



Universidad Militar Nueva Granada

Política Pública de Drogas en Colombia: Un Balance entre Seguridad y Salud Pública

Trabajo de Grado: Especialización en Alta Gerencia de la Defensa Nacional

Nicolás Segura Gutiérrez
23/10/2014

Para la ONU (Organización de Naciones Unidas) no hay distinción entre droga lícita e ilícita, lo que le atribuye una u otra categoría a cualquier sustancia es el uso que se le dé según las convenciones internacionales (UNODC, 2000; UNODC, 2012). Dicho en otros términos, una droga no es ilegal sino hasta que es objeto de control internacional. Las regulaciones internacionales tienen sus antecedentes en la Convención Única de Estupefacientes de 1961 (UNODC, 2008). Esta fue modificada posteriormente con la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

La Convención Única de 1961 estableció controles sobre más de 116 tipos de drogas iniciando con los derivados del opio como la morfina y la heroína, drogas sintéticas como la metadona y la petidina, además de la marihuana, la hoja de coca y la cocaína. La lista fue ampliada para cobijar alucinógenos como el LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico) y estimulantes como la anfetamina y la metanfetamina. Al final de la década de los 80's los organismos multilaterales involucrados estimularían acciones contra el narcotráfico y sus actividades asociadas¹.

La teoría entorno a la política de drogas en el mundo académico y en las políticas públicas tiene dos modelos principales, los cuales han marcado las controversias en la materia (Benoit, 2003). El primer modelo es el prohibicionismo o *enforcement* y el segundo es la legalización. Como lo indican sus respectivos nombres, uno propende por un estado de cero consumos de drogas a través de la penalización de los narcóticos y el otro por la despenalización de los mismos.

La controversia originó posturas menos extremas, ubicadas entre ambos modelos, las cuales pueden llamarse áreas grises. Estos modelos se conocen como la regulación y la reducción del daño. Los autores que defienden el modelo de regulación argumentan que el Estado debería legislar el consumo de la marihuana, el hachís y otros narcóticos tal como lo hace con el alcohol y el tabaco (MacCoun, Reuter, & Schelling, 1996). Quienes se encuentran del lado del modelo de reducción del daño sostienen que, el Estado debería implementar estrategias tendientes a minimizar los comportamientos riesgosos entre la población adicta a las drogas, desde un enfoque de salud pública (International Harm Reduction Association, 2011).

¹ Según UNODC (2000) " [El narcotráfico] es el comercio o expendio de un bien considerado ilegal, en este caso una droga. Incluye la importación o exportación de drogas o la posesión de drogas con el propósito de venderla u ofrecerla a otras personas. En las leyes, las penas contra el tráfico de drogas usualmente son mayores que con la posesión o uso individual de las mismas. La distinción entre el tráfico y otros delitos menores va de acuerdo al monto de droga determinado por la ley como tráfico, o por el monto de dinero asociado a las actividades de venta y oferta de droga. En la práctica, muchos consumidores se ven envueltos en pequeñas transacciones de drogas. " (Traducción propia)

Recientemente Colombia ha cambiado algunas de sus legislaciones y políticas sociales en el tema de drogas, con las cuales el Estado colombiano avanza en el tratamiento de los adictos, considerando que el consumo de sustancias sicotrópicas lícitas o ilícitas es un asunto que debe tratarse desde las políticas de salud pública.

El Acto Legislativo 02 del 2009 por el cual se modifica el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, Prohíbe el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, a menos que sea bajo “prescripción médica”; y determina que con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias”.

La Ley 1566 de 2012 establece que “toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos”.

El Estado Colombiano ha tenido una estrecha relación con el modelo prohibicionista o de *enforcement* al ratificar varios tratados internacionales en el tema de prohibición de drogas (Guzmán & Uprimny, 2010b), como la Convención de Estupefacientes de 1961 que dio la pauta para las subsiguientes legislaciones internacionales. Así mismo, desde la década de los 80’s se aplicaron controles al negocio del narcotráfico, época en la que varios capos colombianos tomaron las riendas de esa industria, por lo que EEUU incluyó a Colombia en su agenda internacional, logrando que el Estado persiguiera a los capos y las organizaciones dedicadas al narcotráfico. Por su parte, los narcotraficantes infiltraron la política nacional y emprendieron una lucha frontal contra el Estado colombiano, impulsándolo a asumir políticas de *enforcement*.

Aunque en Colombia las políticas se han centrado en la lucha contra los carteles del narcotráfico y su relación con el sistema político (Gutiérrez, 2006; Gutierrez, 2007; Leal Buitrago, 2005; Orjuela, 1990). Falta por ahondar en el tema de las políticas de salud pública orientadas al tratamiento del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, entre otros factores que entran a ser decisivos en la efectividad de una buena política contra las drogas. Hay que tener en cuenta también factores sociales, económicos, políticos y por último de seguridad. Por este motivo se justifica emprender un estudio exploratorio, el cual vincule las discusiones internacionales actuales entorno a las políticas de drogas con las acciones del Estado colombiano para tratar el tema desde la salud pública, las implicaciones fiscales o presupuestales y la capacidad de los gobiernos regionales y locales para asumir competencias en materia de prevención al consumo y atención del paciente adicto, entre otros aspectos.

