

Dejusticia

El derecho a la salud de personas que usan drogas en Colombia: avances y retos de la aplicación de la reducción de daños

Organización:

Dejusticia es un centro de estudios jurídicos y sociales localizado en Bogotá, Colombia. Nos dedicamos al fortalecimiento del Estado de Derecho y a la promoción de los derechos humanos en Colombia y en el Sur Global. Nuestro trabajo en política de drogas incluye temas de construcción de paz y reconciliación, derechos de población cocanera, impactos diferenciados de género, salud y reducción de daños y política criminal.

Detalles de contacto:

Isabel Pereira-Arana

Calle 35 No. 24-31. Bogotá

ipereira@dejusticia.org

1. Aunque el concepto de reducción de daños se ha aplicado tradicionalmente al consumo de drogas, la Relatora Especial adopta un enfoque más amplio de la reducción de daños. ¿Qué tipos de políticas, programas y prácticas de reducción de daños existen en su comunidad y cuál es su propósito u objetivo? ¿Qué éxito han tenido en la consecución de ese objetivo? Si es posible, facilite datos.
2. ¿Cómo afectan los marcos legales a las políticas, programas y prácticas de reducción de daños (relacionados o no con el consumo de drogas) disponibles en su comunidad, país o región? ¿Existen leyes o políticas que faciliten o constituyan un obstáculo para la adopción o aplicación de determinadas políticas, programas y prácticas de reducción de daños? Aparte de las barreras legales y normativas, ¿existen otros obstáculos? Proporcione ejemplos concretos.
3. **¿Cómo aborda la jurisdicción vigente en su región/país/estado la penalización (o despenalización) del consumo de drogas? Sírvase proporcionar datos desglosados, entre otros, por sexo, edad, raza/etnia, situación de pobreza, orientación sexual y número de personas privadas de libertad por posesión o consumo de drogas/medicamentos.**

Colombia es uno de los países que está a la vanguardia de la despenalización del uso personal de drogas, con la sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional. Esta decisión despenalizó el uso personal de drogas, que previamente y bajo el Estatuto Nacional de Estupefacientes, imponía sanciones, multas, e internamiento obligatorio para las personas que

usan drogas (en adelante, PQUD). La decisión de la Corte Constitucional amparó la protección de los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, y la autonomía.

Tras casi tres décadas de esta decisión, aún hay desafíos y retrocesos al modelo de despenalización, que siguen amenazando los derechos de las PQUD. En primer lugar, una reforma constitucional en 2009 por la que se introdujo una prohibición general de la posesión y el consumo de sustancias psicotrópicas, permitiendo excepciones sólo para usos médicos. Esta reforma ha dado lugar a una serie de normas sancionadas por el Congreso, como el Código Nacional de Policía (2016), que introducen sanciones administrativas para el porte y uso de la dosis personal en espacios públicos.

Las tensiones derivadas de la sentencia de 1994, la reforma de 2009 y el Código de Policía tienen como resultado una situación paradójica: bajo los derechos a la libertad y a la intimidad, una protección de la decisión individual de consumir drogas, pero sanciones por ejercer dichos derechos. Como resultado, sigue habiendo multas e incautación de pequeñas cantidades de drogas, una situación que persiste sobre todo contra las poblaciones marginadas, como los jóvenes y las personas racializadas.

Estas normas habilitan la persecución policiva, lo cuál a su vez disminuye las posibilidades de tener consumos de drogas con condiciones menos riesgosas de uso¹. Una muestra de esto ha sido la confiscación del material para inyección de SPA por parte de la Policía a las personas, principalmente a quienes habitan en la calle, lo que aumenta las prácticas de riesgo como compartir, reutilizar, prestar o alquilar jeringas para el consumo de SPA².

Al respecto, es importante detallar el testimonio de una profesional de servicios de reducción de daños, que en el marco de una investigación desarrollada por Dejusticia en 2017, afirmó que: “el hecho de que la Policía corra a los usuarios de todos lados lleva a que se escondan más y se sumerjan más en la droga, por el rechazo de la sociedad”³

4. Más allá de la reducción de las consecuencias sanitarias, sociales y jurídicas adversas del consumo de drogas/medicamentos, ¿qué otras áreas pueden beneficiarse de las políticas, programas y prácticas de reducción de daños para promover el derecho a la salud y los derechos humanos relacionados? Los ejemplos pueden incluir, entre otros,

¹ Pereira, I & Ramírez, L. (2019). *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/>, p. 70.

