experiencias personales se reflejan en las cifras. Al ingresar al THA, un 73% de los adictos estaban desempleados y el 69% financiaba su hábito a través de un ingreso ilegal. Después de 18 meses de tratamiento, las cifras se redujeron drásticamente, a 45% y 11%, respectivamente.[6]

Adicionalmente, el tratamiento de heroína asistido también tiene un efecto positivo en crímenes como el hurto y el atraco. Al provisionar a varios adictos con una fuente confiable de heroína, muchos de ellos cesaron de recurrir al crimen para financiar su adicción. Según otro estudio realizado en Suiza, analistas vieron una reducción de hasta el 90% en actividad delictiva cometida por consumidores problemáticos.[7]

Este tipo de resultados también se pueden ver en otros países que han experimentado con el modelo suizo de THA. Una revisión de estos programas realizada en el 2012 por el Observatorio Europeo de Monitoreo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) concluyó que el tratamiento de heroína asistida puede llevar a: "sustanciales mejoras en la salud y el bienestar de los participantes", "grandes reducciones en su uso continuado de heroína ilícita", "desvinculación con actividades delictivas" y "mejoras notables en el funcionamiento social". [8]

Adicionalmente, tras un estudio de costo/beneficio, se demostró que el costo del THA está más que compensado por los "significativos ahorros para la sociedad". Estos ahorros se ven reflejados en menores gastos en procedimientos penales y encarcelamiento, reducciones en servicios de salud debido a menores tasas de infección, etc. El OEDT señala que "si un análisis de la utilidad de costos tiene en cuenta todos los parámetros relevantes, especialmente relacionados con el comportamiento delictivo, el THA ahorra dinero". [9]

Cuando consideramos el enorme éxito de Portugal y Suiza, es más fácil imaginar la implementación de una política de drogas similar en Colombia. Claro, Colombia es un país con considerablemente menos recursos y especialización técnica. No obstante, cualquier cambio hacia la dirección correcta es preferible y siempre existe la posibilidad de hacer convenios con

---

[5] Transfromsdrug.org "Heroin-Assisted Treatment in Switzerland"
[6] The Global Initiative for Drug Policy Reform, "Switzerland", (reformdrugpolicy.com)
[7] ]Killias, M. And Aebi, M. F. (2000) The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland, Crime Prevention Studies, volume 11, 2000
[8] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012b) 'EMCDDA report presents latest evidence on heroin-assisted treatment for hard-to-treat opioid users', 19.04.12.
[9] Peter Reuter and Domenic Schnoz, "Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland", (2009)

entidades privadas de la sociedad civil que sean capaces de administrar la correcta prestación de estos servicios.

Las experiencias de Portugal y Suiza son casos de estudio extremadamente alentadores para los proponentes de la reducción del daño. Sin embargo, se debe mencionar que sus resultados no fueron exclusivamente el producto de la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños. En el caso de Portugal, la despenalización y el incremento en inversión en servicios de atención fueron elementos vitales. Sin embargo, esto no es una afirmación en contra de la efectividad de estas políticas, al contrario, es un reconocimiento que sus efectos tienen mayor alcance cuando están articulados dentro de una política de drogas la cual sostiene una perspectiva de salud pública frente a los ciudadanos con consumos problemáticos. Aunque también falta otro elemento crucial, uno en el cual la legislación tiene poca injerencia: la actitud cultural frente a los drogodependientes.

Sabemos por un gran cuerpo de trabajo que los drogodependientes constantemente sostienen el estigma social y la marginalización como una de sus razones primarias para no buscar ayuda. Si un consumidor problemático no se siente bienvenido en un centro de servicios, es probable que nunca ingrese. En Portugal, el cambio de enfoque en la política de drogas catalizó un cambio sociocultural en la manera que los portugueses ven el consumo de SPA. Ver a los usuarios de drogas como pacientes y no como criminales es el paso más grande que debe dar la sociedad para que las reformas tengan el efecto deseado. Es probable que el hecho de que la crisis de heroína afectó a todos los estratos de la sociedad portuguesa facilitó este cambio, ya que no era posible marginalizar a los adictos por clase social. El Dr. Goulão explicó esta coyuntura: "es muy difícil identificar un vínculo causal entre la despenalización por sí mismo y las tendencias positivas que hemos visto… Es un paquete total. El mayor efecto ha sido permitir que caiga el estigma de la adicción a las drogas y dejar que las personas hablen con claridad y puedan buscar ayuda profesional sin temor".

En este proyecto de ley no se está contemplando la despenalización del uso de drogas ni otras medidas de gran envergadura. Sin embargo, con pasos a favor de una política de reducción de riesgos y daños también se puede fomentar el cambio cultural que es necesario para que los drogodependientes puedan utilizar, sin estigma, los servicios que ellos decidan que sean óptimos. Es nuestra esperanza que un marco regulatorio para las políticas de reducción del daño permita lograr que estas personas cuenten con apoyo integral y continuidad por parte de los gobiernos de turno y así ayudar a la sociedad colombiana a abrirse paso a través de los prejuicios que generan una cultura tóxica para los drogodependientes y, con el tiempo, trabajar hacia metas más ambiciosas como la despenalización.

### *2.4. La situación en Colombia*

Para justificar la aplicación de políticas de reducción de riesgos y daños en Colombia, es importante tener en cuenta cuál es el estado del consumo de SPA (legales e ilegales) en el país, qué deficiencias tenemos en materia de análisis de consumo y cuáles han sido nuestras experiencias con políticas de reducción de riesgos y daños.

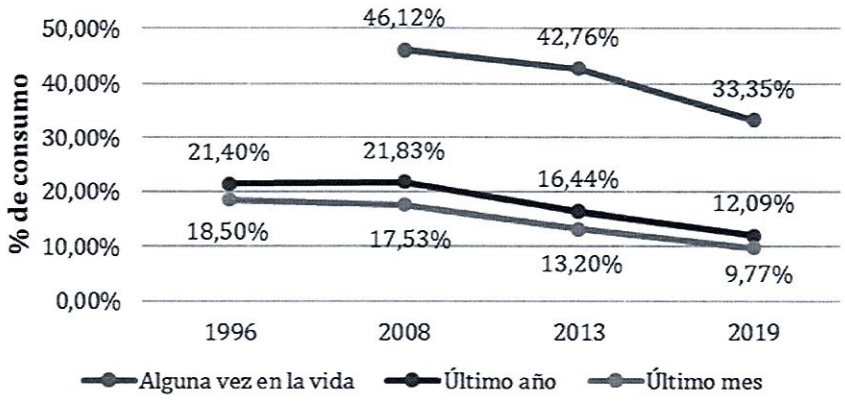
### *2.4.1. Estado del consumo de SPA en Colombia*

La necesidad de elevar la posición de las políticas de reducción del daño dentro del sistema de salud colombiano se hace más evidente al examinar la situación actual de consumo de SPA en el país. Por ende, es de gran utilidad repasar las cifras que están disponibles.

Con el fin de analizar los patrones de consumo de SPA legales e ilegales en Colombia, el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) del Ministerio de Justicia ha elaborado cuatro encuestas de envergadura nacional en los años 1996, 2008, 2013 y 2019. Es necesario aclarar que las encuestas del 1996 y el 2008 no son plenamente comparables pues utilizaron metodologías de muestreo y recolección de datos levemente diferentes. Sin embargo, las metodologías de las encuestas siguen siendo suficientemente parecidas para comparar sus resultados de manera informal. Las encuestas del 2008, el 2013 y 2019 usan la misma metodología y son plenamente comparables[10]. Es importante señalar que, en principio, esta encuesta está diseñada para que sea aplicada cada cinco años; sin embargo, por factores burocráticos no se puedo realizar sino hasta el año 2019.

En materia de SPA legales, los estudios hacen énfasis en las dos más importantes: tabaco y alcohol. En cuanto al tabaco, la Tabla 1 muestra cómo ha evolucionado el consumo de esta sustancia desde 1996 hasta el estudio realizado en el 2019[11]:

**Tabla 1. % de personas consumidoras de tabaco en Colombia**




*Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia*

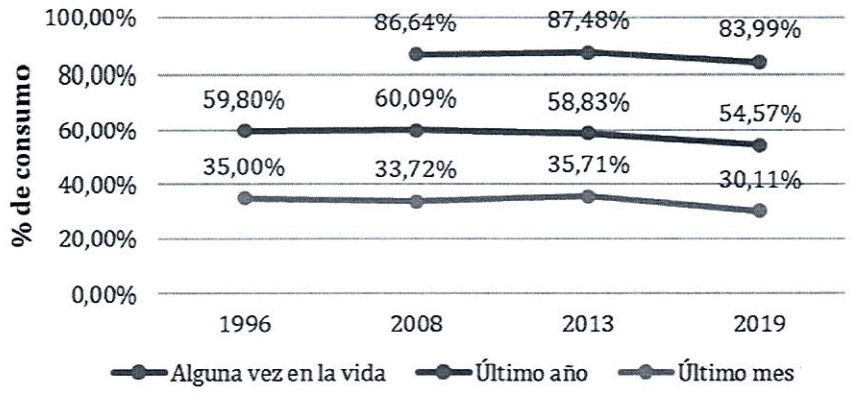
De la información contenida en la Tabla 1 se concluye que el consumo de tabaco presenta un descenso constante en Colombia, el cual, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de SPA del 2019, estaría asociado a dos variables: "por un lado, puede explicarse por un aumento en la cantidad de exfumadores, y por otro por una disminución de las personas que ingresan al

[10] De hecho, la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2019 tiene un acápite específico en el que compara sumariamente sus resultados con los de las dos encuestas anteriores.
[11] En las Tablas 1 y 2 no se muestran datos en la categoría "alguna vez en la vida" para el año 1996 dado que no se preguntó por esta información.

circuito del uso de esta sustancia". Pese a que estos son datos alentadores, la encuesta ofrece otra información relevante y que debe ser tenida en cuenta: el 6% de las personas entre los 12 y los 65 años son fumadores habituales (cerca de 1'380.000 personas para las fechas del estudio)[12]; el grupo de los 25 a los 34 años de edad es el que más fuma y la edad promedio de inicio de consumo de tabaco son los 17 años. Luego, existe aún una buena proporción de colombianos altamente expuestos a los riesgos que implica consumir tabaco, en especial para la salud.

La Tabla 2 nos detalla los datos relativos al consumo de alcohol:

**Tabla 2. % de personas consumidoras de alcohol en Colombia**




*Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia*

Los datos recopilados también demuestran una reducción en el consumo de alcohol desde 1996 hasta 2019, aunque la reducción es mucho menos pronunciada que la evidenciada frente al tabaco. Pero aun así, la cifra de prevalencia sigue siendo alta, lo cual tiene repercusiones en las muertes asociadas al consumo de esta sustancia[13]. De acuerdo con Medicina Legal (2022), entre el 2013 y el 2020 hubo 24.723 muertes asociadas con el alcohol; la segunda SPA que reporta más muertes asociadas está muy por debajo de esa cifra: la cocaína, con 3.469 casos. Esta información debe alertar al Estado colombiano sobre cómo el uso de una SPA legal (alcohol) tiene mayor incidencia que cualquier otra SPA legal o ilegal en fallecimientos, lo que denota la necesidad de también promover políticas de reducción de riesgos y daños respecto de esta sustancia.

En materia de SPA ilegales, a pesar de ser un país que lleva décadas luchando contra el narcotráfico, Colombia aún no ha desarrollado el nivel de consumo que usualmente conlleva una sobreproducción interna de marihuana y cocaína, las dos drogas de mayor popularidad en la región. En efecto, cuando comparamos a Colombia con otros países de Sur América en términos de consumo de SPA, podemos ver cómo el país demuestra una prevalencia de uso promedio. El consumo de la población general es levemente mayor que en países como Venezuela, Perú y

[12] Ser fumador habitual implica haber fumado al menos 20 días durante el mes previo a la realización de la encuesta.
[13] Es decir, para el momento del fallecimiento se encontró que la persona había consumido alcohol. Ello no necesariamente significa que el alcohol haya sido la causa eficiente de la muerte.

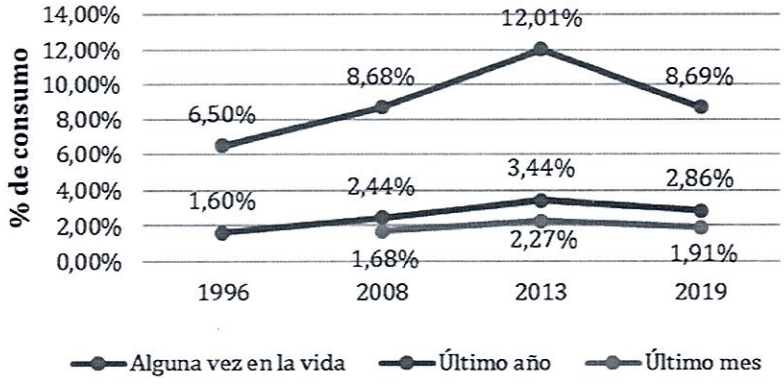
Bolivia. Afortunadamente, todavía estamos muy por debajo de los niveles que se presentan en los países más consumidores de la región como Chile, Argentina, Uruguay y Brasil[14].

Este posicionamiento a nivel regional y hemisférico nos ha dejado a los colombianos una visión particular de nuestro país. Entre los colombianos, es una creencia generalizada que Colombia es un país "productor, pero no consumidor". Aunque esta noción tiene algo de verdad, el estado de las cosas está empezando a cambiar.

Si vemos los indicadores de consumo de SPA en Colombia a través del tiempo, la tendencia general que se presenta es una de crecimiento lento, pero constante (aun cuando la última encuesta de consumo de SPA haya evidenciado un leve descenso). La situación se agrava considerablemente cuando nos enfocamos en los grupos de edad más jóvenes, los cuales están presentando prevalencias de consumo cada vez mayores. En consideración del incremento en el consumo de los colombianos y la obligación del Estado de ofrecer tratamiento de carácter *integral* a los consumidores, el estado colombiano tendrá que desarrollar más plenamente el rol de la reducción de riesgos y daños dentro de la política de consumo de drogas.