En este sentido, este documento responderá a 2 (dos) preguntas que surgen de la anterior reflexión. 1. ¿Qué modelos de política pública de drogas (PPD) ha venido adoptando el Estado colombiano tomando en

consideración las recientes discusiones internacionales? y 2. ¿Cuál debería ser el modelo ideal de lucha contra las drogas, teniendo en cuenta elementos vitales como la tensión entre Libertad y Seguridad planteada por Thomas Hobbes y las complejidades del sistema internacional en materia de seguridad?

La primera parte hace referencia a las controversias que se suscitan sobre los modelos de PPD, explica los principales supuestos del modelo de prohibicionismo o *enforcement*, enunciando las críticas que se esgrimen en su contra, y luego se exponen los principios del modelo de reducción del daño (*Harm Reduction*). La segunda parte alude a la normativa que Colombia ha promulgado en el tema de las drogas. Esta sección profundizará en las tres causas mencionadas que condujeron al país en la dirección del modelo prohibicionista, enfatizando en los aspectos históricos e institucionales. La tercera parte describe la política pública vigente de reducción del consumo de drogas en Colombia; se mencionan la justificación, objetivos principales, fundamentación teórica y ejes de intervención. La cuarta parte responde a la primera pregunta de la investigación y se concluye la postura del Estado colombiano en la discusión internacional en lo referente a la reducción del daño. La quinta y última parte resuelve el segundo interrogante planteado, relacionando y analizando los diferentes conceptos planteados durante la clase sobre los componentes esenciales de un sistema efectivo de seguridad y defensa, en este caso, aplicado a una política efectiva de lucha contra las drogas.

1. Modelos utilizados en la creación de políticas públicas de drogas.

La política pública de drogas de los Estados Unidos ha tenido una marcada inclinación hacia la prohibición, especialmente en las últimas tres décadas del siglo XX (Hathaway, 2001), por el contrario, países de Europa occidental, tales como Gran Bretaña y Holanda (Leuw, 1991; Marlatt, 1996), desde la segunda mitad del siglo pasado, han adoptado un esquema enfocado en eliminar los daños producto del consumo de drogas. A pesar de las similitudes culturales e históricas, Canadá, vecino continental de Estados Unidos, optó por una política de corte europeo.

Las legislaciones de la droga en EEUU han ido variando a lo largo del siglo XX. A principios del siglo se disponía de un régimen que permitía el porte y consumo de drogas, pero llegada la década de los 30's la legislación revirtió la situación (Benoit, 2003). Durante los 60's, gracias a la perspectiva ideológica liberal de los jueces de las altas cortes, se vivió un período de relativa apertura a la despenalización del consumo de drogas, sin embargo, dicha actitud se vería replegada por cuenta de las posturas conservadoras del gobierno del presidente Republicano, Ronald Reagan (1980 -88). El proceso histórico de Canadá por su parte, se presentó en forma opuesta, primero tuvo lugar la prohibición y luego la flexibilización. Antes de los 60's las drogas fueron ilegales en el país, pero en 1966, el gobierno canadiense promulgó el *Medical Health Act*, un paquete de medidas médicas orientadas a ofrecer atención en salud universal a los ciudadanos canadienses, facilitando también el tratamiento médico de los adictos.

Resulta aparente la existencia de dos posturas extremas en cuanto a la política pública de drogas en el mundo: la prohibición y la legalización (MacCoun, Reuter, & Schelling, 1996). Valga decir que no existe un país que haya legalizado enteramente la droga. De hecho, el modelo de la legalización resulta siendo un tema utópico más no práctico. Ni Holanda, ni Gran Bretaña, así como tampoco Canadá, han legislado la droga de manera que pueda consolidarse un mercado, al mejor estilo del alcohol y el tabaco (Nadelmann, 1992). Por años, la discusión osciló entre los dos polos, pero paulatinamente se fue abriendo paso la opción de la reducción del daño a modo de alternativa de política pública. En este sentido, los países mencionados han confeccionados sus políticas desde esta perspectiva.

La perspectiva de PPD prohibicionista se conoce en el mundo anglo-sajón como ‘*enforcement*’. Esta puede hacer referencia a las operaciones policíacas para incautar droga, aumento de las penas por posesión y consumo de drogas, e incluso, a las acciones llevadas a cabo por Estados Unidos en países Andinos para erradicar los cultivos de los que se extrae la materia prima para producir droga (Andreas, Bertram, Blachman, & Sharpe, 1992, págs. 109 - 111). Esta fórmula se enmarca en la teoría de elección racional (TER) de la economía. La TER asume que los hechos sociales se pueden explicar a partir de las acciones de los individuos, quienes son agentes racionales: Maximizan sus utilidades y minimizan sus costos. Llevado a este contexto, la TER enseña que el efecto combinado del incremento de ambas variables será el aumento del precio del narcótico en el mercado (Costo), suponiendo un desestímulo para que el adicto, catalogado como racional, consuma (MacCoun, 1993). El segundo tipo de PPD es la medicalización, cuando la droga solo está disponible para usos clínicos. Este modelo ha ido muy de la mano del prohibicionismo, ya que solo está permitido el uso de narcóticos para anestesias y tratamientos para enfermos terminales. El tercer tipo es la reducción del daño, cuyo rasgo distintivo es que el Estado distribuye dosis (de heroína especialmente) e implementos (agujas y jeringas) para el consumo de drogas en ambientes clínicamente controlados, toda vez que las drogas permanecen con el status de ilegalidad. Finalmente, existe el modelo del ideal libertario, del cual sus defensores –el célebre economista Milton Friedman– coinciden en que la oferta de drogas debería ser responsabilidad del libre mercado y el Estado no tendría por qué entrometerse.

