

12.11.2013

Documento Soporte

DOCUMENTO COMISIÓN DE DROGAS/ COMPOSICIÓN Y RECOMENDACIONES

A. Contexto de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia:

- A través de la Resolución No. 0832 de diciembre 10 de 2012, el Ministerio de Justicia y del Derecho creó la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia cuya Secretaría Técnica está a cargo de la Dirección de Política Contra las Drogas y Actividades Relacionadas.
- La Comisión fue instalada el 29 de enero de 2013. Hasta la fecha se han tenido 11 sesiones. Su misión es evaluar los resultados y el impacto de las estrategias en materia de drogas ejecutadas durante los últimos 10 años y consolidar los avances y logros alcanzados en los diferentes ámbitos.
- La información que se genere en el marco de esta Comisión será insumo para la formulación de una nueva Política que responda a las necesidades actuales del Estado.
- Los Miembros de la Comisión son:
 - Álvaro Balcazar
 - Wilson Martínez
 - Adriana Mejía
 - Daniel Mejía
 - Inés Elvira Mejía
 - Rodrigo Uprimny
 - María Victoria Llorente
- Son invitados permanentes:
 - Ministerio de Justicia quien ejerce la Secretaría Técnica
 - Ministerio de Defensa
 - Ministro de Salud y de la Protección Social
 - Ex -Presidente Cesar Gaviria
 - General (r) Oscar Naranjo
- La Oficina del Alto Comisionado para la Paz solicitó, a través del Viceministro de entonces Farid Benavides, un espacio para participar como observadores en estas sesiones de la Comisión con el fin de conocer el estado de la discusión de la Política de Lucha contra las Drogas.

B. Documentos elaborados por la Comisión:

- Durante las primeras sesiones de la Comisión se definió la elaboración de 3 grandes documentos:
 - i. Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas;
 - ii. Un documento de compilación de aproximaciones de cada uno de los comisionados desde su experticia.
 - iii. Un documento de análisis sobre el Anteproyecto de Estatuto (del cual no se tiene la versión definitiva);
- El objetivo era desarrollar documentos cortos, precisos con diagnóstico y recomendaciones

12.11.2013

Documento Soporte

de cada uno de los temas. Para ello, cada documento sería revisado entre los comisionados, comentado en plenaria y entregado con un resumen ejecutivo que mostrara los puntos claves.

- Los documentos elaborados, a excepción del documento de consumo de drogas que fue entregado y lanzado en medios de comunicación el 20 de mayo, aún se encuentran en versiones preliminares.

1. Lineamientos para una Política frente al consumo de drogas³⁵:

Conforme con lo decidido por la Comisión en su sesión de 29 de enero de 2013, el documento sobre consumo de sustancias psicoactivas debía ser un documento político, corto, contundente y claro sobre consumo de drogas en Colombia, que produzca un impacto público y que eduque a la sociedad sobre drogas y la necesidad de cambiar la actual política, además de contener unas recomendaciones de política para el Gobierno.

Está elaborado a partir de documentos de tres a cinco páginas con las tesis principales de cada uno de los miembros de la Comisión. Los temas abordados y los comisionados designados para ello fueron:

TEMA	COMISIONADO
Marco normativo	Rodrigo Uprimny
Introducción y contexto internacional	
Prevención, atención y tratamiento	Inés Elvira Mejía
Consumo y salud pública	Augusto Pérez con aportes de Daniel Mejía
Consumo y violencia/criminalidad	

En este primer documento, y a partir de las anteriores consideraciones, la Comisión concluye que el Estado colombiano debería enfrentar el problema del consumo y abuso de drogas con un enfoque, que estuviera fundamentado en las siguientes conclusiones, principios y recomendaciones:

- i. La Comisión considera que la política frente al consumo de sustancias psicoactivas debe estar enfocada como un asunto de salud pública y debe ser respetuosa de los derechos humanos, en especial de los propios consumidores.
- ii. Las acciones de política frente al consumo de drogas deberán estar orientadas por las evidencias más sólidas posibles, alejándose de posturas ideológicas preconcebidas que carezcan de sustento empírico.
- iii. La política frente al consumo es un tema de salud pública que requiere acciones regulatorias del consumo y políticas que ofrezcan herramientas adecuadas para la prevención de las dependencias y de los consumos problemáticos, así como la atención, tratamiento y reducción de daños. No debe recurrirse a sanciones penales para los consumidores, pues la criminalización de los usuarios de drogas no sólo no ha mostrado

³⁵ Es preciso señalar que la Comisión decidió abordar la problemática del consumo de drogas en diversas oportunidades. En primer lugar, priorizó la elaboración de un documento aparte de alta importancia frente a la manera de abordar el consumo en Colombia. Por otro lado, dentro de los documentos de cada uno de los expertos que conformarán un gran documento, también se incluyó el tema de consumo de sustancias psicoactivas.