² 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 p. 82.

³ Pereira, I & Ramírez, L. (2019). *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/>, p. 68.

la despenalización del trabajo sexual, la despenalización del aborto y los programas de sexo seguro.

5. ¿De qué tipo de políticas, programas y prácticas de reducción de daños, así como de salud mental y otros tipos de apoyo (por ejemplo, de vivienda, jurídico, social, educativo y económico), disponen las personas que consumen drogas en la comunidad, las instituciones o los centros de detención? Por favor, comparte ejemplos del impacto de la criminalización, la discriminación, los estereotipos y el estigma en los diferentes grupos de la población, por ejemplo, personas en situación de calle, migración o pobreza, trabajadores sexuales, mujeres, niños, personas LGBTIQ+, personas detenidas o encarceladas, personas con discapacidad, pueblos indígenas, personas Negras, personas afectadas por el VIH o la hepatitis y personas que viven en zonas rurales, etc.).
6. **¿Existen medidas alternativas al internamiento o la detención? Por ejemplo, ¿existen en su país centros ambulatorios o de hospitalización para personas que consumen drogas/medicamentos? Sírvase proporcionar detalles adicionales (si son obligatorios o voluntarios; el número disponible en zonas urbanas y rurales; la entidad responsable; el tipo de apoyo proporcionado y el tipo de personal que trabaja en estas instalaciones/centros).**

En Colombia no se procesa penalmente a las personas que usan o portan la dosis personal (que implica 20 gr. de marihuana, 1 de cocaína, etc.). Este modelo de despenalización, si bien vanguardista, era limitado para la protección al derecho a la salud, pues previo a 2012, el acceso a tratamiento para trastornos por uso de sustancias no estaba incluido en los servicios de salud, y cada persona debía financiarlo de manera privada. La expedición de la Ley 1566 en 2012 fue un avance significativo en materia de servicios de tratamiento, porque reconoció el uso de sustancias como un tema de salud pública. El propósito de esta norma fue la protección y garantía de los derechos de los consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) legales e ilegales, en especial su derecho a acceder a una atención integral en servicios de salud.

No obstante, las medidas de esta ley son insuficientes, pues aún hoy se niega el acceso a tratamientos para el trastorno por dependencia a SPA mediante la imposición de barreras administrativas, presupuestales y sociales⁴. Por nombrar algunos retos: persisten centros que no prestan servicios basados en la evidencia y donde por el contrario se ejerce violencia contra las PQUD, y hay trámites de alta complejidad que una persona que habita la calle o que está en síndrome de abstinencia no está en capacidad de esperar. De otra parte, cabe subrayar que los entornos de tratamiento no tienen en cuenta las necesidades y

⁴ Pereira, I & Ramírez, L. (2019). *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroína-en-colombia/>, p. 86.

responsabilidades de las mujeres, situación que genera que tengan un acceso más limitado a estos servicios.

En particular, la oferta de servicios de tratamiento de sustitución para uso de heroína es insuficiente. Si bien la disponibilidad de opioides para uso médico en Colombia ha aumentado por la ampliación de servicios de cuidados paliativos, tal disponibilidad no se ha ampliado de manera suficiente y no ha cubierto de manera satisfactoria las necesidades de quienes quieren acogerse a programas de sustitución con metadona⁵.