1.1 Discusión del Modelo Prohibicionista

Según Ellen Benoit (2003) es importante comprender que el sesgo de una nación por un tipo de PPD particular tiene que ver con la división del trabajo asignado a las agencias estatales en el marco de sus políticas sociales. Se pueden enumerar tres tipos de tareas: Prohibición, tratamiento y prevención. La primera tarea se encuentra ligada a las entidades policíacas y judiciales; la segunda a las instituciones médicas, mientras que la tercera se le asigna frecuentemente a las escuelas. Lo anterior debe ponerse en el contexto histórico de las políticas sociales de cada país. La autora destaca que una de las marcadas diferencias entre Estados Unidos y Canadá recae en este último

punto. El *enforcement* es el primer tipo de PPD que se caracteriza porque: 1. el porte y consumo de drogas es ilegal, 2. el objetivo del gobierno es eliminar el consumo (llegar a un estado ideal de cero consumo) y 3. Cualquier medida para eliminar la reducción de daño es marginal. El punto dos es prioritario para los teóricos del *enforcement*, para quienes el objetivo principal de las estrategias de prohibición es reducir a cero la cantidad de personas consumidoras, lo que parece ser bastante difícil (Hathaway, 2001).

1.2 Críticas al modelo de *enforcement*

Los críticos del prohibicionismo han señalado que la guerra contra las drogas produce efectos que no ocurren en regímenes de regulación o reducción del daño. Las críticas de Reuter y MacCoun (1995) son enriquecedoras en este sentido, dado que el *enforcement* persigue la disminución del consumo de drogas en la sociedad atacando la oferta del narcótico, para ello la estrategia predilecta es arremeter contra los carteles que producen, transportan y distribuyen droga. Cuando hay escases de droga en el mercado a causa de la incautación de narcóticos el precio se elevará y los consumidores se encontrarán desincentivados a comprarla. No obstante, el problema es que la demanda de narcóticos suele ser inelástica (marcadamente en drogas fuertes como la heroína). Sin importar cuanto sea el incremento del costo del producto, el consumidor siempre va querer adquirirlo. La crítica de los investigadores es que los adictos intentarán conseguir rentas extras para el consumo de drogas a través de actividades criminales, por el incremento en los precios producto de exitosas operaciones policíacas contra el narcotráfico. Ello permite entender porque en los Estados Unidos frecuentemente se vincula al mercado de las drogas ilícitas con la violencia urbana. De lo anterior se pueden sacar algunas conclusiones: primero, la PPD estadounidense es abiertamente de *enforcement* y procura eliminar los efectos de la droga en los no consumidores, en contraste con la PDD europea que se concentra directamente en la atención de esta población. Segundo, La eliminación de las afectaciones se hace de forma indirecta, es decir, primero se busca acabar a los carteles y luego tratar al consumidor y tercero, La tradicional relación entre droga y violencia es perpetuada y agudizada por la persecución policíaca (Reuter & MacCoun, 1995). Los tres puntos dejan posiciones encontradas respecto al *enforcement* como estrategia efectiva para tratar el problema de las drogas. Una de las críticas es que Estados Unidos invierte recursos para reducir la oferta con el objetivo de terminar con las afectaciones de la droga, sin preocuparse por el tratamiento médico de los ciudadanos que están involucrados en el problema del consumo (reducción del daño) (Wodak, 2012).

Las críticas a la PPD de *enforcement* han resaltado dos cuestiones principales, su efecto incremental en la violencia del mercado negro de la droga (Reuter & MacCoun, 1995) y los daños que produce en el bienestar de los consumidores (Kerr, Small, & Wood, 2005), sin embargo, la organización *Count the Cost* llevó a cabo una investigación que señala otros aspectos en los que el *enforcement* en vez de ayudar, produjo severas afectaciones a consumidores y no consumidores del mundo entero. Entre otros, se tienen (Count the Costs, 2012):

- **Socavando el desarrollo y la seguridad, alimentando el conflicto:** En tanto que los carteles de la droga y grupos armados son los responsables de la producción, transporte y distribución de los narcóticos, *Count the Cost* argumenta que uno de los costos del *enforcement* es perpetuar las situaciones de subdesarrollo en los territorios de producción. Para los grupos mencionados es más conveniente mantener la dependencia del campesinado del cultivo de hoja de coca y amapola que promover otro tipo de actividades, por lo que terminan atacando cualquier otra iniciativa productiva diferente al narcotráfico. Si el precio del mercado es alto, inflado por los decomisos y captura de productores, entonces la situación en las zonas de producción se mantiene².
- **Deforestación y contaminación:** En varios países suramericanos sobre los Andes se adelantan fumigaciones aéreas a cultivos de hoja de coca. El costo de estas acciones es la deforestación localizada por causa de los daños que los herbicidas producen en el resto de los componentes de esos ecosistemas. En respuesta, los cultivadores de hoja de coca van buscando nuevas locaciones que, posteriormente se serán fumigadas. En este caso las afectaciones del *enforcement* no ocurren de forma indirecta, como en el punto de arriba (a través del aumento de los precios del mercado), sino que dañan directamente a las personas y ecosistemas cerca del cultivo.