12.11.2013

Documento Soporte

- beneficios de salud pública sino que, por el contrario, ha tenido efectos contraproducentes, al marginar a los consumidores y agravar sus problemas de salud.
- iv. Las políticas para enfrentar el consumo deben proteger valores como la salud y los derechos humanos. Otros fines y valores como la seguridad ciudadana se deberán reservar al otro espectro de políticas y acciones que buscan contrarrestar la producción, el tráfico y la distribución de las sustancias ilícitas.
 - v. Una revisión cuidadosa del marco internacional y constitucional sobre las obligaciones del Estado colombiano frente a las sustancias psicoactivas controladas muestra que las autoridades colombianas pueden y deben adoptar políticas públicas orientadas por criterios de salud pública y respetuosas de los derechos humanos de los consumidores.
 - vi. Los enfoques puramente punitivos frente al consumo son además incompatibles con los derechos humanos y por ello son normativamente inaceptables, pues el Estado debe armonizar sus compromisos internacionales en materia de drogas con los compromisos en materia de derechos humanos, teniendo en cuenta que en caso de conflicto, los compromisos en derechos humanos son prevalentes.
 - vii. Los estudios empíricos muestran que no todo consumo de drogas deriva en uso problemático o en dependencia. La Comisión considera entonces que la política general y los distintos programas que se desarrollen deben basarse en diagnósticos que caractericen los diversos consumos que existen; las intervenciones de las autoridades deben ajustarse a esta diversidad de patrones de uso y de necesidades, que van desde los menos hasta los más complejos.
 - viii. La prevención del consumo de drogas debe ser una de las principales prioridades, especialmente en menores de edad. Todos los procedimientos preventivos que se utilicen deben ser sometidos a evaluación y actualizados periódicamente, considerando los cambios de la sociedad y de la tecnología contemporánea.
 - ix. Las políticas preventivas deberán esforzarse por ser eficaces y por ello tener como soporte los avances de la investigación en este campo. Por ejemplo, las autoridades deberían tomar en consideración, entre otras, propuestas como las desarrolladas por la OPS en 2010 y publicadas bajo el título de "La política de drogas y el bien público", en donde se presentan las principales conclusiones de muchos años de investigación en ese campo.
 - x. Una función vital del Estado será asegurar la calidad de los tratamientos existentes, y de los centros en los cuales se imparten, sean públicos o privados. Esto es especialmente importante en el caso de niños y adolescentes y se debe lograr a través de procesos permanentes de evaluación.

Adicional a lo anterior, y como documentos aparte (dentro de los que conforman el segundo gran documento) se señalaron las siguientes recomendaciones sobre consumo:

- i. Las políticas en reducción de la demanda deben ser políticas de estado, no de gobierno.
- ii. Como en toda política pública de salud, la prevención debe tener preeminencia. Esto no significa descuidar el tratamiento, la mitigación o la reducción de daño.
- iii. Todas las intervenciones en reducción de la demanda deberán ser sometidas a evaluaciones sistemáticas y de largo alcance, y los resultados deben ser públicos. Las evaluaciones deben hacerse con los recursos de las instituciones que promueven programas y estrategias, aun cuando el Estado puede cofinanciarlas.
- iv. Deben implementarse a nivel nacional estrategias de detección temprana de riesgo por consumo de alcohol y otras sustancias.
- v. Los maestros deberán recibir capacitación en prevención como parte del currículo de

12.11.2013

Documento Soporte

formación universitaria.