En la Tabla 3 podemos ver los resultados de estos estudios para la población general del país (12 a 65 años) en relación con el consumo de SPA ilegales[15].

**Tabla 3. % de consumo de SPA ilegales en la población general en Colombia**




*Elaboración propia. Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA de Colombia 2019*

La línea azul representa el porcentaje de encuestados que respondieron positivamente a la pregunta: "¿ha consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida?", mientras que las líneas roja y verde representan afirmaciones positivas al consumo de drogas ilícitas en el "último año" y

[14] OAS CICAD. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas (2019). Retrieved 2020, from: http:// http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

[15] La Tabla 3 es elaborada con base en los datos que aparecen en la tabla comparativa contenida en la página 156 de la Encuesta Nacional de Consumo de SPA en Colombia del año 2019. Es importante advertir que, según consta en el mismo documento, los datos han sido estandarizados y ajustados para que los indicadores no se vean afectados por los cambios demográficos que haya tenido el país (ver la página 137 del Estudio).

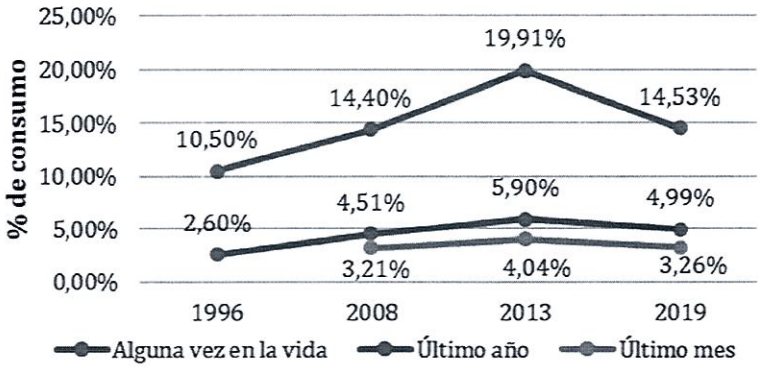
"último mes", respectivamente. La línea verde empieza en el año 2008 porque en la encuesta de 1996 no se hizo la pregunta sobre el consumo del "último mes"[16].

En las tres categorías analizadas existen incrementos significativos desde 1996 hasta el año 2013. En efecto, en ese periodo el porcentaje de consumo "alguna vez en la vida" de la población general subió 184%. Cuando miramos el porcentaje del "último año" para el mismo lapso de tiempo, vemos un incremento de 215%. Finalmente, el incremento porcentual del consumo en el "último mes" desde el 2008 al 2013 es de 135%. No obstante, encontramos un relativo descenso frente a los datos obtenidos para el año 2019: en la categoría de consumo "alguna vez en la vida" hay una disminución del 27,7%; el porcentaje de consumo en el "último daño" también baja un 17%; mientras que en la categoría de "último mes" la disminución es del 16%.

De acuerdo con la propia Encuesta Nacional de Consumo de SPA del 2019, la reducción en el reportada para ese año se debe a un descenso en el consumo de marihuana, que es la sustancia con consumo más extendido en el país[17]. Sin embargo, el documento no explica a qué se debe este último descenso. En todo caso, aun cuando los niveles de consumo de SPA en el país han disminuido, la implementación de estrategias que permitan mitigar sus riesgos y daños sigue siendo necesaria para continuar obteniendo resultados favorables. Además, fíjese que la gran disminución se observa en la categoría "alguna vez en la vida", mientras que las otras dos mantienen niveles relativamente similares. Por tanto, podría concluirse que en Colombia ha disminuido en buena parte el consumo "experimental", pero esa misma tendencia no se observaría con el consumo habitual.

La prevalencia de consumo también la podemos analizar por género. En la Tabla 4 podemos ver los datos de los hombres, mientras que en la Tabla 5 está el comportamiento de las mujeres[18].

**Tabla 4. % de consumo de SPA ilegales por hombres en Colombia**



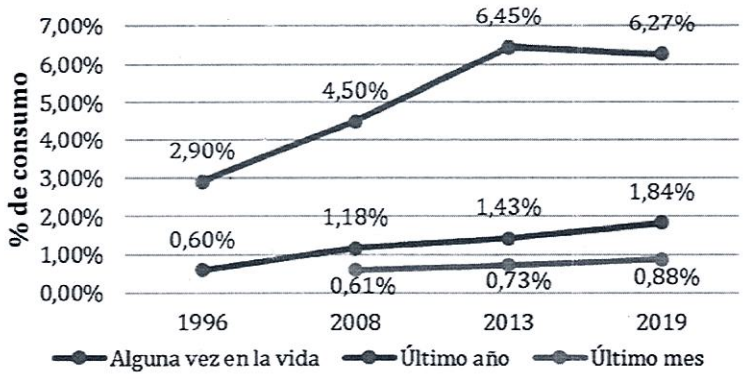

*Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia*

[16] La información reflejada en las tablas 4, 5 y 6 corresponde al consumo de marihuana, cocaína, basuco, éxtasis y heroína. Se seleccionaron estas sustancias por haber sido evaluadas en forma equivalente en los tres estudios analizados.

[17] De acuerdo con la encuesta, para el 2013 la marihuana tenía los siguientes niveles de prevalencia: 11,44% en la categoría de "alguna vez en la vida"; 3,19% en la categoría de "último año"; y 2,13% en la categoría de "último mes". Entre tanto, los niveles para el 2019 fueron 8,32%; 2,69% y 1,78% respectivamente.

[18] Las cifras en las Tablas 4 y 5 no fueron sujetas a la estandarización estadística de la Tabla 3.

**Tabla 5. % de consumo de SPA ilegales por mujeres en Colombia**




*Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia*

Los anteriores gráficos evidencian que la prevalencia de consumo de SPA en hombres es significativamente mayor que la de las mujeres. Aun cuando en los primeros se reportan descensos en las tres categorías evaluadas, es preciso reiterar lo que se señaló previamente: la mayor disminución se observa en la categoría "alguna vez en la vida", mientras que las otras dos mantienen niveles relativamente similares. Por tanto, podría concluirse que el consumo "experimental" en los hombres colombianos ha disminuido en buena parte, pero esa misma tendencia no se observaría con el consumo habitual.

No obstante, frente a los datos de consumo en mujeres es importante realizar dos acotaciones. Primero, a diferencia de la tendencia observada en la población general y en los hombres, las mujeres presentan aumentos en la prevalencia de consumo cuando se les pregunta por el último año y mes. El incremento es del 128% y del 120%, respectivamente, en comparación con las cifras del 2013, lo cual invita a investigar cuáles son los factores que llevaron a tal situación. Este fenómeno podría ser una muestra de lo explicado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el reporte mundial de drogas del 2022, en el cual asegura que aunque los hombres tienen una mayor prevalencia de consumo, las mujeres presentan un incremento más acelerado en la tasa de consumo.

El segundo comentario es que en ese mismo estudio, la ONU también advierte que las mujeres que se inyectan drogas son más vulnerables a adquirir VIH, Hepatitis C y otras enfermedades en el torrente sanguíneo que los hombres; además, tienen más posibilidades de desarrollar depresión y ansiedad (independientemente del método de consumo). Esto sin contar que las mujeres enfrentan mayores barreras de acceso a tratamientos por el consumo de droga. Así las cosas, las políticas de disminución de riesgos y daños también deben tener un enfoque de género que garantice el acceso a las mujeres y les ayude a disminuir los riesgos enunciados.

En cuanto a edad, en la Tabla 41 del Estudio Nacional de Consumo de SPA de 2019 están los resultados para los diferentes grupos etarios.

Tabla N° 41: Consumo reciente (prevalencia último año#) de cualquier sustancia ilícita según grupos de edad (años).

| Grupos de edad | % | Intervalo de confianza (%) | Número de consumidores | Intervalo de confianza (casos) |
|---|---|---|---|---|
| 12-17 | 2,50 | 1,80 - 3,20 | 76.419 | 54.897 - 97.942 |
| 18-24 | 7,47 | 6,61 - 8,34 | 279.544 | 245.615 - 313.473 |
| 25-34 | 5,02 | 4,43 - 5,60 | 262.076 | 230.899 - 293.253 |
| 35-44 | 2,23 | 1,83 - 2,63 | 100.101 | 82.291 - 117.912 |
| 45-65 | 1,09 | 0,86 - 1,32 | 78.871 | 62.397 - 95.345 |
| **Total** | **3,36** | **3,11 - 3,60** | **797.012** | **738.992 - 855.032** |

*# Prevalencias de último año incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, Heroína, analgésicos opioides, inhalables, dick, Popper, LSD y otros alucinógenos*

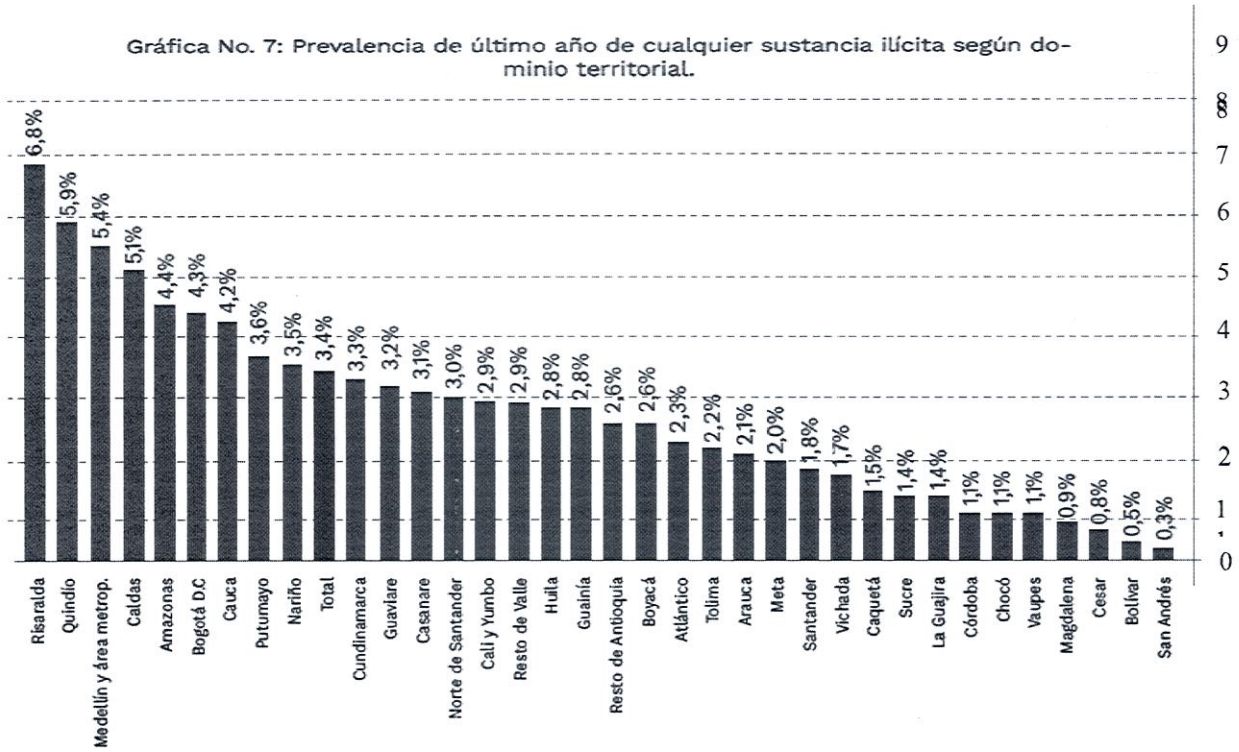
Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA, Observatorio de Drogas Colombiano (2019).

La Tabla 41 nos demuestra que el mayor consumo de sustancias ilícitas está presente en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 7,47%. Después están las personas de 25 a 34 años con una prevalencia de 5,02%. Luego vienen los adolescentes de 12 a 17 años, los cuales tienen una tasa del 2,5%. Es relevante destacar que aquí hay un cambio en la tendencia observada en el Estudio Nacional del 2013, en el que los adolescentes de 12 a 17 años tenían mayor prevalencia de consumo de que las personas de 25 a 34 años. Sin embargo, este dato debe mirarse con detenimiento: el 25% de quienes han probado alguna vez una SPA lo hizo por primera vez a la edad de 15 años o antes (Observatorio de Drogas Colombiano, 2019), lo cual significa que Colombia tiene una prevalencia importante de inicio de consumo a temprana edad. La evidencia nos muestra cómo el consumo temprano de SPA es más probable en desenlazar en una carrera de consumo con drogas más potentes, y por ende en adicción[19], por lo que es un asunto a tener en cuenta.

En la Gráfica 7 podemos analizar los patrones de consumo con relación a la ubicación departamental de los consumidores[20].

[19] Shakra, M. A., & Cox, S. (2014). The Externalizing Developmental Pathway to Substance Use Disorders. In *Childhood and Adolescent Pathways to Substance Use Disorders* (pp. 28–29). Canadá: CCSA.

[20] La presentación de esta gráfica fue levemente modificada para ponerla en formato horizontal. En todo caso, el gráfico de barras y los datos que representan son idénticos al contenido del Estudio.




Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA, Observatorio de Drogas Colombiano (2019).

Lo primero que se puede observar es la gran variabilidad de las prevalencias de consumo entre los dominios territoriales estudiados. Medellín, Quindío y Risaralda tienen las prevalencias más altas. Por otro lado, Córdoba, Bolívar y el Chocó tienen prevalencias por debajo del 1.5%.

La habilidad del Estado colombiano de recoger datos de esta índole es de extrema importancia a la hora de diseñar políticas públicas e identificar factores de riesgo. Al tener un fundamento empírico sobre las realidades del consumo de SPA en el país, podemos crear programas y leyes de manera informada y con la capacidad de expandir con más precisión sobre las necesidades de una población específica. Es por esto que debemos asegurar partidas presupuestales fijas para estos estudios y evitar la ausencia de recolección de información.

Finalmente, en la Tabla 85 del Estudio Nacional de Consumo de SPA del 2019 se pueden observar los principales indicadores de consumo para las distintas SPA estudiadas por el ODC.