1.3 Modelo de reducción del daño

En el extremo opuesto al *enforcement* está la legalización tipo libre mercado. No hay referencias de autores que expongan los principios teóricos, ni experiencias internacionales de la puesta en marcha de este tipo de medidas. La razón es que tanto las teorías como las experiencias internacionales se han concentrado en las áreas grises de la discusión, derivadas de la regulación y la reducción del daño.

Para Alex Wodak (2012) la reducción del daño se puede definir como una forma de minimizar el riesgo. En vez de permitir que los adictos acudan a lugares clandestinos, utilicen artefactos contaminados y estén expuestos al intercambio de agujas, lo que aumenta el riesgo del contagio de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), sobredosis y daños por malos procesos de inyección, este enfoque busca que los consumidores tengan espacios, artefactos y procedimientos que disminuyan tales riesgos.

² Este punto remite al lector a pensar en la economía cocalera en departamentos de Colombia como el Putumayo y Norte de Santander. En el municipio de Tibú, ubicado en este último departamento, desde el arribo de grupos guerrilleros en los años 80's se comenzaron a reemplazar cultivos de cacao, plátano y yuca por los de hoja de coca. La situación se agudizó durante los 90's cuando la apertura económica del gobierno del presidente Gaviria (1990 – 94), que consistió en la entrada de empresas extranjeras a competir con las nacionales en diversos mercados, hizo caer los precios de los productos cultivados y la economía campesina se vio resentida, como resultado, los grupos armados aprovecharon la crisis y presionaron a los campesinos para sembrar las coberturas vegetales con hoja de coca (MINGA, 2008).

La definición de la Asociación Internacional de Reducción del Daño define el modelo de reducción del daño de la siguiente manera:

[...]La reducción del daño se refiere a las políticas, programas y prácticas cuyo propósito principal es reducir las consecuencias adversas para la salud, la sociedad y la economía por uso de drogas psicoactivas legales e ilegales sin necesariamente reducir el consumo. La reducción del daño beneficia a las personas que usan drogas, sus familias y su comunidad.[...] Traducción propia. (International Harm Reduction Association, 2011)

Según Marlatt (1996) la reducción del daño se sustenta en cuatro pilares. En primer lugar, es una **alternativa que florece en respuesta al modelo de *enforcement***. El modelo de la criminalización parte del supuesto que es moralmente incorrecto consumir drogas, entonces debe penalizarse a la persona que la consume; así se justifica la implementación de estrategias policivas y jurídicas orientadas a desincentivar el consumo. La idea es que, sea por cuenta de la oferta o la demanda, se reduzca el uso de narcóticos. La reducción del daño acepta que hay adicción y que esta tiene efectos negativos sobre el consumidor y su entorno. No se concentra en atacar el consumo, sino los efectos de esa práctica.

En segundo lugar, el modelo acepta la abstinencia (cero consumos) como el resultado de política pública más importante pero **tolera otros resultados**. Por ejemplo, la política antidroga de EEUU se concentra en el supuesto de cero tolerancias, es decir, penalizar a las personas que tiene consumos ocasionales como si fueran consumidores cotidianos. Sin embargo, tal estado de abstinencia total de la población no es realista, porque persistirá una tasa de personas consumidoras. El enfoque de reducción del daño hace hincapié en la idea de reducir paulatinamente el consumo, llevándolo de unos niveles muy riesgosos a unos menos riesgosos.

En tercer lugar, el modelo de reducción del daño está construido de la **base hacia arriba** (*bottom up*), tomando distancia del *enforcement* que es una política claramente confeccionada de arriba hacia abajo (*top down*). La iniciativa pionera de la reducción del daño en Holanda vino de parte de los adictos; estas y otras acciones colectivas han tenido lugar desde la participación de asociaciones de adictos. En ese país, por ejemplo, la Liga de Adictos (*Junkie League*) desde la década de los 80's pudo intervenir en el diseño de estrategias para evitar daños innecesarios por el consumo de drogas entre la población adicta. Uno de los resultados más sobresalientes fue que, el Servicio Municipal de Salud (*Municipal Health Service*) de Ámsterdam acordó con la Liga de Adictos la distribución semanal de jeringas limpias entre los consumidores de la ciudad, para evitar la transmisión de enfermedades, especialmente el VIH.

En cuarto lugar, la reducción del daño promueve estrategias de política pública que **facilitan el acceso de los consumidores a los servicios sociales**. La reducción del daño busca ayudar a las personas reduciendo la exposición a la crítica social al enrolarse en programas de rehabilitación y manutención con principios tales como:

1. El consumidor debe ser abordado con unas estrategias de cooperación y compañerismo.
2. El consumidor debe ser tratado sin estigmas.
3. El consumo de la persona debe ser puesto en contexto, identificando las variables que lo ponen en peligro de ser un consumidor de alto riesgo.