- vi. Abandonar los intentos por penalizar el consumo de sustancias psicoactivas que solo incrementan los costos y riesgos asociados y propender por la atención integral de los consumidores enmarcado en los enfoques salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano, a través de la promoción de capacidades, la participación y la reducción de estigma y discriminación.
- vii. Propender por un dialogo entre las políticas de reducción de oferta y reducción de demanda para que se complementen entre sí y no vayan en contravía de sus respectivos propósitos.
- viii. Establecer propósitos más realistas que aseguren resultados centrados en reducir y mitigar las consecuencias del consumo de sustancias antes que en su eliminación.
- ix. Desarrollar una política pública que integre acciones dirigidas a afrontar los retos y los costos del consumo de alcohol, tabaco, sustancias lícitas de uso indebido, tanto como las sustancias ilícitas, evitando los discursos que legitimen más unos consumos por encima de otros.
- x. Integrar un enfoque que reconozca aspectos diferenciales del tipo de sustancias, su potencial adictivo y su impacto sobre la salud física y mental de los consumidores, así como de la diversidad en los patrones de consumos teniendo en cuenta la diferencia entre los no problemáticos y problemáticos.
- xi. Priorizar en las acciones a los grupos de mayor vulnerabilidad, empezando por los niños, niñas y adolescentes y así como grupos poblacionales como escolares, universitarios y población privada de la libertad. De igual modo, conviene focalizar las acciones en las regiones del país, que de acuerdo con los estudios realizados, se concentra gran parte del problema (Antioquia, Zona Cafetera, Valle del Cauca, Bogotá).
- xii. Promover la participación de las comunidades y grupos más afectados por el consumo de sustancias que permitan la construcción de respuestas para asegurar su pertinencia, apropiación y eficacia. Los programas de base comunitaria que se vienen desarrollando deberán reforzarse y escalarse.
- xiii. Integrar a las acciones preventivas una mirada que sobrepase los aspectos individuales y familiares e intervengan los factores sociales y económicos que inciden en la vulnerabilidad al consumo.
- xiv. Promover el desarrollo de una agenda de investigación, conservando el compromiso sobre las series de estudios epidemiológicos y periódicos en los grupos vulnerables que permitan la comparación y el monitoreo del fenómeno en el tiempo con sistemas de información centralizados.
- xv. Continuar con el escalamiento de los servicios para reducir las barreras de acceso, avanzar en la cobertura universal, los costos de operación y permita la atención en todos los niveles de complejidad del sistema de salud, priorizando la atención primaria. La detección temprana y las intervenciones breves son una medida de primera línea para la prevención.
- xvi. Fortalecer la cualificación y sostenibilidad de la atención especializada, tanto como la de alta complejidad y limitar su oferta a quienes verdaderamente lo requieran, en particular a quienes presentan comorbilidad física y/o mental asociada.
- xvii. Propender por la reducción de daños a través de programas asistidos con medicamentos, provisión de medios preventivos (p. ej. Condones, equipos de inyección estériles, acercamiento a calle, involucramiento de pares) y acción comunitaria. Estas iniciativas deberán hacer parte integral de la política de reducción de consumo que asegure la mitigación del impacto y la reducción de la morbimortalidad asociada.

12.11.2013

Documento Soporte

- xviii. Es importante que estas acciones conserven los principios emitidos por los organismos que las promueven y se desarrollen de forma focalizada a redes de consumidores previamente identificados para ser beneficiarios de las mismas. Las comunidades en las que estos programas se desarrollen, deben ser educadas y sensibilizadas para tal fin.
- xix. Asegurar la calidad de los servicios de atención especializada y no especializada, así como de los programas preventivos. Para ello urge contar con protocolos y guías de atención por norma, así como con evidencia y mecanismos que permitan el control y el cumplimiento de estándares de habilitación, así como la eliminación de toda forma de humillación, tortura, o amenaza de los derechos humanos fundamentales.
- xx. Es necesario construir evidencia de acuerdo con la realidad nacional y local y crear los mecanismos para que sea aplicable, así como el seguimiento de los estándares de mejores prácticas avalados por organismos internacionales, tales como el NIDA y la OMS/OPS.
- xxi. Instalar la capacidad y la cultura de evaluación que incluya la construcción de indicadores de gestión, tanto como de resultados e impacto.
- xxii. Establecer mecanismos que promuevan el mejoramiento permanente de los servicios preventivos y de atención, con incentivos que habiliten el cumplimiento de la norma y le permitan al Estado contratar con tales servicios, asegurando en todo momento el cumplimiento de estándares de calidad.