Tabla Nº 85: Panorama global del consumo de sustancias en Colombia, según Prevalencia de vida, último año y último mes

| Sustancia | Prevalencia | | |
|---|---|---|---|
| | Vida | Año | Mes |
| Alcohol | 83,97 | 54,54 | 30,10 |
| Tabaco/cigarrillo | 33,31 | 12,07 | 9,75 |
| Cigarrillo electrónico | 5,03 | - | 0,67 |
| Tranquilizante sin prescripción[1] | 1,84 | 0,60 | 0,27 |
| Estimulante sin prescripción[2] | 0,11 | 0,03 | 0,01 |
| Marihuana | 8,30 | 2,68 | 1,78 |
| Cocaína | 2,07 | 0,57 | 0,31 |
| Cualquier alucinógeno[3] | 1,62 | 0,38 | 0,08 |
| Popper | 1,37 | 0,39 | 0,10 |
| Analgésicos Opioides sin prescripción[4] | 0,86 | 0,28 | 0,07 |
| Yagé | 0,79 | - | - |
| Éxtasis | 0,69 | 0,16 | 0,06 |
| LSD | 0,64 | 0,19 | 0,05 |
| Basuco | 0,54 | 0,10 | 0,07 |
| Hongos | 0,39 | - | - |
| 2CB | 0,34 | - | - |
| Inhalables | 0,33 | 0,06 | 0,03 |
| Dick | 0,27 | 0,05 | 0,00 |
| Cacao sabanero | 0,22 | - | - |
| GHB | 0,20 | - | - |
| Ketamina | 0,16 | - | - |
| Metanfetamina | 0,15 | - | - |
| Heroína | 0,09 | 0,02 | 0,01 |
| Metadona sin prescripción | 0,04 | - | - |
| Cualquier sustancia[5,6] | 10,25 | 3,36 | 2,03 |
| Cualquier sustancia[7] | 11,15 | 3,75 | 2,22 |

*1 Incluye: Alprazolam, Bromazepam, Clonazepan, Clobazam, Diazepam, Lorazepam, Flunitrazepam, Midazolam, Triazolam y Zolpidem*
*2 Incluye: Metilfenidato/Ritalina/Concerta o Modafinilo/Vigia/Carim*
*3 Incluye: LSD, hongos, yagé y caco sabanero*
*4 Incluye: Morfina, Oxicodona/Oxycontin, Hidrocodona/Vicodin/Sinalgen/Dovir, Codeína/winadeina/winadol/algimide,*
*Fentanilo/Durogesic, Hidromorfona, Meperidina, Tramadol/Tramal*
*5 Prevalencia vida incluye las siguientes sustancias: Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, metanfetamina, Inhalables, dick, Popper, metadona, analgésicos opioides, LSD, otros alucinógenos, ketamina, GHB y 2CB*
*6 Prevalencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, Heroína, analgésicos opioides, inhalables, dick, Popper, LSD y otros alucinógenos.*
*7 Además de las sustancias descritas en las notas 5 y 6, incluye tranquilizantes y estimulantes sin prescripción Médica.*

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA, Observatorio de Drogas Colombiano (2019).

Estas cifras nos muestran varias realidades sobre el uso de SPA en Colombia. En primer lugar, se debe enfatizar que el alcohol y el cigarrillo son las sustancias psicoactivas de más uso. Cuando analizamos las sustancias ilícitas, vemos cómo la marihuana es por lejos la SPA más popular, seguida por la cocaína y los tranquilizantes sin prescripción. Estas son buenas noticias en el sentido que el aumento de uso de SPA ilícitas se puede atribuir mayoritariamente a la marihuana, la cual es considerablemente menos dañina para la salud que otras sustancias ilícitas.

En lo que respecta al éxtasis y al 2CB, existen 4 aspectos de su consumo que llaman la atención:

1. Existe un aumento en el consumo de ambas sustancias. En el caso del éxtasis, aunque se observa una leve disminución en las categorías de "alguna vez en la vida" y "último

año", en la categoría "último mes" se pasa del 0,02% al 0,06%. Por su parte, para el 2019 0,34% de los encuestados afirmó haber consumido 2CB "alguna vez en su vida", un porcentaje mucho más alto que el registrado en el 2013 (0,03%).

2. Ambas sustancias son las que tienen mayores niveles de adulteración. Así lo confirma el Observatorio de Drogas de Colombia (2021) al señalar que "la mayor cantidad de adulterantes se encuentra en el MDMA (categoría de la que hace parte el éxtasis[21]). Se encontró en mezclas con ketamina, cafeína y acetaminofén". También la Corporación Acción Técnica Social (2021), la cual sostiene que "El 2CB o nexus, se testeó en 63 oportunidades. De ellas, tan solo el 65% resultaron positivas y el 35% resultaron negativas. Es así como, el 2CB, se convierte en la sustancia mayormente adulterada dentro del mercado".

3. El éxtasis y el 2CB es consumido, principal y mayoritariamente, por personas de 18 a 29 años. Es decir, los grupos etarios más jóvenes. Además, por lo general el consumo se presenta en eventos, fiestas y festivales (Acción Técnica Social, 2021).

4. El testeo de las SPA que circulan en el mercado es fundamental. Gracias a este ejercicio, en el año 2021 se evitó que 708 personas resultaran intoxicadas por 2CB adulterado y 354 lo fueran por éxtasis adulterado.

Las políticas de reducción de riesgos y daños tienen que tener en cuenta datos como los anteriores para propender por un consumo más responsable y evitar riesgos relacionados con la ingesta de SPA adulteradas. Esto solo se logra si en efecto existe capacidad institucional para recopilar y transmitir datos sobre las SPA que se venden en el mercado.

Por último, es necesario advertir que en la Encuesta Nacional de Consumo de SPA del 2019 no se analizaron sustancias cuyo consumo ha venido creciendo, tales como el "tusibi", que no puede confundirse con el 2CB[22], y el NBOME, que desde el año 2017 se presenta como el principal suplantador del LSD. Su análisis se ha realizado, principalmente, por proyectos como Échele Cabeza[23] de la Corporación ATS (Acción Técnica Social)[24] y sus constantes informes y alertas tempranas sobre nuevas drogas y prácticas de consumo en Colombia y el mundo.

### *2.4.2. El uso de Heroína en Colombia y otras problemáticas específicas*

Las crecientes prevalencias de consumo de drogas ilícitas "populares" como la marihuana, la cocaína y las drogas sintéticas sin duda podría considerarse como el reto más grande del Estado en términos de su política de consumo de drogas. Sin embargo, también se ha identificado la

---

[21] Para el año 2021, de las 2868 sustancias analizadas por el programa *"Échele Cabeza"* de la Corporación ATS (Acción Técnica Social), al menos el 70% era MDMA. El 52% correspondía a éxtasis, lo que evidencia su alto grado de consumo.

[22] El 2CB o Nexus es una sola sustancia que produce efectos parecidos, pero no iguales, a la combinación del LSD y el MDMA. Por su parte, el "tusi" o "tusibi" es la llamada cocaína rosada, que es un cóctel en polvo que contiene sustancias depresoras del sistema nervioso, estimulantes, anestésicos y en algunos casos medicamentos de prescripción que generan dependencia (ATS, 2020).

[23] www.echelecabeza.com.

[24] www.acciontecnicasocial.com.

existencia de problemáticas específicas ligadas al consumo de drogas altamente adictivas como la heroína. Este tipo de consumo tiene un carácter oculto y difícil de cuantificar dada la naturaleza del consumidor y su posicionamiento social. En efecto, Colombia es uno de los pocos países en América Latina que presenta un consumo emergente de heroína[25].

El uso de heroína en Colombia primero se detectó en la década de los noventa y fue confirmado por los estudios epidemiológicos del ODC en 2008 y 2013. En esta última medición se calculó que alrededor de 31,852 personas se habrían inyectado drogas al menos una vez en la vida y que cerca de 3,592 personas habrían usado heroína en el último mes. En el 2016, el ODC calculó que en Colombia deben haber alrededor de 15,000 consumidores regulares de heroína. Por su parte, en la encuesta nacional del 2019 se estimó que unas 20.600 personas habrían consumido heroína alguna vez en la vida. No obstante, dada la naturaleza del consumo de heroína, es probable que esta cifra representa el número *mínimo* de consumidores. El estudio nacional del ODC en el 2013 resalta lo siguiente: "Es necesario remarcar que los perfiles sociales asociados a estos consumos son difíciles de captar mediante una metodología cuya unidad de registro sean los hogares-viviendas. Los usuarios de heroína presentan un perfil altamente clandestino e individualizado, potenciando el subregistro típico del consumo de sustancias ilícitas"[26].

Agravando aún más el problema, profesionales en la materia han demostrado cómo las PID (personas que inyectan drogas) tienen vidas de consumo largas. Es decir, pueden pasar hasta tres años antes de que pidan ayuda y menos de la mitad de los consumidores terminan haciéndolo (ODC, 2016). Esto quiere decir que en muchas ocasiones las PID, y en menor proporción los consumidores que no se inyectan, no son visibilizados por los servicios de salud ya que no están acudiendo a ellos.

Aunque el consumo de heroína es clandestino y por ende difícil de medir, aún tenemos métodos para demostrar cómo su uso está incrementando. Distintos indicadores nos han mostrado cómo la demanda de servicios relacionados al consumo de heroína está en alza. Los registros individuales de prestación de servicios de salud demuestran como desde el 2009 – 2013, el número de atenciones por uso de opiáceos como la heroína pasó de 362 a 7.548. Este es un incremento de 1985% en tan solo 5 años. Similarmente, el número de personas atendidas pasó de 143 a más de 1,000 y los casos de intoxicación por opiáceos pasaron de 550 a más de 1.500 durante el mismo periodo.

Adicionalmente, los servicios especializados para la atención del consumo de heroína también incrementaron más del 240% en 10 años (ODC, 2016). Usando diferentes sistemas de vigilancia de salud pública como el VESPA (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Abuso de SPA), el SUICAD (Sistema de Indicadores de Pacientes Atendidos en Centros de Atención a la Drogadicción) y los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud), el ODC ha demostrado cómo el uso de heroína en el país está en aumento. También se utilizaron registros hospitalarios, información de alcaldías, gobernaciones y registros de centros especializados en la

---

[25]Inter-American Drug Abuse Commission. (2015). *Report on drug use in the Americas (2015)*. Washington, DC. doi: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/DrugUseAmericas_ENG_web.pdf

[26]ODC. (2015). La Heroína en Colombia. Retrieved June 25, 2020, from http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5761/La-hero237na-en-Colombia-Producci243n-uso-e-impacto-en-la-salud-p250blica

atención a drogodependientes. Toda esta información se puede encontrar en un reporte del ODC denominado "La Heroína en Colombia", publicado en el 2015[27].

Una de las preocupaciones latentes relacionadas al consumo de heroína es el riesgo de un aumento en la administración por inyección. Los expertos en esta materia están de acuerdo en que los consumidores de heroína presentan altas posibilidades de participar en la inyección de drogas, ya que este método ofrece los efectos más vigorosos y a menor costo. El uso indiscriminado de esta práctica lleva a una serie de problemáticas de salud pública muy serias para el Estado colombiano como la transmisión de VIH y Hepatitis C. No es una coincidencia que alrededor del mundo las PID sean uno de los grupos más vulnerables a estas enfermedades.

Un estudio realizado por la Universidad CES de Medellín examinó las redes de PID y su comportamiento en distintas ciudades. Los tamaños de estas redes se proyectaron de la siguiente manera: 7 mil en Medellín y Cali, más de cuatro mil en Pereira, Armenia y municipios aledaños, más de dos mil en Cúcuta y más de mil quinientas en Bogotá, siendo cerca de quince mil en total[28]. Se estima que esto es el 5% del total de consumidores problemáticos en Colombia (ODC, 2015). En efecto, es una proporción menor de consumidores, pero su impacto relativo en los indicadores de salud y crimen es fuerte. Sin embargo, como se ha mencionado, muchos expresan ambivalencia ante esa cifra, argumentando que el número real debe ser mayor.

Los estudios compilados por la ODC indagaron sobre algunos de los comportamientos problemáticos relacionados al consumo de heroína que afectan la salud pública. Por ejemplo, se evidencio que al menos el 41% de las PID en Colombia usaron jeringas previamente usadas por otras personas en los últimos seis meses y que al menos un 10%, con variaciones importantes por ciudades, lo hicieron en el último evento de inyección. En la misma línea, un poco más de la mitad de las PID entrevistadas dijeron haber tenido relaciones sexuales en los seis meses previos a la medición. Se encontró que la mitad nunca usó un condón en tales encuentros. Un poco más de una tercera parte usó condón en su última relación sexual (Min Salud, 2016).

Como es de esperarse, este estilo de comportamientos ha desenlazado en unas prevalencias altas de VIH y Hepatitis C entre PID. En Bogotá, cuando se llevó a cabo la primera medición de indicadores de VIH de esta población, se registraron prevalencias mayores a la población general, acercándose al 1%. En el 2011, Medellín, Pereira y Cali registraron prevalencias de VIH por debajo del 5%. Solo tres años después, la prevalencia aumentó en Pereira en seis puntos porcentuales pasando de 1,97 a 8,4. En Medellín aumentó en dos puntos porcentuales pasando de 3,8% a 6,3%, mientras que en Cúcuta fue de 5,7%. Las ciudades de Bogotá y Armenia aún mantienen la prevalencia por debajo del 5%, siendo de 3,6 y 2,6 respectivamente. La medición

---

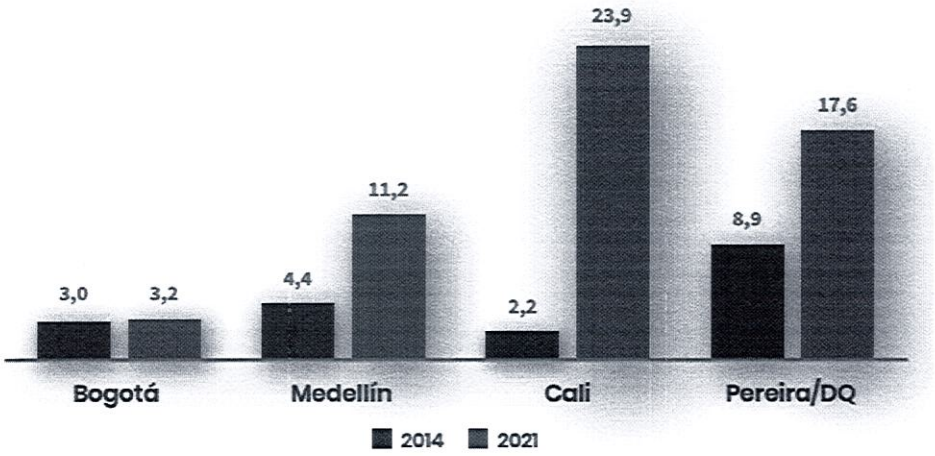
[27] Ministerio de Justicia y del Derecho -- Observatorio de Drogas de Colombia (2015), La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá DC.: ODC. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf.