Para citar la experiencia más famosa de reducción del daño en el mundo tenemos a Holanda, país que vivió el cambio de la política antidroga en los años 70's, cuando el *Narcotics Working Party* publicó un documento en el que llamaba la atención a que la política antidroga debía orientarse a disminuir el riesgo en la salud de las personas. Dicho documento, entre otros efectos, generó una revisión de la Legislación del Opio (*Dutch Opium Act*) en 1976, distinguiendo entre drogas de riesgo inaceptable y drogas de bajo riesgo (Leuw, 1991, págs. 240 - 251). El programa de reducción del daño holandés es de corte localizado, lo que significa que permite el consumo de drogas en lugares particulares llamados ‘zonas de tolerancia’. Estos se definen como espacios en los que las personas pueden intercambiar sus agujas y jeringas utilizadas por unas nuevas, además de tener la posibilidad de inyectarse con todas las medidas de seguridad (Reuter & MacCoun, 1995, pág. 30). Mientras tanto, en cafés especiales y otros espacios de la ciudad se vende marihuana y hachís libremente (Marlatt, 1996, pág. 783).

En Argentina existen programas de reducción del daño que van de la mano con los esfuerzos del gobierno para disminuir la propagación del VIH. Desde el año 2000 existen estrategias de cambio de jeringas en la ciudad de Rosario, la segunda más grande y con más habitantes después de Buenos Aires. Igualmente se han ofrecido capacitaciones a varias poblaciones sobre los procedimientos de desinfección de agujas y jeringas (Inchaurraga, 2003).

Es preciso introducir la noción del Paquete Integral (*Comprehensive Package*) que la Organización Mundial de la Salud (WHO), ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) han estipulado para los programas de reducción del daño. Este conjunto de medidas pretenden ser una referencia para establecer las intervenciones mínimas que deberían tener las políticas públicas para tratar personas que se inyectan drogas. A continuación se relacionan las nueve medidas (WHO, UNODC,UNAIDS, 2009):

- Programas de cambio de agujas y jeringas
- Terapias de sustición de Opio y otras drogas que generan dependencia
- Pruebas de VIH
- Terapia anti retroviral

- Prevención y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente
- Programas de distribución de condones para personas que se inyectan y sus parejas
- Información y educación para personas que se inyectan y sus parejas
- Diagnóstico y tratamiento de hepatitis
- Prevención y diagnóstico de la tuberculosis

Como ya se menciona anteriormente, el objetivo del documento es tomar estos modelos de PPD y ubicarlos en el contexto de la legislación colombiana en torno al problema de las drogas. En la siguiente sección se revisará brevemente cuales han sido los esfuerzos del gobierno colombiano para prohibir la droga y cuales para reducir el daño. De antemano se advierte que las PPD han estado inclinadas más hacia el extremo prohibicionista, aunque muy recientemente se han dado pasos en la dirección contraria. Posteriormente se realizará un ejercicio de análisis estadístico con el fin de determinar cuál ha sido la inversión de las entidades territoriales en materia de prevención y tratamiento del consumo de drogas.

2. Legislación de la droga en Colombia

En cuanto a las legislaciones de drogas ilícitas en Colombia es necesario tener en cuenta tres hechos históricos que han marcado su evolución. Desde mediados del siglo XX en adelante, la legislación sobre drogas ha tenido un corte represivo, alineada con los acuerdos internacionales en la materia; en la última década del siglo pasado se presenció la agudización de esta postura, no solo por lo ocurrido en Estados Unidos con el gobierno Reagan (ver sección 1.1) sino además por las situaciones que se desarrollaron en la política doméstica.

La década de los ochentas se caracterizó por la presencia de los carteles del narcotráfico como actores políticos (Gutiérrez, 2007). Estas organizaciones fueron paulatinamente introduciéndose en las campañas políticas ofreciendo financiación, especialmente a miembros del partido Liberal. Incluso el máximo jefe del cartel de Medellín, Pablo Escobar, llegaría a ser Senador de la República por este partido (Gutiérrez, 2006). Sin embargo, algunos sectores políticos liderados por el candidato a la presidencia Luis Carlos Galán y el entonces ministro de justicia (1984) Rodrigo Lara Bonilla, pondrían en evidencia el vínculo de Escobar con el negocio del tráfico de drogas. Ello desencadenó una lucha entre el Estado y el cartel de Medellín (valga decir que la situación con el cartel de Cali fue radicalmente distinta) (Snyder, R. y Duran, A., 2009).

Según Guzmán y Uprimny (2010b) la reacción del Estado colombiano frente al narcotráfico fue la profundización de las PPD de prohibición. Esta situación de política doméstica se cuenta como una de las más importantes para que Colombia haya tomado el camino del *enforcement*. El gobierno del Presidente conservador Belisario Betancur (1982 -86) declaró el estado de sitio como consecuencia del asesinato del Ministro Rodrigo Lara Bonilla en Abril de 1984 e inauguró el período de la llamada “Guerra contra el narcotráfico”. En este contexto se expidió la Ley

30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes. El documento tuvo como objeto fortalecer la represión sobre la mayoría de las actividades que involucraba la droga, desde el control en la fabricación, pasando por los delitos asociados al tráfico y consumo de drogas, hasta la destrucción de las sustancias incautadas.

Otro factor histórico que tornó la legislación represiva fue la entrada de Colombia en la agenda de Estados Unidos (Guzmán & Uprimny, 2010c, págs. 2 - 11). Rápidamente los carteles del narcotráfico colombiano dominaron el mercado de las drogas norteamericano, por lo que la respuesta de los gobiernos del país del norte fue presionar al Estado colombiano para que invirtiera recursos en la captura de cabecillas y desmantelamiento de esas organizaciones. Ello en la línea de la filosofía de ‘‘Guerra contra las drogas’’ del gobierno Reagan.