- 7. Proporcione ejemplos de políticas, programas y prácticas de reducción de daños adoptados o aplicados con cooperación internacional o a través de ayuda extranjera en su país, así como su impacto en los distintos grupos de la población. ¿Qué tipos de retos pueden surgir de la dependencia de la ayuda exterior? Proporcione también ejemplos centrados en la necesidad y el impacto de las políticas, programas y prácticas de reducción de daños en diferentes grupos de la población (por ejemplo, personas en situación de calle, migrantes o en situación de pobreza, profesionales del sexo, mujeres, niños, personas LGBTIQ+, personas detenidas o encarceladas, personas con discapacidad, pueblos indígenas, personas negras, personas afectadas por el VIH o la hepatitis y personas que viven en zonas rurales, etc.).**

La reducción de daños, enfoque de atención que tiene evidencia en la efectividad para proteger la salud de las personas que usan drogas (PQU), carece de marcos regulatorios suficientes y sostenibilidad en la financiación. A la fecha, la reducción de daños, en su mayoría es liderada, sostenida, y financiada por organizaciones comunitarias, de sociedad civil y por la filantropía. Es así que la aplicación de este enfoque en Colombia es dispersa y escasa, por lo que hay intermitencias en los servicios⁶ y dificultades en su financiación, pues no tiene fuentes de recursos claros y depende principalmente de la cooperación internacional⁷. Estas estrategias se han centrado principalmente en el intercambio de material de inyección para el uso por vía inyectada heroína, como forma de reducir el riesgo de exposición y contagio al VIH y a la hepatitis. Cabe anotar que para el 2019 la prevalencia de contagio de VIH para consumidores de SPA inyectables es de 5,4%⁸.

⁵ Pereira, I & Ramírez, L. (2019). *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Dejusticia.

<https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/>, p. 20.

⁶ Pereira, I & Ramírez, L. (2019). *Los caminos del dolor. Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia*. Dejusticia.

<https://www.dejusticia.org/publication/los-caminos-del-dolor-acceso-a-cuidados-paliativos-y-tratamiento-por-consumo-de-heroina-en-colombia/>, p. 72.

⁷ 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 p. 105.

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2021). *Guía Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes*. Disponible en:

De otra parte, y en cuanto a los retos de incorporar un enfoque de género en los servicios de reducción de daños, en Colombia, la proporción de mujeres que usan sustancias psicoactivas es menor en comparación a los hombres. De acuerdo con la última Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida es de 6,3%, 8,1% menos que la proporción de hombres⁹. No obstante, las experiencias de consumo de las mujeres están mediadas por los estereotipos de género, que las expone a violencias, estigmas y barreras de acceso a los servicios de salud¹⁰.

Las mujeres enfrentan barreras para acceder al tratamiento para el consumo problemático de SPA y para completar el ciclo de estos tratamientos, lo que las expone a mayores riesgos y a mayores cargas por enfermedades derivadas del consumo problemático¹¹. Las personas que consumen drogas enfrentan situaciones deshumanizantes, como la negación de los servicios terapéuticos cuando la persona presenta consumo activo de SPA¹². En los escenarios terapéuticos las mujeres que son madres enfrentan mayores presiones, como la amenaza de la separación de sus hijos, como incentivo terapéutico para dejar el consumo¹³.

8. ¿Existen en su comunidad, país o región programas de investigación e innovación relacionados con la reducción de daños desde la perspectiva del derecho a la salud (por ejemplo, programas de agujas y jeringuillas, instalaciones supervisadas de inyección y consumo de drogas, terapia de sustitución de opiáceos y otros más allá del ámbito del consumo de drogas), incluidos programas de divulgación y educación? Indique buenas prácticas y ejemplos.

A pesar de que Colombia fue uno de los países pioneros en América Latina al incorporar modelos de reducción de daños, como intercambio de material higiénico para inyección menos riesgosa, y análisis de sustancias, persisten retos de innovación ajustados al contexto local, y a los consumos de alto impacto que se presentan en el país.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>, p. 27.

⁹Ministerio de Justicia y DANE. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2019*. Ministerio de Justicia y del Derecho - DANE. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>, p. 56.

¹⁰ Pereira, I., Dávila, M., Escobar, M., Filomena, D., Jiménez, A., & Castro, H. (2021). *Mujeres, calle y prohibición: Cuidado y violencia a los dos lados del Otún*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2021/08/Mujeres-calle-y-prohibicion.pdf>.

¹¹ Pereira, I., Dávila, M., Escobar, M., Filomena, D., Jiménez, A., & Castro, H. (2021). *Mujeres, calle y prohibición: Cuidado y violencia a los dos lados del Otún*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2021/08/Mujeres-calle-y-prohibicion.pdf>, p. 142.