[28] Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía para la reducción de daños y la prevención de Vih y otras Its asociadas a la inyección de drogas.* doi: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/guia-danos-prevencion-vih-itsde.pdf

de Hepatitis C arrojó los siguientes resultados: Pereira 45%, Medellín 35,6%, Armenia 31%, Cúcuta 21,4% y Bogotá 6,7% (Min Salud, 2016).

Un estudio más reciente de la Fundación Salutia (2022) sobre prevalencia de VIH, hepatitis virales (B y C), sífilis y comportamientos asociados en las PID[29], realizado en el año 2021 en Bogotá, Medellín, Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, muestra cifras más altas. En cuanto a VIH, el estudio señala que la prevalencia es la siguiente: Bogotá 3,2% (IC 1,2 - 8,1); Medellín 11,2% (IC 7,1% - 17,3%); Pereira-Dosquebradas 17,6% (IC 12,2% - 24,7%) y Santiago de Cali 23,9% (IC 17,4% - 31,9%). Estos datos los compara con los obtenidos por el estudio de la Universidad CES en los años 2011 y 2014 con los siguientes resultados:

***Gráfico 2.*** *Comparativo de la prevalencia de VIH en PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2014 y 2021*

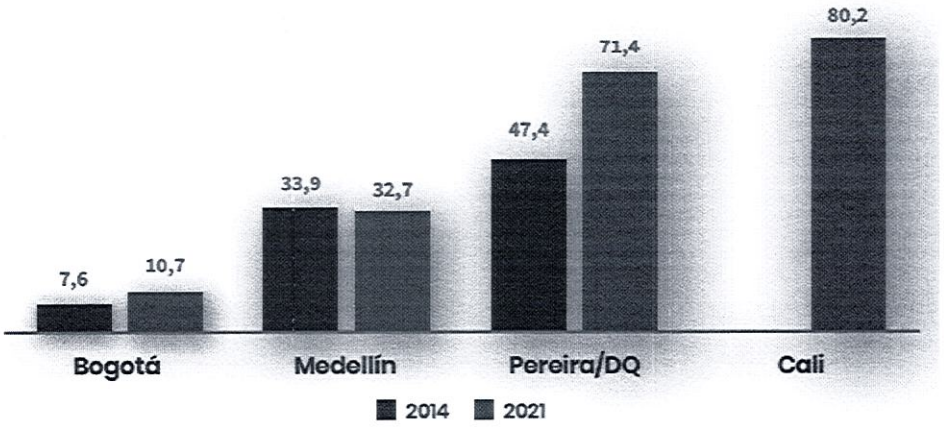



***Fuente:*** *David Toro-Tobón & Dedsy Berbesi-Fernández (2019); base de datos encuesta 2021*

Respecto al análisis de anticuerpos de Hepatitis C[30], se obtuvieron los siguientes hallazgos sobre prevalencia: en Cali fue del 80,2% (71,3% - 86,8%); en el área conurbada de Pereira y Dosquebradas fue del 71,4 (62,5% - 78,9%); en Medellín se halló reactividad de anticuerpos en el 32,7% (25,9% - 40,3%) de las PID y en Bogotá en el 10,7% (6,8% - 16,5%) de ellas. Estas cifras también fueron comparadas con las de la Universidad CES y se encontró que Bogotá y Pereira-Dosquebradas aumentaron la prevalencia, mientras que en Medellín se redujo levemente; en Cali no existen datos previos:

[29] En asocio con la estrategia "Te cuidamos", así como con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria y EnTerritorio.
[30] No indican una infección activa, sino que la persona estuvo en contacto con el virus.

***Gráfico 3.*** *Comparativo de la prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C en PID, Bogotá, Medellín y Pereira - Dosquebradas, 2014 y 2021*




***Fuente:*** *David Toro-Tobón & Dedsy Berbesi-Fernández (2019); base de datos encuesta 2021*

Finalmente, de acuerdo con el análisis de la Fundación Salutia (2022), la mayor reactividad frente al virus de la Hepatitis B se presenta en Pereira-Dosquebradas con 5,4% (IC 2,6% - 10,9%), seguidas de Cali con 2,5% (IC 1% - 5,8%), Medellín con 0,3% (IC 0,1% - 0,9%) y Bogotá con 0,05% (IC 0% - 0,3%)[31]. Frente a la sífilis, tenemos que la mayor positividad se encuentra en Cali con 11,8% (IC 7,3% - 18,6%), seguida de Pereira-Dosquebradas con 9,0% (IC 6,1% - 13%), Medellín con 5,7% (IC 3,3% - 9,5%) y Bogotá con 5,4% (IC 2,8% - 10,3%).

Es claro que el VIH, las hepatitis virales y la sífilis son infecciones que ya están muy presentes dentro de las redes de PID de varias ciudades en Colombia y que este es un grupo de alto riesgo para estas enfermedades, escenario que está generando enfermedades de alto costo para el sistema de salud y que podrían prevenirse a través de una política pública de reducción de riesgos y daños. En dos ciudades y un área conurbada la prevalencia del VIH ya supera el 10%. Como menciona la "Guía para la reducción de daños y otras ITS" publicada por el Ministerio de Salud[32], estas prevalencias tienen una alta correlación con los entornos no sanitarios donde suceden las inyecciones, la falta de acceso a la parafernalia limpia, así como la baja percepción del riesgo frente a compartir los equipos con otras personas. Todas estas son condiciones que se pueden remediar con las políticas de reducción del daño apropiadas. Sin embargo, como hemos visto, también es necesario la creación de un plan de acción para sobrepasar el problema del estigma y la marginación social y de esta manera incrementar el acceso de dichos consumidores a estos servicios.

El consumo de la heroína ha sido una de las coyunturas de política de drogas más estudiadas en el país. Consecuentemente, hoy contamos con una gran cantidad de información la cual nos permite crear un perfil general del consumidor de heroína típico en Colombia[33]:

---

[31] La prueba utilizada fue la de superficie de antígeno. Su resultado positivo permite concluir que una persona tiene VHB crónico, pero no detecta aquellas con una infección aguda o superada.

[32] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/guia-danos-prevencion-vih-itsde.pdf.

[33] Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015), La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá DC.:

- En términos de género, el consumo es mayoritariamente de hombres, superando el 80% en casi todos los casos. En cuanto a la edad, el uso se concentra en su mayoría entre los 17 y 26 años. La edad media *de inicio* está entre los 17 y 19 años.

- La mayoría de los consumidores de heroína cuentan con niveles de estudio medios o universitarios. Sin embargo, la deserción escolar y universitaria es muy común, por lo que la categoría de estudios "incompletos" es característica de esta población.

- En términos de fuentes de ingreso, es muy común encontrar a gente en condición de desempleo, lo cual lleva a un alto involucramiento en las actividades informales y, en menor proporción, el delito, especialmente el hurto y el microtráfico. En el caso de las mujeres y algunos hombres, es común el intercambio de sexo por dinero o por heroína.

    - Un hecho interesante el cual fue reportado en varios estudios es el involucramiento de los consumidores de heroína en las redes de tráfico y distribución de estas mismas. Esto parece ser un derivado de la manera en que operan las redes de comercio de la heroína, las cuales son muy cerradas y difícil de acceder. Por ejemplo, el estudio de Abadía y otros (2009) demostró como todos los expendedores de heroína que contactaron también eran consumidores de la droga.

    - De manera similar, se ha identificado la práctica de "cortes", en la cual introducen distintos químicos para hacer rendir la sustancia. Esto termina empobreciendo la calidad de la heroína que circula en la calle y aumenta el riesgo de una sobredosis.

- Los estudios de Pérez et al. (2011), Quintero (2012) y la serie del CES (2011-2014) son consistentes en su demostración del vínculo entre la movilidad social negativa y el consumo de heroína, aunque con significativas diferencias por ciudad.

- Finalmente, es de gran importancia considerar la dinámica familiar de estos consumidores. De acuerdo con el ODC: "Se pudieron establecer coincidencias en la descripción de las relaciones familiares, parece existir una tendencia al distanciamiento familiar en muchos casos, que lleva incluso a la expulsión del hogar". Con gran uniformidad en términos de ciudad, alrededor de la mitad de esta población vive sin sus padres. Esta proporción es grande cuando consideramos que la mayoría de los consumidores están entre los 17 y 26 años, viven de manera precaria y derivan su sustento de actividades informales con pocos retornos. Adicionalmente, se han identificado patrones de distanciamiento de la figura paterna, consumo de SPA de la familia nuclear, conflicto familiar, violencia y maltrato.

Este perfil generalizado demuestra muchas de las razones por las cuales las políticas de reducción de daño son de gran importancia. Aunque estas políticas están a la disposición de cualquiera, el segmento de consumidores que más necesita de ellas se ejemplifica perfectamente

---

ODC. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf.

en el perfil típico del consumidor de heroína en Colombia. Cuando los consumidores problemáticos se encuentran en situaciones de vulnerabilidad debemos darles más opciones para mejorar su calidad de vida en salud y de esta manera incentivar un proceso más extenso de superación del consumo. En este sentido, las políticas de reducción de daño son frecuentemente la mejor opción. Al no requerir la abstinencia, el consumidor es mucho más dado a acudir al servicio de salud y al hacer esto se conectará a una red de apoyo la cual puede actuar como un punto de entrada para servicios más extensos. La capacidad de las políticas de reducción del daño para canalizar consumidores problemáticos hacia la oferta en salud institucional son una de sus mejores cualidades. Sin embargo, esto solo es posible cuando hay permanencia y continuidad en los servicios.

Lo anterior es ratificado por la Fundación Salutia (2022), la cual encontró que aún persisten barreras de acceso a los tratamientos que están directamente ligadas con la exigencia de abstinencia total. En efecto, evidenció que "en Pereira/Dosquebradas y en Cali el 28%, respectivamente, reportó haber enfrentado barreras de acceso en mayor medida que en Medellín con el 19,1% y Bogotá con 6,1%". También se halló que "quienes perciben dificultades para el acceso a este tipo de tratamiento señalan como razón, en mayor medida, la exigencia de la abstinencia total, siendo la más alta en Cali con 40,4%, seguida de Bogotá con 37,9%, Pereira-Dosquebradas con 26,3% y Medellín con 25,5%". Tales resultados son claros y confirman la importancia del sustento fáctico y teórico de las políticas de reducción de riesgos y daños: no exigir la abstinencia absoluta como condición para acceder a los servicios, pues de lo contrario es altamente probable que la persona deje de utilizarlos ante la imposibilidad de cumplir con dicho requisito. Luego, es necesario que el Estado colombiano avance en ese sentido.

### *2.4.3. Deficiencias en nuestras capacidades analíticas*

Una problemática que afecta a todas las otras relacionadas con el consumo de drogas, es la falta de capacidades analíticas del Estado en esta materia. En Colombia, debido a la falta de asignación de recursos, simplemente no tenemos el presupuesto ni la logística para recolectar sistemáticamente la información relacionada a los distintos episodios de consumo problemático que suceden a menudo a través del país o las cifras relevantes para evaluar el funcionamiento del sistema de salud en torno al consumo de SPA.

Esta falta de capacidades se manifiesta en una marcada ausencia de indicadores importantes en el país, quizás el más preocupante siendo el número de muertes ocasionadas por sobredosis. Otros indicadores ausentes pueden ser por ejemplo: los números de personas que dejan de acceder a servicios de salud o firman salidas voluntarias de los mismos por no haber disponibilidad de metadona. En efecto, no tenemos una imagen clara de estas coyunturas. La ausencia de estas capacidades analíticas no solo afecta nuestra efectividad en recoger información pertinente, pero también nuestra competencia para responder ante nuevas situaciones como la introducción de una nueva sustancia ilegal al mercado colombiano.

A finales de 2019, el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) del ODC anunció que había recibido el reporte de una incautación de fentanilo en Cali. ¿Qué es el fentanilo? El fentanilo es un poderoso opioide sintético originalmente desarrollado para los tratamientos de manejo del dolor.

Frecuentemente es usado en el mercado ilegal para incrementar la potencia de otras drogas. Los vendedores ilegales hacen esto al cortar drogas como la heroína, cocaína y metanfetaminas con fentanilo[34]. Este opiáceo es una de las drogas responsables por la crisis de opioides en los Estados Unidos, en donde 128 personas murieron al día en el 2018[35]. Aunque el consumo de opiáceos no regulados no ha sido un problema de mayor envergadura en Colombia, naturalmente, el hecho de que envíos ilegales de fentanilo hayan sido detectados en el país es motivo de preocupación.

Aunque sabemos que el fentanilo ya está en el país, no podemos determinar el rango de su presencia o si ya se han ocasionado muertes por su consumo. Si pudiéramos implementar medidas simples como los análisis de riesgo químico previo al consumo de manera generalizada, gozaremos de más información con la cual pudiéramos perfeccionar nuestras políticas públicas. Sin embargo, hasta el momento, no sabemos ni cuántas personas mueren en Colombia por sobredosis, ni de qué mueren. Consecuentemente la calidad de nuestra política de consumo de drogas no es óptima.