Desde finales de los 80’s también se impulsaron programas de fumigación en los Andes colombianos (Andreas, Bertram, Blachman, & Sharpe, 1992). De hecho las PPD colombianas en la actualidad siguen la influencia de Estados Unidos. Una muestra de ello es el Plan Colombia, un paquete de medidas encaminadas a reducir el tráfico de drogas y proveer recursos para el desarrollo socio-económico del país (GAO, 2008; CRS, 2005), que inicio como un acuerdo de cooperación entre ambos países durante el gobierno del ex presidente Andrés Pastrana (1998 – 2002) y fue fortalecido durante el de Álvaro Uribe (2002 – 10).

Finalmente, la tercera situación histórica, tuvo que ver con la consolidación de toda una regulación internacional en materia de drogas, encabezada principalmente por la Convención Única de Estupefacientes de 1961 creada por la Naciones Unidas Dentro de los puntos más importantes se encuentran las medidas para restringir el comercio de materias primas para producir narcóticos, la prohibición de las drogas para usos culturales, la utilización de la droga única y exclusivamente para usos médicos y científicos, la criminalización de los cultivos de amapola, adormidera, cannabis y hoja de coca, la generación de listas de drogas según su propensión a generar adicción y la discrecionalidad de las autoridades nacionales sobre el problema de la rehabilitación.

La Corte Constitucional declaró inexecutable varios artículos del Estatuto Nacional de Estupefacientes mediante la sentencia C-221 de 1994, con especial atención en aquellos que versaban sobre dosis personal, lo que abrió la puerta para que los consumidores no fueran sancionados por portar o consumir drogas. El gobierno del presidente Gaviria (1990 – 94) anunció un referendo para contraponerse a la decisión, aunque esta se sostuvo (Guzmán & Uprimny, 2010a) (En la actualidad el ex presidente es uno de los principales formadores de opinión pública a favor de la legalización e implementación de programas de reducción del daño en Colombia).

El gobierno Uribe logró concretar el Acto Legislativo 02 del 2009 con el cual reformó el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia. La carta política que fue expedida en 1991 y no incluía el tema de la droga, fue transformada para establecer la prohibición. A continuación el fragmento que se incluyó en el citado artículo:

“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. ”
(Constitución Política de Colombia, Artículo 49)

Sin embargo, el Acto Legislativo también deja espacio para que la provisión de programas de reducción del daño sea obligación constitucional del Estado:

[...]Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos. [...] (Constitución Política de Colombia, Artículo 49)

Más recientemente, por iniciativa del senador Juan Manuel Galán (El Espectador, 2012; El Tiempo, 2012; Semana, 2012), el Congreso de la República profirió la ley 1516 de 2012, titulada “ Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas”. Los dos primeros artículos de la norma reconocen y aseguran la atención integral al problema de la drogadicción como problema de salud pública. Véase el artículo 1:

[...]Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado
[...] (Ley 1516 de 2012)

La ley se aprobó en un momento en el que sectores políticos modernizantes y actores internacionales están generando conciencia en la opinión pública colombiana sobre la necesidad de cambiar la PPD hacia la regulación y la reducción del daño. Entre las voces más importantes se encuentra la del presidente de turno, Juan Manuel Santos, y la del ex presidente César Gaviria. Estas medidas van en la misma dirección que las posturas de organizaciones internacionales a favor del cambio de las PPD como TNI (*Transnational Institute*), WOLA (*Washington Office for Latin America*), *Count the Cost*, *International Harm Reduction Association* e *International Drug Policy Consortium*. De hecho en la Cumbre de la Américas, realizada en Abril de 2012 en Cartagena, el tema de las drogas produjo expectativa entre los medios de comunicación que cubrieron el evento.

Teniendo en cuenta lo dicho por Benoit (2003) (ver sección 1.1) respecto a la división del trabajo, la nueva ley incluye al sector de la salud en las PPD. Durante la sección se ha señalado que la legislación de drogas en Colombia ha estado enmarcada en el modelo de *enforcement*. Las causas de esa adhesión han tenido que ver con la política doméstica, la influencia de los Estados Unidos y la ratificación de varios tratados internacionales orientados a la prohibición. En este contexto histórico las entidades del Estado que se han encargado de las PPD han sido:

- Concejo Nacional de Estupefacientes
- Dirección Nacional de Estupefacientes
- Policía Nacional
- Ejército Nacional
- Sistema Judicial

Las entidades aludidas están encargadas de planificar las políticas de control y eliminación de la producción, tráfico y consumo de narcóticos. La primera institución tiene la tarea de centralizar y articular las decisiones en materia de lineamientos de PPD (Artículo 89, Ley 30 de 1986). La segunda está encargada de muchas labores, de las que se destacan ejercer control en actividades marítimas y aéreas de forma que se evite el transporte de narcóticos, sea dentro o fuera del país. Así mismo, administrar los bienes incautados a los miembros de organizaciones narcotraficantes y apoyar en los programas de inversión en seguridad enmarcados en la lucha contra las drogas (Decreto 2586 de 2003).