¹² Pereira, I., Dávila, M., Escobar, M., Filomena, D., Jiménez, A., & Castro, H. (2021). *Mujeres, calle y prohibición: Cuidado y violencia a los dos lados del Otún*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2021/08/Mujeres-calle-y-prohibicion.pdf>, p. 142.

¹³ Pereira, I., Dávila, M., Escobar, M., Filomena, D., Jiménez, A., & Castro, H. (2021). *Mujeres, calle y prohibición: Cuidado y violencia a los dos lados del Otún*. Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2021/08/Mujeres-calle-y-prohibicion.pdf>, p. 142.

El consumo de alto impacto en salud en lo que respecta a sustancias ilícitas, es el de basuco, un derivado de la hoja de coca, previo a la transformación en cocaína, que se usa de manera fumada¹⁴. De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSP) publicado de 2019, la prevalencia de uso de esta sustancia en el último año fue del 0,1% de la población entre 12 y 65 años, lo que representa aproximadamente a 24 mil personas¹⁵. Mientras que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida que se reportó en ese año fue del 0,5% de los encuestados, con un mayor uso por parte de la población masculina¹⁶. Esta sustancia es usada principalmente por personas empobrecidas, como la población en contexto de calle. Al respecto, el ENCSP reportó que la prevalencia de uso de basuco es más alta en grupos de más bajos ingresos¹⁷. Las herramientas y metodologías de reducción de daños, al ser principalmente importadas de la experiencia del norte global con el uso de SPA, contemplan solamente respuestas de salud para el uso inyectado de opioides, de manera que hay un importante déficit de estrategias de reducción de daños para cocaínas fumables como el basuco.

Las personas que fuman cocaína han permanecido invisibles para las instituciones de salud y los programas de reducción de daños¹⁸. Para revertir este hecho es imprescindible llegar a los consumidores de cocaína fumable mediante servicios de bajo umbral, es decir, oferta con barreras mínimas de ingreso y permanencia¹⁹. Lo anterior, ya que los principales consumidores de esta sustancia viven en situaciones de exclusión social y no se acercarán por voluntad propia a los servicios de salud mediado por la alta estigmatización que sufre esta población. Uno de los principales servicios de umbral bajo que se le puede ofrecer a esta población es la provisión de equipos especiales para fumar cocaína²⁰. Esto, porque el uso de accesorios mejorados reduce los daños asociados con la práctica de fumar, permite generar confianza y cercanía de esta población con los servicios sociales y de salud²¹.

¹⁴ ¿Qué es el basuco? <https://www.echelecabeza.com/bazuco/>

¹⁵ Ministerio de Justicia y DANE. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2019*. Ministerio de Justicia y del Derecho - DANE. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>, p. 9.

¹⁶ Ministerio de Justicia y DANE. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2019*. Ministerio de Justicia y del Derecho - DANE. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>, p. 9.

¹⁷ Ministerio de Justicia y DANE. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2019*. Ministerio de Justicia y del Derecho - DANE. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>, p. 82.

¹⁸ Cortés, E. & Metaal, P. (2019). Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento en favor de una respuesta sostenible en materia de política de drogas. *Transnational Institute - TNI*. <https://www.tni.org/es/publicaci%C3%B3n/mercados-de-cocaina-fumable-en-america-latina-y-el-caribe>

¹⁹ Cortés, E. & Metaal, P. (2019). Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento en favor de una respuesta sostenible en materia de política de drogas. *Transnational Institute - TNI*. <https://www.tni.org/es/publicaci%C3%B3n/mercados-de-cocaina-fumable-en-america-latina-y-el-caribe> p. 25.

²⁰ Cortés, E. & Metaal, P. (2019). Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento en favor de una respuesta sostenible en materia de política de drogas. *Transnational Institute - TNI*. <https://www.tni.org/es/publicaci%C3%B3n/mercados-de-cocaina-fumable-en-america-latina-y-el-caribe> p. 26

²¹ Cortés, E. & Metaal, P. (2019). Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento en favor de una respuesta sostenible en materia de política de drogas. *Transnational Institute - TNI*. <https://www.tni.org/es/publicaci%C3%B3n/mercados-de-cocaina-fumable-en-america-latina-y-el-caribe> p. 26