El propio Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del ODC, ha llamado la atención al respecto. En el Boletín de monitoreo del mercado de drogas de síntesis, publicado en diciembre de 2021, el ODC realizó tres recomendaciones en relación con la recopilación y difusión de información sobre SPA. Primero, que los ejercicios de análisis de muestras de SPA se realicen de manera periódica y sistemática a partir de las diferentes fuentes que el SAT ha identificado como proveedores de información valiosa. Segundo, que los laboratorios forenses incluyan en sus análisis rutinarios la identificación y caracterización química de SPA -especialmente de algunas como las catinonas sintéticas-, lo que a su vez "implica la adquisición de técnicas, el desarrollo de metodologías y especialmente la dotación con Materiales de Referencia Certificados (MRC) con los que se facilite el trabajo en estas instituciones". Finalmente, sugirió amplia difusión de los resultados de estos ejercicios entre los prestadores de salud para conocer las tendencias de consumo de Nuevas Sustancias Psicoactivas y Drogas Emergentes y actualizar los procedimientos de atención de eventos en los que este tipo de drogas puedan aparecer. Teniendo en cuenta que es la propia institucionalidad la que solicita estos avances, se requiere avanzar en ellos.

### *2.4.5. Experiencias de reducción del daño en Colombia*

A pesar de la actual ausencia de una infraestructura nacional de servicios de reducción de riesgos y daños que sea independiente de las EPS e IPS del país, Colombia sí ha desarrollado ciertas áreas de estas políticas y ha gozado de una variedad de experiencias exitosas en la materia. A grandes rasgos, se puede decir que los proyectos más significativos se han liderado siempre por parte de la sociedad civil o con su acompañamiento. Se debe resaltar que desde antes de la llegada del paradigma de la reducción de daño han operado una variedad de organizaciones de la

---

[34] Fox, M. (2018, December 05). Why would anyone cut heroin with fentanyl? It's cheap, these researchers say. Retrieved June 25, 2020, from https://www.nbcnews.com/storyline/americas-heroin-epidemic/why-would-anyone-cut-heroin-fentanyl-it-s-cheap-these-n943796.

[35] National Institute on Drug Abuse. (2020, June 10). Opioid Overdose Crisis. Retrieved June 25, 2020, from https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/opioid-overdose-crisis.

sociedad civil, las cuales se ha manifestado en el país a través de estrategias comunitarias, comunidades terapéuticas, alianzas con el sector salud, servicios para la atención del VIH y TB, albergues seguros, programas ambulatorios, etc. En efecto, las organizaciones de la sociedad civil han sido un actor clave en la lucha por los derechos de los consumidores y son el elemento más innovador y especializado en la prestación de servicios de superación del consumo y reducción de riesgos y daños.

Uno de los proyectos más exitosos ha sido el proyecto CAMBIE, creado por la corporación ATS en el 2014. Este proyecto fue el primer programa integral de reducción de riesgos y daños para PID en Colombia. Sus servicios primarios fueron la entrega de material higiénico de inyección, acompañamiento psicosocial, formación en inyección de menor riesgo, articulación a rutas institucionales de atención en salud, etc. Operó en cuatro ciudades: Pereira, Dosquebradas, Bogotá y Cali.

A través de financiación por el Open Society Foundation, luego del Ministerio de Justicia y finalmente de FONADE, el proyecto CAMBIE alcanzó unos importantes resultados. En sus cuatro años de operación, CAMBIE logró inscribir en su programa a 2.302 PID que pudieron ser beneficiarios de sus servicios por lo menos una vez. Al comparar cifras de ATS con estudios del Ministerio de Justicia, se pudo percibir una reducción en incidencia del VIH en las PID durante el periodo de funcionamiento de CAMBIE. En Pereira, se realizaron 260 pruebas de VIH a consumidores en el año 2014 con un resultado de 8.3% positivo, mientras que en el segundo semestre del año 2017 ATS realizó 467 pruebas y encontró que el porcentaje de infección se redujo a 4%. En Bogotá se percibió una disminución del 5.0 al 1.8 por ciento[36].

El proyecto CAMBIE dejó de operar en el 2018 debido a falta de apoyo político y financiación. Lastimosamente, cuando los proyectos dependen de recursos públicos que están a la discreción de los gobiernos de turno, este proceso de desarticulación debido a falta de inercia en el apoyo político y financiamiento es característico. Adicionalmente, un problema transversal que presenta la discontinuidad de los proyectos es la inhabilidad de poder elaborar estudios a largo plazo para definir el impacto de los esfuerzos.

En materia de avances, desde el Fondo Nacional de Estupefacientes, el Gobierno Nacional ha logrado implementar programas de substitución de metadona exitosos. Con la ayuda de los departamentos y el Ministerio de Salud, el Estado ya ofrece servicios de substitución de terapia a un segmento significativo de los consumidores problemáticos. Sin embargo, este avance en las terapias de sustitución no se ha manifestado en un apoyo concertado para un programa nacional de reducción de riesgos y daños.

Elementa (2022) realizó un informe denominado *"Radiografía sobre la política de drogas en Colombia 2018-2022"* en el que evaluó, entre otros aspectos, la implementación de la *"Ruta futuro"*, la política de drogas del Gobierno de Iván Duque. Al preguntarle al Ministerio de Salud y Protección Social sobre las políticas de reducción de daños, entidad que era la cabeza del pilar de reducción del consumo de drogas, se obtuvo como respuesta la implementación de dos políticas en ese sentido: (i) la apertura de servicios de atención a personas con dependencia a opioides y que prescriben metadona en Bogotá, Medellín, Armenia, Pereira, Cali, Cúcuta y

[36] Semana, (2018, January 22). 1.000 consumidores de heroína se quedaron sin atención. Retrieved July 14.

Santander de Quilichao; y (ii) la implementación de estrategias de suministro de material higiénico para inyección de menos riesgo en Bogotá, Medellín, Cali, Armenia, Pereira y Dosquebradas. No obstante, no existen indicadores que permitan medir el éxito de dichas políticas, ni se tiene conocimiento sobre su continuidad en el Gobierno Nacional actual.

Adicionalmente, es importante destacar que mediante la Resolución 1035 del 14 de junio de 2022 se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. En este documento se incluyó el enfoque de reducción de riesgos y daños dentro del eje estratégico 4, denominado *"Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública"*. La mención específica a la reducción de riesgos y daños por consumo de SPA está enmarcada en el elemento orientados de "Implementación de rutas, modelos o enfoques para la gestión integral de riesgos en salud pública" y se busca lograr el "desarrollo y apropiación de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas acorde con un enfoque diferencial así como posibilidad de prevenir riesgos y daños del consumo, mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas, y reducir el estigma y discriminación hacia ellas, gestionando y mitigando los posibles riesgos para la salud derivados del consumo". Infortunadamente, en Plan Decenal de Salud Pública no especifica cómo se logrará el objetivo pretendido, ni qué estrategias concretas hacen parte del enfoque de reducción de riesgos y daños.

El hito más significativo en términos de legislación ha sido la Ley 1566 de 2012, la cual establece la *obligación* de las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) de ofrecer tratamiento integral a los consumidores, incluyendo las intervenciones en reducción de riesgos y daños. Este fue un paso de gran importancia, pero no podemos caer en la falencia de que esto es suficiente. La prestación de estos servicios de parte de las EAPB está sujeta a todas las dificultades que con frecuencia se presentan en estas organizaciones: excesivas trabas para acceder a servicios y sustancias como la metadona, agotamiento de cupos en centro de tratamiento, falta de personal calificado, etc. Si sumamos estas dificultades a otras problemáticas que afectan esta coyuntura como la marginalización social, la falta de recursos públicos y el déficit de legitimidad de la reducción de daños en ciertos sectores afines al prohibicionismo, podemos entender cómo los consumidores del país todavía no gozan de un acceso confiable a estos servicios. En consideración de su extrema importancia, es por esto que el Gobierno Nacional debe impulsar esfuerzos paralelos para articular la reducción de riesgos y daños como una política de Estado por fuera del SGSSS.

### *2.4.6. Conclusiones sobre el consumo de SPA y el estado de la reducción de riesgos y daños*

Los grupos etarios jóvenes están presentando altos niveles de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, al igual que una explosión en la popularidad de las drogas de síntesis. Aparte de las crecientes cifras de prevalencia nacional, también podemos ver esto en estudios de la OEA. Al tomar una perspectiva regional, podemos ver cómo el posicionamiento de los jóvenes en Colombia está subiendo en comparación a otros países de la región. Adicionalmente, si vemos los indicadores a través del tiempo, es claro que las prevalencias para estos grupos están estabilizándose o en pleno aumento, en ningún caso se puede observar una disminución significativa[37].

[37] Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) (abril, 2019) Informe sobre el consumo de drogas en las américas. Retrieved February 2020

La situación que se acaba de describir es problemática por muchas razones. Primero que todo, Colombia es un país con una sobreproducción de drogas ilícitas, más que todo de marihuana y cocaína. Por ende, hay una gran cantidad de oferta para satisfacer cualquier incremento en la demanda. Colombia ya es un país en donde conseguir sustancias ilícitas a un precio barato es increíblemente fácil. Somos el país del mundo con la cocaína y la heroína más barata en su relación costo beneficio según La Encuesta Mundial de Drogas (GDS, 2018). Con este contexto y la poca inversión en prevención y reducción de riesgos y daños, estamos en peligro de perder control de esta situación.

En segundo lugar, las corrientes de pensamiento predominantes en la academia han enfatizado que el consumo experimental de SPA tiene más probabilidad en volverse problemático cuando la gente empieza su consumo a una edad más temprana, como está ocurriendo ahora[38]. En concordancia con los índices de consumo que estamos viendo, es probable que la cantidad de consumidores problemáticos en Colombia esté en aumento. Adicionalmente, hemos visto como problemáticas específicas como el consumo de heroína también están en aumento.

Ante esta coyuntura, el Estado debe empezar a reconocer ciertas realidades sobre sus esfuerzos hasta el momento y también plantear una nueva ruta hacia el futuro. Lo primero que se debe reconocer es la realidad sobre el poder de injerencia del Estado en los índices de consumo del país. Al momento, es claro que los esfuerzos por promover la prevención y la abstinencia no han dado resultados satisfactorios. Pareciera ser que las fuerzas socioculturales que llevan hacia un alza en el consumo de SPA son más fuertes que cualquier esfuerzo pedagógico por parte del estado. Esto no quiere decir que deberíamos abandonar estos esfuerzos, no obstante, si deberíamos empezar a aceptar ciertas realidades. Por ejemplo, debemos entender que el consumo de las SPA es un fenómeno con fines terapéuticos que alivia el displacer de la vida cotidiana o también aceptar que hay una serie de indicadores de alta importancia los cuales no reciben suficiente atención por cuenta de nuestra miopía en torno a las prevalencias de consumo de la población general.

El primer paso que deberíamos dar en este sentido es la articulación de un marco regulatorio para el desarrollo e implementación de la reducción de riesgos y daños de manera que este paradigma sea reconocido por sus propios méritos; el mejoramiento en la calidad de vida y salud de los consumidores, y no como un simple apéndice a la política de prevención del consumo de SPA. En la actualidad, el Estado colombiano carece de legislación que establezca estos principios, hemos establecido obligaciones en términos de competencias y la prestación de servicios a través de resoluciones ejecutivas, pero aún no hemos desarrollado el lado teórico y normativo por medio del legislativo.

La creación de un marco regulatorio para la reducción de riesgos y daños es una necesidad para establecer el desarrollo y posicionamiento que merece este paradigma dentro del sistema de salud colombiano. Sin embargo, más allá de consideraciones de articulación, la legitimidad de este modelo debe ser reconocida en su totalidad. Equiparar el modelo de la reducción de riesgos daños con la visión clásica de la prevención y la abstinencia tendrá un valor pedagógico fuerte, ya que forzará a los elementos prohibicionistas de la clase política a reconocer los derechos de

[38] National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drug Misuse and Addiction. Retrieved January 27, 2020, from https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction.

los consumidores, similarmente a como ocurrió en Portugal. *En efecto, la reducción de riesgos y daños tiene una gran capacidad para inculcar los valores que deben verse reflejados en una política de consumo de drogas moderna.* En muchos sentidos, es la mejor estrategia para educar a la sociedad a enfrentar las sustancias psicoactivas de una manera realista y prepararla para lo inevitable; la regulación de los mercados de sustancias ilegales como el cannabis.

En conclusión, las políticas de reducción de riesgos y daños ofrecen alternativas de tratamiento y principios normativos que necesitamos con urgencia en la política de consumo de drogas del país. Sin embargo, su implementación hasta ahora no ha sido satisfactoria. Hace falta un marco regulatorio claro que: establezca los principios detrás de la aplicación de este paradigma de cuidado en el país, marque una hoja de ruta clara para la implementación y desarrollo de estas políticas e instaure la equivalencia del modelo de la reducción de riesgos y daños con el modelo clásico de la prevención y abstinencia. A través de la presente ley se busca subsanar este vacío legislativo y de esta manera darle un fuerte impulso a la adopción de estas políticas en el país.

### *2.5. Fundamentos jurídicos*

El sustento para la implementación de la política de reducción de riesgos y daños tiene un amplio precedente en la jurisprudencia colombiana al igual que en documentos orientadores de política pública de los gobiernos de Álvaro Uribe, Juan Manuel Santos e Iván Duque. También encontramos sustento en la legislación colombiana, pero con importantes vacíos como se ha mencionado anteriormente.

A continuación, se presentará una breve recapitulación de algunos de los distintos elementos, ya sean leyes, sentencias, resoluciones, documentos de política pública, artículos de la constitución, tratados internacionales o componentes del proceso de paz, los cuales velan por la explícita implementación de las políticas de reducción del daño o por reformas más estructurales hacia el sistema de salud que nos acercan a un modelo de salud pública con relación al consumo de SPA.

- *Constitución Política de Colombia* (1991), Artículo 49. "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".

- *Sentencia C-221 de 1994.* Esta sentencia, de la cual fue ponente el magistrado Carlos Gaviria, declaró la inconstitucionalidad de ciertas medidas prohibicionistas contempladas en la Ley 30 de 1984 en contra del consumo de SPA. Estas sanciones consistían en arresto, multas y reclusión psiquiátrica obligatoria a consumidores. La sentencia establece que, por medio del derecho al libre desarrollo de la personalidad y el reconocimiento a la autonomía individual, los individuos están dentro de sus derechos cuando escogen consumir drogas. Esta sentencia marcó un hito en el reconocimiento de derechos humanos a los consumidores de drogas.