La función de Policía y Ejército son las relacionadas con la persecución, incautación y eliminación de narcóticos. La Policía vigila el cumplimiento de la prohibición de la dosis personal y el Ejército, siguiendo lineamientos del Plan Colombia, debe erradicar cultivos ilícitos y desarticular organizaciones narcotraficantes. La labor del Sistema Judicial es investigar y juzgar a las personas capturadas en actividades asociadas al tráfico de drogas.

La ley 1516 de 2012 circunscribe a las IPS (Instituciones Prestadores de Salud), al Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Reguladora de Salud (Cres) en la implementación de PPD. Esto implica un paso hacia el modelo de reducción del daño. Oficialmente la constelación de instituciones involucradas no solo se restringirá a la rama ejecutiva y judicial del poder público, sino que además integrará a los profesionales de la salud, generando una nueva división del trabajo en la PPD.

En Colombia coexiste la carga histórica de unas legislaciones prohibicionistas con la acción en política de sectores que propenden por el cambio de modelo de PPD. Entonces se mantienen dos de los tres fundamentos del *enforcement* según Benoit (2003), pero queda socavado el tercero: 1. El porte o consumo de drogas continúa siendo ilegal y 2. El objetivo del gobierno es eliminar el consumo desde la oferta, es decir, atacando las

organizaciones criminales y erradicando los cultivos ilícitos (Plan Colombia). No obstante a excepción de otros momentos de la legislación de drogas, hoy las normas dicen que la drogadicción es un problema de salud pública y merece un tratamiento clínico integral. Ello en detrimento del tercer fundamento del *enforcement*, según el cual las medidas de reducción de daño son marginales.

Cuarto, la adopción de la nueva ley amerita revisar la inversión de recursos públicos que las entidades territoriales y la nación han realizado en materia de prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales. De esta manera es necesario identificar cuál es el monto de inversiones discriminando por tipo de entidad territorial, variación anual y tipo de actividad a realizar.

3. Política Nacional de Reducción del Consumo de Drogas: Fundamentos justificativos y ejes de intervención.

3.1 Fundamentos justificativos

En el año 2006 se adelantó un proceso de planificación y concertación de objetivo para una Política Nacional de Reducción del Consumo de Drogas, liderada por el Ministerio de Protección Social. El proceso conllevó a la conformación de la Comisión Nacional para la Reducción de Sustancias Psicoactivas y su Impacto; esta organización se compuso de un cuerpo de profesionales en el ámbito de la salud y las drogas psicoactivas, ya fuere de ONG's, sector público o sector académico. El producto del proceso fue la ‘‘Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas su Impacto’’, siendo aprobada en 2007 por el Consejo Nacional de Estupefacientes – órgano rector en el tema (Ver capítulo 2)-.

El documento de política pública expone dos motivos por los cuales Colombia necesita implementar una directriz en cuestión de reducción del consumo. La primera razón es que en el país ha venido aumentando el consumo interno de drogas; ya no se trata únicamente del problema de la producción e importación de narcóticos, sino que existen poblaciones dentro del país que se ven afectados por el consumo de drogas –jóvenes escolares- (Ministerio de la Protección Social, 2008, pág. 2; Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008, pág. 13). La segunda razón tiene que ver con la gestión del riesgo. El documento sostiene que es apremiante establecer unas líneas de acción que permitan manejar los factores de riesgo y los riesgos asociados al consumo de drogas (Ministerio de la Protección Social, 2008, pág. 4).

La gestión de los riesgos que emprende el Estado colombiano tiene distintos niveles de intervención. A nivel personal, las drogas deterioran la salud física y mental del consumidor. Lo cual va ligado al nivel familiar, donde tales sustancias afectan la estabilidad económica, propician episodios de violencia doméstica y provocan modelos de crianza ligados a las drogas. Las comunidades se ven afectadas por causa del aumento de la delincuencia y porque una respuesta de estas ante las personas consumidoras es la exclusión, o como lo denomina el documento

“fragmentación del capital social”. A nivel social, el documento toma posición por un enfoque de desarrollo humano, asegurando que las drogas producen pérdidas del capital humano debido a que se asocian con la deserción escolar y laboral (Ministerio de la Protección Social, 2008, págs. 8 - 11).

3.2 Ejes de intervención

La política de reducción del consumo plantea cuatro ejes estratégicos de intervención: Prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta (DNE, 2010, págs. 210 - 233; Ministerio de la Protección Social, 2008, págs. 21 - 32). Cada eje se desagrega en productos, metas y estrategias sucesivamente.

El objetivo general de la prevención es “Reducir la vulnerabilidad de SPA (Sustancias Psicoactivas) lícitas, ilícitas y de control especial, interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo”. Para tal fin se propusieron cinco productos, cada uno con dieciocho metas y/o estrategias. Vale resaltar que varios productos tienen componentes intangibles, a continuación un ejemplo:

Tabla 1 - Eje de prevención

PRODUCTO	Los grupos de alta vulnerabilidad al consumo de SPA (Sustancias Psicoactivas) cuentan con proyectos de vida realizables y sostenibles que facilitan su inclusión social y productiva ³ .	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
META/ESTRATEGIA 1	A 2010 se ha implementado una estrategia de promoción de 600 emprendimientos y proyectos productivos y socio – culturales para jóvenes de alta vulnerabilidad al consumo de SPA quienes también trabajaran como líderes pares y multiplicadores de la promoción y prevención del consumo de SPA.	ICBF SENA Colombia Joven (Presidencia de la República)
META/ESTRATEGIA 2	A 2010 el 20% de las instituciones de educación media (en entidades territoriales de mayor prevalencia de consumo de SPA) están articuladas y ofrecen información técnica-profesional pertinente.	Ministerio de Educación Nacional