- *Política Nacional para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* (2007). Este documento establece cuatro ejes de acción entre los cuales está el de *mitigación.* Dentro de las metas de este eje está "evitar que quienes ya se han iniciado en

el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros". Por lo tanto, podemos ver que en el gobierno de Álvaro Uribe ya se encontraban los pilares fundamentales del paradigma de reducción de riesgos y daños dentro de documentos de política pública.

- *Ley 1566 de 2012.* "Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas". Esta ley da unos pasos grandes en términos de reconocimientos de derechos humanos a los drogodependientes y su atención integral. Reconoce el consumo de SPA como un asunto de salud pública y por ende implica mayor involucramiento por parte del estado. Esto se ve mayoritariamente en dos frentes: prevención y consumo. Esto incluye la importante noción de que a los drogodependientes se les debe tratar como pacientes y no como criminales, contradiciendo la Ley 30 de 1986. Adicionalmente, ordena a las EPS e IPS a ofrecer *tratamiento integral* a los drogodependientes.

- *Ley 1751 de 2015, artículo 12.* Dispone que el derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.

- *Acuerdo de Paz, punto 4, "Solución al problema de los cultivos ilícitos".* El Acuerdo de Paz con las FARC termina produciendo uno de los documentos de política pública más progresistas que tiene Colombia en términos de política de consumo de drogas. Se acuerda que dos de los tres principios por los cuales se guiará la política nacional son *derechos humanos* y *salud pública*. El documento enfatiza la importancia de implementar acciones encaminadas a la mitigación de riesgos y daños. Adicionalmente, reitera la importancia de la fundamentación en evidencia científica y a la creación e integración de medidas de estilo comunitario.

- *Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.* Adopta la Política de Participación Social en Salud - PPSS, en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud.

- *Documento "Ruta a futuro"* (2018). Este es el documento de política pública que contiene los objetivos de la administración de Iván Duque en materia de política de drogas. El pilar 1 de este documento "Reducir el consumo de drogas y su impacto", contiene varias estrategias específicas que se enmarcan bajo diferentes "acciones inmediatas". Bajo la acción "Mejorar el acceso a servicios de tratamiento para personas con abuso o dependencia", se encuentran las siguientes: (1) "promover la garantía del tratamiento de drogas a través del acompañamiento de la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud, la gestión con las Entidades Promotoras de Salud y los entes territoriales. Esto implica promover ampliamente la aplicación de la normatividad vigente (Ley 1566 de 2012) sobre tratamiento y la ruta de atención que diseñó el Ministerio de Salud y Protección Social, así como disminuir las barreras de acceso a los servicios". (2) "Garantizar la disponibilidad de servicios de atención al consumo de drogas en los departamentos y/o ciudades capitales con ausencia de centros, mediante la

habilitación de servicios de atención al consumo, en por lo menos uno de los hospitales de cada ente territorial".

- *Resolución 089 de 2019 del Ministerio de Salud, "Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas"*. El documento incluye como parte del "tratamiento integral" el "desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientados a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas".

- *Sentencia C-253 de 2019*. En esta ocasión la Corte Constitucional declaró inexequibles dos normas del Código Nacional de Policía y Convivencia porque imponían restricciones injustificadas al derecho a la libre desarrollo a la personalidad y reiteró que este último comprende la tenencia, porte y consumo de dosis personales de sustancias psicoactivas en el espacio íntimo de la vida de toda persona.

- *Sentencia del 30 de abril de 2020, rad. 11001-03-24-000-2018-00387-00.* La Sección Primera del Consejo de Estado estudió el Decreto 1844 de 2018, mediante el cual se fijó el procedimiento para que las autoridades de policía procedieran en caso de infracción a la prohibición de tenencia y porte de SPA. El alto tribunal destacó que "las personas cuentan con la posibilidad de elegir si consumen o no sustancias psicoactivas, como una variante de las distintas manifestaciones de su personalidad". Además, precisó que el porte, tenencia y consumo de SPA no es sancionable a menos de que traspase la esfera íntima del consumidor.

- *Sentencia SP1861-2021 de la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia.* Ratifica que para la configuración del delito de porte de estupefacientes no es relevante la cantidad de sustancia que la persona lleve consigo, sino constatar lo que quería realizar dicha persona con la SPA que tenía en su poder (verificar si había intención de tráfico o distribución). También reitera que la posesión de dosis de aprovisionamiento escapa a la persecución penal.

## 3. Posibles impedimentos por conflictos de interés

En cumplimiento de lo ordenado por el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, a continuación se señalan las razones por las cuales el presente Proyecto de Ley, en principio, no genera conflictos de intereses o beneficios directos que puedan resultar en impedimentos a los miembros del Congreso de la República.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, *"se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista"*. La misma norma dispone que un beneficio es particular cuando *"otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado"*.

El presente proyecto de ley tiene por objeto fijar el marco regulatorio para la práctica, implementación y desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños y ser la hoja de ruta para la articulación de dichos servicios en el país. En ese sentido, se trata de una iniciativa de carácter general que no otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor de los congresistas de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Tampoco modifica normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentren formalmente vinculados. Luego, no cumple con el requisito de crear un beneficio particular y por eso se considera que, en principio, no existe ningún conflicto de interés que amerite la presentación y aprobación de impedimentos.

En todo caso, se recuerda que esta consideración es meramente orientativa y que cada congresista debe evaluar sus circunstancias particulares a fin de determinar si está inmerso o no en un conflicto de interés.

Atentamente,

**JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO**
Senador de la República

| | |
|---|---|
| JULIÁN GALLO CUBILLO<br>Senador de la República | **DANIEL CARVALHO MEJÍA**<br>**Representante a la Cámara** |
| **ALEXANDER LÓPEZ MAYA**<br>Senador de la República | **ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA**<br>Senador de la República |
| **BERENICE BEDOYA PÉREZ**<br>Senadora de la República | **JUAN CARLOS LOZADA VARGAS**<br>Representante a la Cámara<br>Partido Liberal Colombiano |
| | |

**PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2022**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA UN MARCO LEGAL PARA EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**Artículo 1.** ***Objeto.*** La presente ley tiene por objeto crear el marco regulatorio para la práctica, implementación y desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños y ser la hoja de ruta para la articulación de dichos servicios en el país. Con este propósito, la presente ley agrupa y armoniza las disposiciones en la materia y fortalece la actual infraestructura de reducción de riesgos y daños en distintos ámbitos.

**Artículo 2.** ***Principios rectores.*** La normativa en torno a las políticas de reducción de riesgos y daños se rige bajo los siguientes principios:

- **Derechos humanos:** El diseño e implementación de políticas de reducción de riesgos y daños deberá reflejar las obligaciones en derechos humanos que ha adquirido el Estado colombiano.

- **Derechos de las personas consumidoras:** En el ámbito de las políticas de reducción de riesgos y daños cobran especial relevancia los compromisos que ha adquirido el estado para defender los derechos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. En concordancia con la Constitución Política, cada individuo deberá poder ejercer su derecho a la libre expresión de la personalidad sin que esto sea causal para la vulneración de otros derechos y/o obligaciones del Estado.

- **Salud pública:** La salud pública, entendida como el conjunto de acciones y obligaciones del Estado para mejorar la salud de *todos* los colombianos, deberá ser una consideración primaria en la estructuración de las políticas de reducción de riesgos y daños. Adicionalmente, se debe tener en cuenta la efectividad de las políticas de reducción de riesgos y daños para incidir positivamente en coyunturas asociadas al consumo de estupefacientes que deterioran la salud pública de la sociedad colombiana.

- **Participación de la sociedad civil:** La sociedad civil ha sido el actor más significativo en el impulso y desarrollo de la reducción de riesgos y daños en Colombia, es el aliado más importante del cual dispone el Estado para crear programas sostenibles y en términos de actores privados calificados, es el repositorio más extenso de conocimiento y experiencias exitosas en la materia. Por lo tanto, el desarrollo de políticas de reducción de riesgos y daños por parte del Gobierno Nacional debe propender por el involucramiento de la sociedad civil y, en donde sea posible, abogar para que esta sea protagonista de las iniciativas.

- **Accesibilidad:** De acuerdo con la normatividad vigente en salud, todo individuo que solicite servicios de reducción de riesgos y daños deberá poder recibir esta atención por parte de su EPS o en su defecto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). El Gobierno Nacional debe asegurar que aquellas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que no estén capacitadas para proveer tal servicio subsanen este incumplimiento.

  La accesibilidad presenta dos dimensiones adicionales:

  - Complejidad del servicio: Dependiendo de las necesidades y escogencias del individuo, la atención en reducción de riesgos y daños puede variar sustancialmente en su complejidad e integralidad. Es decisión del individuo alterar la naturaleza de su atención. Si este desea trasladarse hacia servicios más extensos, deben existir rutas de atención para canalizar dichos casos hacia servicios de mayor complejidad.

  - Consumo oculto/Consumidores ocultos: Se reconoce que un porcentaje significativo de los consumidores problemáticos del país nunca buscan atención de superación del consumo o reducción de riesgos y daños y por ende no son visibilizados por dichos servicios, como es el caso del consumo de heroína y basuco. Esta problemática es más extensa en poblaciones en situación de marginalidad y/o que sufren de estigma social, como las personas en situación de calle. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud, debe tomar medidas *proactivas* para intentar alcanzar a dichos consumidores por parte del sistema de salud.

- **Tipología del consumo:** La creación de programas de reducción de riesgos y daños por parte del Gobierno Nacional o las Entidades Territoriales, al igual que la gestión de estos servicios por parte de las EAPB, debe tomar en consideración la amplia información que existe alrededor de los diferentes tipos de consumo de sustancias psicoactivas, dándole un tratamiento diferenciado y específico a cada uno según sus características.

- **Información y servicios diferenciados:** Los profesionales de la salud al servicio de las EPS y las IPS están en la obligación de brindar información en reducción de riesgos y daños a las personas mayores de edad que se reconozcan como consumidoras de sustancias psicoactivas legales e ilegales y que no quieran o no puedan abandonar el consumo de sustancias psicoactivas. Existirá la oferta de información y servicios en prevención, reducción de riesgos y daños y superación del consumo.

- **Participación inclusiva:** Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas legales e ilegales deben tener participación e injerencia en la creación de políticas públicas y programas que sean dirigidos hacia ellos, así como representación en espacios del Estado que formulen políticas en torno al consumo de sustancias psicoactivas.

- **Fundamento en evidencia científica:** El desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños deberá ser sustentado en todas sus instancias por un cuerpo satisfactorio de evidencia científica.

- **Prácticas costo eficientes:** Se reconoce que en ciertas coyunturas la aplicación de medidas de reducción de riesgos y daños constituye un ahorro sustancial para el Estado debido a su injerencia positiva en distintas situaciones de salud pública o criminalidad que le generan gastos al Estado.

- **Enfoque dual (consumo de sustancias psicoactivas y salud mental):** Se reconoce el vínculo que puede ocurrir entre el consumo de sustancias psicoactivas problemático y la prevalencia de trastornos que afectan negativamente la salud mental. Toda atención médica y psicológica hacia el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo la reducción de riesgos y daños, deberá tener un componente de análisis de salud mental y viceversa.

- **Recolección de información:** La recolección de información en la práctica de las políticas de reducción de riesgos y daños será un enfoque transversal para las entidades prestadoras o promotoras de estos servicios en su administración del mismo, al igual que para cualquier programa de esta índole diseñado por el Gobierno Nacional o las entidades territoriales. Esto, a fin de tener más datos sobre eventos de importancia para la salud pública como la prevalencia de la sobredosis, la aparición de NPS (Nuevas Sustancias Psicoactivas), nuevas modalidades de consumo, entre otros. Se incluye expresamente la obligación de articular estos esfuerzos con el Sistema de Alertas Tempranas —SAT, creado por el Consejo Nacional de Estupefacientes.

- **Enfoque transversal:** La reducción de riesgos y daños no se debe comprender como un concepto únicamente médico. Dicho modelo de atención es de gran relevancia en diferentes ámbitos como proyectos de prosperidad social y espacios pedagógicos. Consecuentemente, la reducción de riesgos y daños deberá abordarse como un objetivo de carácter transversal en sus distintos ámbitos de aplicación.

**Artículo 3.** ***Definiciones.*** Para efectos de la presente ley, se adoptarán las siguientes definiciones:

- **Consumo funcional**: Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que no interfiera con el funcionamiento diario de un individuo y que no le genere problemas de salud mental física, familiar y comunitaria, sin interferir en su productividad académica, laboral y social.

- **Consumo problemático**: Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que genere efectos negativos, ya sean físicos, psicológicos o sociales, de una magnitud inmanejable o insostenible para el consumidor o que provoquen síntomas de dependencia y/o daños en la sociedad.

- **Consumo oculto:** Término para referirse al consumo *problemático* de individuos que por diferentes razones no han decidido buscar la ayuda de servicios de superación del consumo o reducción de riesgos y daños.

- **Reducción de riesgos y daños**: Categoría conceptual para referirse a las intervenciones y asesoramientos destinados a reducir los efectos dañinos en salud física y mental derivados del consumo de sustancias psicoactivas o comportamientos asociados. Estas medidas no utilizan la cesación del uso de sustancias como su criterio principal para definir el éxito de las intervenciones. El objetivo es lograr avances positivos en la calidad de vida y en el funcionamiento social, así como en el bienestar individual y comunitario. Ejemplos de políticas de reducción del daño: servicios de acceso a material higiénico de inyección, acceso a información y dispositivos de riesgo modificado en consumo de tabaco y nicotina, terapias de sustitución de sustancias, pautas para el consumo responsable de alcohol, servicios de análisis de sustancias.

- **Políticas basadas en la abstinencia**: Término general para las intervenciones y asesoramientos que buscan eliminar el consumo problemático y las patologías derivadas de este a partir de la abstinencia total del consumo de sustancias psicoactivas.

**Artículo 4.** ***Ámbito de aplicación.*** La presente ley, en lo que concierne a la explícita prestación del servicio, aplica para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio de Salud, a aquellos contratos de prestación de servicios para programas de reducción de riesgos y daños que se celebren de parte del Gobierno Nacional o las entidades territoriales, a las intervenciones contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y a ese de política de drogas del Ministerio de Justicia.

En lo que concierne a las disposiciones de la presente ley que crean el marco regulatorio por el cual se debe desarrollar la implementación de las políticas de reducción de riesgos y daños, estas deben ser cumplidas por el Gobierno Nacional y las entidades territoriales en los términos dispuestos por la presente ley.

**Artículo 5.** ***Legitimidad de la reducción de riesgos y daños.*** Se reconoce la perspectiva de la reducción de riesgos y daños como un paradigma legítimo en el ámbito médico, científico y psico-social. El Gobierno Nacional y las entidades territoriales deberán promover la perspectiva de reducción de riesgos y daños en la creación de la política pública del país.

## Capítulo I. Disposiciones que afectan la Salud Pública

**Artículo 6.** ***Sobre la opción de tratamiento.*** El consumo problemático de un individuo no puede ser una barrera de entrada para el acceso a tratamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo los servicios de reducción de riesgos y daños. Tampoco puede exigirse la abstinencia como condición para la prestación de estos servicios. Las EAPB y las instituciones públicas especializadas para dicha atención tienen la obligación de ofrecer intervenciones y asesoramientos en distintas complejidades que se enmarquen en la finalidad de la reducción del riesgo y el daño.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de asegurarse que las EAPB cumplan sus obligaciones en esta materia.

**Artículo 7.** ***Planes de Beneficio.*** El Ministerio de Salud deberá incorporar en los planes de beneficio, tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una gama de servicios de reducción de riesgos y daños que permita atender a todos los tipos de consumidores.

La primera actualización del Plan de Beneficios en relación con lo establecido en esta ley deberá efectuarse en un término no mayor a doce (12) meses contados a partir de la promulgación de esta ley.

**Parágrafo 1.** En consideración de la gran cantidad de intervenciones y servicios que existen en reducción de riesgos y daños, el estado dinámico de la investigación científica en la materia y la coyuntura de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y cómo evoluciona con el tiempo, el Ministerio de Salud deberá actualizar cada año este componente de los planes de beneficio en concordancia con las disposiciones contenidas en el artículo anterior.

**Artículo 8.** ***Reducción de riesgos y daños para todas las sustancias psicoactivas.*** La reducción de riesgos y daños se aplicará a todas las sustancias psicoactivas legales, como el alcohol, el tabaco y la nicotina; sustancias psicoactivas legales de uso indebido, como el pegante, la gasolina, los medicamentos sin prescripción, entre otros; las sustancias psicoactivas ilegales y las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS).

El Ministerio de Salud deberá, en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley y atendiendo criterios médicos y científicos, armonizar las sustancias descritas en el inciso anterior con las sustancias que aparezcan en la lista semestral de sustancias psicoactivas formulada por dicho Ministerio y el Consejo Nacional de Estupefacientes, de acuerdo con las disposiciones del artículo 2, parágrafo 4, de la Ley 2000 de 2019. La actualización de dicha lista deberá considerar los criterios descritos en el primer inciso del presente artículo.

**Artículo 9.** ***Distribución de Naloxona***. El Ministerio de Salud, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud, deberá exigir, en los doce (12) meses posteriores a la promulgación de la presente ley, la disponibilidad de la Naloxona por parte de las EAPB del país, tal como está estipulado en los planes de beneficio para régimen contributivo y subsidiado.

Para la población que no se encuentra afiliada a ningún régimen y frecuentemente presentan condiciones de marginalidad y estigma social, el Ministerio de Salud deberá, en los doce (12) meses posteriores a la promulgación de la presente ley, garantizar mediante un decreto la disponibilidad de la Naloxona dentro de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), dándole un énfasis especial al ámbito ambulatorio y comunitario de este medicamento y su difusión dentro de las redes de consumidores de opioides del país.

**Artículo 10.** ***Eventos masivos, venta y consumo de SPA.*** Las entidades territoriales deberán emitir normas sobre el manejo de servicios de reducción de riesgos y daños en relación con la celebración de eventos masivos como festivales musicales, conciertos, fiestas populares,

verbenas, entre otros, que permitan la venta y consumo de sustancias psicoactivas legales como alcohol y cigarrillos. En ocasiones en que se haya identificado el uso de sustancias psicoactivas ilegales como cocaína, marihuana, éxtasis, entre otras, deben disponer de una campaña visible de reducción de riesgos y daños (consumo responsable) como pueden ser servicios de distribución de información y material pedagógico, zonas de recuperación, servicios de análisis de sustancias, entre otros. La reglamentación específica de estas normas estará a disposición de las entidades territoriales.

Todos los establecimientos públicos que vendan licor para llevar o para consumo en el lugar, deberán tener en un lugar visible las pautas del "saber beber, saber vivir: Calidad, Cantidad, Consistencia, Comida, Compañía, acompañamiento y conductor elegido", consignadas en el Decreto 120 de 2010, *"Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol"*.

**Artículo 11.** ***Sensibilización en la Policía Nacional de Colombia.*** El Gobierno Nacional, al igual que las entidades territoriales mediante sus secretarías de seguridad, deberá emitir normas y emprender acciones concretas con la intención de concientizar a los integrantes de la Policía Nacional de Colombia sobre los derechos de las personas consumidoras.

Los integrantes de la Policía Nacional de Colombia deberán poseer información general sobre los servicios y/o programas de reducción de riesgos y daños que estén disponibles en su área de operación. La información debe ser actual y relevante en términos del ámbito local. En sus interacciones con personas consumidoras, los integrantes de la Policía Nacional de Colombia deberán hacer lo posible por dar a conocer esta información.

## Capítulo II. Disposiciones sobre financiamiento y articulación

**Artículo 12.** ***Reducción de riesgos y daños en los Planes Integrales Departamentales de Droga (PPID).*** Los PPID, o los documentos de política pública que los reemplacen, que se elaboren o actualicen posteriormente a la promulgación de esta ley, deberán incluir una sección dedicada exclusivamente a evaluar la situación de la entidad territorial en materia de reducción de riesgos y daños y ofrecer soluciones para incrementar la accesibilidad a estos servicios, al igual que generar conciencia sobre su disponibilidad e importancia en el respectivo departamento.

**Artículo 13.** Modifíquese el inciso primero del artículo 22 de la Ley 1849 de 2017, que a su vez modifica el artículo 91 de la Ley 1708 de 2014, el cual quedará así:

> **Artículo 22.** Modifíquese el artículo 91 de la Ley 1708 de 2014, el cual quedará así:
>
> **Artículo 91.** Administración y destinación. Los bienes sobre los que se declare la extinción de dominio, los recursos provenientes de la enajenación temprana y los recursos provenientes de la productividad de los bienes administrados, descontando aquellos destinados para el pago gradual y progresivo de los pasivos de dicho Fondo, los recursos que sean indispensables para el funcionamiento de la entidad encargada de la administración de los bienes, y las destinaciones específicas previstas en la ley, se utilizarán a favor del Estado y serán destinados así: en un veinticinco por ciento (25%) a la Rama Judicial, en un veinticinco por ciento (25%) a la Fiscalía General de la Nación, en un diez por ciento (10%) a la Policía Judicial de la Policía Nacional para el fortalecimiento de su función investigativa y el cuarenta por ciento (40%) restante para el Gobierno nacional, quien reglamentará la distribución de este último porcentaje, destinando una parte a infraestructura penitenciaria y carcelaria**, y otra parte a la**

**financiación directa de Planes de Intervención Colectiva (PIC) en los municipios y/o distritos más afectados por el consumo problemático para que sean destinados a la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas.**

Se exceptúan de estos porcentajes los predios rurales, los cuales una vez cumplidas las destinaciones previstas en el numeral 1.1.1 del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, y agotado lo allí ordenado, deberán ser objeto de enajenación temprana de conformidad con el artículo 93 de esta ley, recursos que en todo caso serán entregados en su totalidad al Gobierno Nacional, para ser destinados a los programas de generación de acceso a tierra administrados por el Gobierno nacional.

De igual forma, por razones de seguridad y defensa, se podrán destinar de forma directa y definitiva predios rurales por parte del administrador del Frisco al Ministerio de Defensa Nacional, para el desarrollo de proyectos de infraestructura de la Fuerza Pública y/o para el cumplimiento de sentencias judiciales, para la reubicación, movilización o traslado de las instalaciones destinadas a la Defensa y Seguridad previos estudios técnicos del Ministerio de Defensa. Su régimen de administración y destinación será reglamentado por el Presidente de la República, siempre en acatamiento de lo dispuesto en el inciso anterior.

Los bienes destinados a la Fiscalía General de la Nación serán administrados a través del Fondo Especial para la Administración de Bienes creado mediante Ley 1615 de 2013.

En el caso de las divisas, una vez incautadas, estas serán entregadas al Banco de la República para que las cambien por su equivalente en pesos colombianos, sin que se requiera sentencia que declare la extinción definitiva del dominio sobre las mismas.

Una vez decretada la extinción de dominio de los bienes localizados en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, estos deberán ser entregados a la Gobernación Departamental, al igual que los rendimientos y frutos que se generen antes de la declaratoria de extinción del dominio.

Estos bienes serán destinados prioritariamente a programas sociales que beneficien a la población raizal.

Cuando la Justicia Premial opere sobre bienes o recursos que puedan ser objeto de una de las destinaciones específicas establecidas en la Ley, en tratándose de la retribución, la sentencia anticipada, la negociación patrimonial por colaboración efectiva y la sentencia anticipada por confesión, a que se refieren los artículos 120, 133, 142A y 189A, de esta ley, el Juez de conocimiento, evaluará, con la eficacia de la colaboración, la afectación a la respectiva destinación específica y podrá retribuir al particular, afectado, titular o interesado, con la titularidad del derecho de propiedad de los bienes, según los porcentajes y límite establecidos en cada mecanismo de justicia premial establecidos en la presente ley. Los bienes de los que trata el presente inciso no estarán condicionados a

los criterios previstos para los sujetos de reforma agraria, contemplados en la Ley 160 de 1994 y en sus normas compilatorias.

Los bienes y recursos determinados en el presente artículo gozarán de la protección de inembargabilidad. Las medidas cautelares implementadas en los trámites de extinción serán prevalentes sobre cualquier otra y los Registradores de Instrumentos Públicos deberán darles prelación dentro del trámite del registro.

La facultad para decidir sobre la destinación y distribución definitiva de los bienes que le corresponden a la Fiscalía General de la Nación y a la Rama Judicial, en los porcentajes establecidos en el inciso 1° del presente artículo, estará a cargo de las propias entidades. Del porcentaje correspondiente a la rama Judicial, deberá privilegiarse la creación de juzgados de extinción de dominio.

**Parágrafo 1°.** A partir de la fecha en que sea publicada la presente ley, el Consejo Nacional de Estupefacientes no podrá adquirir pasivos con cargo a los recursos determinados en los porcentajes de qué trata el presente artículo, salvo que la entidad correspondiente así lo manifieste en la sesión del Consejo Nacional de Estupefacientes en que se tome favorablemente esta determinación.

**Parágrafo 2°.** En virtud de la presente ley se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para efectuar los ajustes presupuestales pertinentes que permitan la asignación de los recursos a favor del nuevo administrador del Frisco.

**Parágrafo 3°.** El administrador del Frisco tendrá la facultad de policía administrativa para la recuperación física de los bienes que se encuentren bajo su administración.

Las autoridades de Policía locales, municipales, departamentales y nacionales estarán obligadas a prestar, de manera preferente y sin dilación injustificada, el apoyo que requiera el representante legal o su delegado, para hacer efectiva la administración de los bienes que ingresan al Frisco.

En el evento en que el administrador del Frisco ejerza la facultad de policía administrativa a través de las Alcaldías y Secretarías de Gobierno, las mismas deberán proceder a asignar la Inspección de Policía, para ello contarán con un término máximo de quince (15) días contados a partir de la comunicación del administrador. En igual término los inspectores estarán obligados a fijar, practicar y culminar la diligencia. El incumplimiento injustificado de los anteriores términos estará sujeto a la sanción disciplinaria correspondiente. La presentación de oposiciones no suspenderá la práctica de la diligencia".

**Parágrafo 4°.** Los predios rurales donde se desarrollen o vayan a desarrollar proyectos productivos por parte de la población en proceso de reincorporación serán transferidos directamente por la Sociedad de Activos Especiales a los beneficiarios de estos proyectos que indique la Agencia Nacional de Reincorporación, en los plazos que defina el Gobierno Nacional. En estos casos se configurará una excepción frente a la obligación de

transferir todos los bienes rurales a la Agencia Nacional de Tierras. Se excluyen de esta previsión los bienes a que se refiere el artículo 144 de la presente ley.

## Capítulo III. Representación y participación de las personas consumidoras.

**Artículo 14.** ***Participación de la población objetivo.*** Todos los programas de reducción de riesgos y daños deberán llevarse a cabo con la consulta y participación de la población objetivo de dicho programa. Representantes de la población objetivo del programa deberán estar incluidos, por lo menos, en las fases de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de cualquier programa de reducción de riesgos y daños realizado a partir de la expedición de la presente ley.

**Parágrafo 1.** La determinación de la población objetivo deberá considerar los tipos de consumidor (experimental, recreativo, habitual, etc.) descritos en el documento técnico del Ministerio de Salud bajo el nombre de "La prevención y la mitigación en manos de los y las jóvenes segunda edición", o el que lo actualice.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud deberá reglamentar, en un término máximo de seis (6) meses después de expedida la presente ley, el procedimiento de consulta y participación de la población objetivo a la que se refiere el presente artículo.

**Artículo 15.** ***Órgano de sociedad civil.*** Se establece la creación del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas, un órgano colegiado asesor, compuesto por miembros expertos e idóneos de la sociedad civil y adscrito al Ministerio de Justicia. El objetivo principal del Consejo será asesorar, desde la perspectiva de la sociedad civil, al Gobierno Nacional sobre las directrices y medidas en materia de política de drogas de carácter ejecutivo, al igual que los proyectos de ley y actos legislativos que cursen por el Congreso de la República.

Entre los miembros del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas estarán los directores y directoras de centros de estudio universitarios dedicados al estudio de problemáticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas o sus delegados, así como los representantes legales de Organizaciones de la Sociedad Civil legalmente constituidas, cuyo objeto social sea el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños. Deberán ser centros de estudio constituidos mediante una universidad acreditada en Colombia y con una fuente de financiación clara, al igual que organizaciones debidamente acreditadas y contando con experiencias exitosas en el desempeño de sus labores.

Son funciones del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas las siguientes:

1. Emitir conceptos no vinculantes a iniciativas legislativas y ejecutivas en materia de política de drogas.

2. Recomendar al Ministerio de Justicia y el Derecho, al igual que el Ministerio de Salud y Protección Social, la elaboración o contratación de estudios que sean considerados necesarios para la gestión efectiva del Estado en materia de política de drogas.

3. Presentar ternas de tres individuos para la selección de un actor que actuará como representante de los ciudadanos consumidores en órganos del Estado.

4. Preparar proyectos de ley en materia de política de drogas que podrán ser presentados ante el Ministerio de Justicia y del Derecho, al igual que El Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Servir como un órgano asesor desde la perspectiva de la sociedad civil en la creación de iniciativas legislativas del Gobierno Nacional en torno a política de drogas.

**Parágrafo 1.** Los miembros de este órgano no recibirán remuneración alguna. Sus reuniones se podrán sostener de manera virtual y sus actas deben ser públicas.

**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Justicia, deberá, en los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, expedir el decreto reglamentario para el funcionamiento y composición del Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas. Dicho decreto deberá contener el carácter del Consejo, su naturaleza orgánica y los términos de su integración a la administración pública en concordancia con lo dispuesto en la Ley 498 de 1998.

**Artículo 16.** ***Representación en las entidades territoriales.*** Los consejos seccionales de estupefacientes, al igual que los comités departamentales de droga, deberán incluir dentro de sus miembros a por lo menos un (1) actor que represente a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas de dicha entidad territorial. Este actor podrá ser un individuo idóneo calificado o un representante de una organización de sociedad civil acreditada.

**Parágrafo.** El actor denominado como el representante de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas será escogido por parte de los consejos seccionales y los comités departamentales de una terna de tres individuos que será presentada por el Consejo de Asesoría Civil para la Política de Drogas.

## Capítulo IV. Involucramiento de la sociedad civil

**Artículo 17.** ***Directorio de sociedad civil.*** El Gobierno Nacional deberá crear y reglamentar, a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, un directorio que contenga la información básica de todas las organizaciones públicas, mixtas y de la sociedad civil vigentes cuyo objeto se relacione con políticas de prevención, reducción de daños y atención al consumo de drogas, dándole énfasis especial a aquellas que acrediten experiencia en proyectos y programas de reducción de riesgos y daños, y servicios de superación del consumo. El directorio será público y accesible vía medios electrónicos. Las organizaciones tendrán la oportunidad de solicitar ser incluidas en este.

Esta base de datos tiene como objetivo comprender todas las organizaciones de la sociedad civil en materia de política de drogas del país con el propósito de mejorar la articulación del gobierno con la sociedad civil e incrementar la visibilidad y participación de esta último en las convocatorias para servicios de prevención, reducción de riesgos y daños y superación del consumo problemático financiados con recursos públicos.

**Parágrafo 1.** Esta base de datos tendrá categorías y niveles de vinculación de acuerdo con la antigüedad, experiencia certificada en el tema, capacidad de apalancamiento, proyectos exitosos elaborados, estatus legal, y otros factores de evaluación pertenecientes a los actores idóneos.

**Parágrafo 2.** Las organizaciones que hagan parte del directorio tendrán la oportunidad de enviar cada año un informe al Ministerio de Salud y al Ministerio de Justicia compilando los reportes de eventos de alta relevancia para la coyuntura del consumo de sustancias psicoactivas como sobredosis e intoxicaciones. Las organizaciones deberán adoptar medidas para evitar la duplicidad de información.

**Parágrafo 3.** Cada año los Ministerios de Salud y de Justicia deberán compilar los reportes recibidos de parte del directorio en un documento el cual alimentará la información sobre la coyuntura del consumo de sustancias psicoactivas y la creación de respuestas ajustadas en el país.

**Parágrafo 4.** El directorio se podrá expandir para incluir organizaciones de la sociedad civil con temáticas diferentes.

## Capítulo V. Medidas para fortalecer la reducción de daños desde el Gobierno Nacional

**Artículo 18.** ***Informe de progreso anual.*** La Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar un informe anual ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, detallando el progreso del Gobierno Nacional y las entidades territoriales, al igual que las EAPB, en incrementar la conciencia, disponibilidad, accesibilidad y calidad de la oferta de servicios de superación del consumo y reducción de riesgos y daños. El primer informe deberá ser presentado dieciocho meses (18) contados a partir de la promulgación de la presente ley.

**Parágrafo.** El informe deberá contener una sección explorando los obstáculos más pertinentes, tanto institucionales como sociales, que enfrentan los consumidores al intentar acceder a estos servicios.

**Artículo 19.** ***Promoción proactiva de la reducción de riesgos y daños en la salud pública.*** Con el objetivo de remediar el problema de la marginalización social de las personas consumidoras y ofrecer un ingreso efectivo a la oferta institucional en salud, las entidades territoriales, a través de sus secretarías de salud y con el apoyo del Gobierno Nacional, adelantará el diseño e implementación de iniciativas de dispensación de servicios básicos de reducción de riesgos y daños para personas consumidoras ocultas. Estas iniciativas serán específicamente diseñadas con el objetivo de llegar a aquellos consumidores problemáticos con baja funcionalidad social que no son visibilizados por el sistema de salud.

**Parágrafo 1.** Sin perjuicio de que el diseño e implementación de las iniciativas esté a cargo de las entidades territoriales, estas deberán aplicar los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios de reducción de riesgos y daños en el país.

**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional deberá incluir al ODC y demás organizaciones reconocidas en la materia en este proceso, con el fin de crear iniciativas las cuales tomen en consideración la amplia información sobre el comportamiento y naturaleza de los consumidores en el contexto colombiano.

**Parágrafo 3.** Se autoriza el uso de recursos provenientes del Fondo Frisco para la financiación de este programa.

**Parágrafo 4.** Un porcentaje de los recursos tributarios territoriales derivados de la venta del alcohol y el tabaco, el cual será determinado por la entidades territoriales, podrá ser apropiado por las secretarías departamentales y/o municipales de salud para la elaboración de estas iniciativas.

**Artículo 20.** ***Campañas de reducción del estigma social***. El Gobierno Nacional deberá elaborar campañas mediáticas y publicitarias de impacto nacional que tengan el objetivo de reducir el estigma social y las barreras de acceso a los servicios que requieren las personas consumidoras de SPA y promocionar la adopción de políticas de reducción de riesgos y daños por parte de consumidores problemáticos, especialmente aquellos que se encuentren en especial situación de vulnerabilidad y marginalidad, tal como lo son las personas en situación de calle y los usuarios de drogas por vía de administración intravenosa.

**Parágrafo 1.** Estas campañas deberán centrarse en (1) reconocer la humanidad de las personas consumidoras problemáticas, (2) reconocer distintas situaciones de vulnerabilidad, (3) afirmar los peligros asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, al igual que prácticas altamente riesgosas para la salud pública como el uso de inyecciones intravenosas y finalmente, (4) incentivar a los consumidores a hacer uso de la oferta institucional del Estado en superación del consumo y reducción de riesgos y daños para mejorar su estado de salud.

**Parágrafo 2.** La elaboración de estas campañas deberá hacer uso de información sobre la naturaleza del consumo oculto en Colombia propiciada por el ODC y otras instituciones de la sociedad civil y de similar carácter con el fin de alcanzar al mayor número de consumidores problemáticos posibles.

**Parágrafo 3.** Se autoriza el uso de recursos del Fondo Frisco para la elaboración de estas campañas.

**Artículo 21.** ***Consumo menos riesgoso de sustancias psicoactivas.*** Autorizar al Gobierno Nacional y a las entidades territoriales para crear "Centros de análisis de sustancias psicoactivas de tipo móvil o punto fijo" en áreas de alta circulación turística, barrios de vida nocturna, eventos masivos, zonas con confluencia de consumidores recreativos y problemáticos, y otros lugares donde se determinen necesarios por la confluencia de la venta y consumo de SPA, con el fin de reducir el riesgo y daño químico de intoxicación por adulterantes y suplantadores vía la administración de análisis de sustancias psicoactivas y servicios adicionales en reducción de riesgos y daños.

**Parágrafo 1.** La operación de estos centros podrá ser administrada por el Ministerio de Salud, las entidades territoriales o mediante organizaciones de la sociedad civil, legalmente constituidas y debidamente acreditadas ante el Fondo Nacional de Estupefacientes, previamente seleccionadas por las entidades territoriales o el Ministerio de Salud, de conformidad con el artículo 15 de la presente ley. Los centros estarían bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, cualquiera sea su modalidad o mecanismo de administración.

**Parágrafo 2.** Los centros de análisis de punto fijo y tipo móvil podrán ofrecer sus servicios de manera gratuita si son financiados por el Gobierno Nacional o las entidades territoriales,

alternativamente podrán cobrar por el servicio si no cuentan con esta financiación. El Ministerio de Salud reglamentará lo relativo al cobro del servicio.

**Parágrafo 3.** Los centros de análisis de punto fijo y tipo móvil podrán hacer uso de las nuevas tecnologías de información para socializar sus mensajes, jornadas y ubicación.

**Parágrafo 4.** Las secretarías municipales o departamentales de salud que no tengan un inmueble adecuado para la operación del centro podrán requerir ante la Sociedad de Activos Especiales la liberación de un inmueble para dicho espacio.

**Parágrafo 5.** Un porcentaje de los recursos tributarios territoriales derivados de la venta del alcohol y el tabaco, el cual será determinado por la entidad territorial, podrá ser apropiado por las secretarías departamentales y/o municipales de salud para la creación de estos centros de análisis.

**Parágrafo 6.** Los servicios de análisis de sustancias deberán entregar informes semestrales al Sistema de Alertas Tempranas del Observatorio de Drogas de Colombia para unificar información sobre el comportamiento a nivel nacional y enfocar las acciones en salud pública del Gobierno Nacional.

**Parágrafo 7.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y en articulación con universidades y sociedad civil, promoverá la investigación y el uso de sustancias psicoactivas como coadyuvantes en procesos terapéuticos relacionados con salud mental y adicciones.

**Artículo 22.** ***Características de los Centros de análisis.*** La distinción entre centros de tipo móvil y punto fijo se rige así:

Los centros de análisis de sustancias psicoactivas de tipo móvil se caracterizan por desplazar el personal calificado que realiza el análisis hacia distintos lugares donde sus servicios puedan estar en alta demanda. Adicionalmente, estos centros también podrán distribuir material pedagógico. La naturaleza de la atención es calificada pero no personal o integral y su horario será variante.

Los centros de análisis de sustancias psicoactivas de punto fijo se ubican siempre en el mismo lugar y mantienen horarios fijos. Se caracterizan por brindar una gama de servicios más extensa y una atención más personalizada e integral en reducción de riesgos y daños. Aunque pueden atender a cualquier tipo de consumidor, estos centros están orientados hacia los consumidores problemáticos con bajo funcionamiento social y tienen una importante función de referir consumidores hacia la oferta institucional en salud.

**Parágrafo.** La implementación de estos centros deberá conllevar un sistema de alertas tempranas y de compartimiento de información con otras autoridades de salud pública y política de drogas del país.

**Artículo 23. Zonas y/o salas de consumo supervisado** El Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia reglamentarán la creación de zonas de consumo supervisado en territorios de alto impacto social para la reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales con énfasis en drogas inyectadas y cocaínas fumables. Dicha reglamentación, diseño y operación de estas zonas y/o salas deberá contar como mínimo con la participación de funcionarios de los Ministerios de Salud y de Justicia, la comunidad, expertos de la academia, las

organizaciones de la sociedad civil con experiencia en el tema, expertos internacionales y las personas consumidoras.

**Artículo 24. Consumo responsable y reducción de daños en alcohol y nicotina.** El Gobierno Nacional y las entidades territoriales deberán diseñar e implementar estrategias de comunicación, campañas y programas de reducción de riesgos y daños en el consumo de alcohol y nicotina, así como realizar la evaluación de tales estrategias. Para este fin, las entidades territoriales podrán destinar un porcentaje de los impuestos recaudados por concepto de venta de alcohol y de tabaco, el cual será definido por sus corporaciones públicas.

**Artículo 25. Derecho a la información de las personas consumidoras adultas:** Las personas consumidoras adultas tienen derecho a recibir información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre alternativas de consumo de productos que tengan un perfil reducido o modificado. Asimismo, tendrán derecho a recibir este tipo de información sobre el perfil de riesgo, características del producto y uso que puedan derivarse del consumo y utilización de estos productos.

**Artículo 26.** ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

**JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO**
Senador de la República

| | |
|---|---|
| JULIÁN GALLO CUBILLO<br>Senador de la República | **DANIEL CARVALHO MEJÍA**<br>Representante a la Cámara |
| **ALEXANDER LÓPEZ MAYA**<br>Senador de la República | **ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA**<br>Senador de la República |
| **BERENICE BEDOYA PÉREZ**<br>Senadora de la República | **JUAN CARLOS LOZADA VARGAS**<br>Representante a la Cámara<br>Partido Liberal Colombiano |
| | |

# SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 11 del mes Nov del año 2022

se radicó en este despacho el proyecto de ley N°. 243 Acto Legislatívo N°. _____, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: HS : Jorge Enrique Benedett, Leatelo, Julian Gallo, Alexander Lopez Maya, Veronica Bedoya Perez, Alfredo Rangel de Lugo HR : Daniel Carvalho, Meglu Juan Carlos Lozada Vargas

SECRETARIO GENERAL