Fuente: (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008)

El objetivo de la mitigación es disminuir “el impacto del consumo reduciendo la vulnerabilidad de individuos, familias y comunidades a sufrir riesgos y daños continuos evitables y prevenibles”. Este eje cuenta con menor cantidad de productos y estrategias. En él se recogen actividades como la promoción de servicios de salud física y mental, ejercicios de control social para disminuir la accidentalidad vial por culpa del alcohol, provisión de información a los consumidores sobre los efectos y riesgos de las drogas e igualmente campañas para reincorporar a la sociedad a las personas estigmatizadas por consumir. La siguiente tabla incluye un ejemplo:

³ Se debe hacer caso omiso a los verbos en presente que se encuentran en las tablas. El Plan Nacional de Reducción del Consumo se publicó en 2008.

Tabla 2 - Eje de mitigación

PRODUCTO	La comunidad reduce el estigma y la discriminación frente a los consumidores de alcohol y otras SPA y viabiliza su recuperación a partir de su inclusión social en el sistema de oportunidades.	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
META/ESTRATEGIA 1	A 2010 al menos 10 ciudades han formado e integrado operadores pares a sus equipos institucionales para apoyar las acciones de mitigación y promoción de la salud, así como la reducción del estigma y la discriminación.	Ministerio de Protección Social Comités territoriales de prevención del consumo ⁴
META/ESTRATEGIA 2	A 2010 en al menos 10 ciudades se cuenta con un sistema de evaluación y seguimiento de casos de procesos de inclusión.	

(Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008)

El eje de superación tiene como objetivo “Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades”. La superación es el eje con menor cantidad de productos y metas, cuyo componente principal resulta siendo la creación de Centros de Atención en Drogadicción (CAD). La política contempla, adicionalmente, ajustar la oferta de este tipo de espacios con la demanda que existen de los mismos. Los productos y las metas de este eje permiten ver que no hay referencia a la reducción del daño.

Tabla 3 - Eje de dependencia

PRODUCTO	La oferta de servicios para la superación de la dependencia al alcohol y otras SPA es amplia y de calidad	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
META/ESTRATEGIA 1	A 2010 el 100% de las entidades territoriales del orden departamental cuentan al menos con un CAD o alguna otra modalidad de atención para la atención de la dependencia.	Ministerio de Protección Social Fondo Nacional de Estupefacientes ICBF

(Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008)

El cuarto eje de la política es la construcción de capacidad de respuesta. Este contempla una serie de medidas de integración de las políticas sobre las drogas entre los niveles nacional y territorial. Las metas para garantizar la capacidad de respuesta tienen que ver con mínimos en cobertura que deben tener los CAD y los planes territoriales de salud mental y reducción del consumo. El Plan Nacional de Reducción del Consumo se proyecta como un todo, de forma que al concretar los primeros tres ejes en términos de resultados, se supone que se haya concretado el último. La siguiente tabla ofrece un ejemplo:

Tabla 4 - Eje de capacidad institucional

⁴ Uno de los principios de la política de reducción del consumo es la *territorialidad*, consistente en la desconcentración de funciones y presupuestos en las entidades territoriales para la aplicación de las estrategias compiladas en el documento. Las iniciativas regionales en materias de drogas pueden consultarse en el sitio web www.descentraliza.gov.co.

PRODUCTO	Se ha aumentado la disponibilidad de servicios sanitarios, informativos, sociales de calidad que facilitan la atención oportuna e integral a la población consumidora de SPA, sus familias y la comunidad en general.	INSTITUCIÓN RESPONSABLE
META/ESTRATEGIA 1	A 2010 el 100% de los Centros de Atención en Drogadicción CAD se encuentran habilitados por las secretarías de salud territoriales.	Ministerio de Protección Social Secretarías de Salud Territoriales

(Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008)

4. Modelo de reducción del daño y de reducción del consumo de drogas en Colombia

En este capítulo se enunciarán tres argumentos con los cuales se responderá la primera pregunta de investigación, la cual indaga por el modelo de política pública de drogas (PPD) que ha venido adoptando el Estado colombiano, tomando en consideración las recientes discusiones internacionales.

En primer lugar se sostiene que “ Colombia ha venido implementando una política pública de reducción del consumo a expensas del modelo de reducción del daño”. El segundo lugar se asegura que “ Colombia no adopta el modelo de reducción del daño porque este acepta la despenalización de las drogas suaves y tolera la provisión de dosis de sostenimiento para las fuertes”. Finalmente se argumenta que “El modelo colombiano de PPD es una combinación de la reducción del consumo y de *enforcement*”.

Para iniciar la discusión hay que recordar los dos puntos de vista principales propuestos por Benoit (2003) en relación a las PPD. La autora asegura que deben analizarse en el contexto histórico de las instituciones políticas. Para el caso de Canadá ella asevera que la consolidación del sistema de salud universal, en el marco del Estado de bienestar, llevó a que el país le diera un tratamiento de salud pública a las drogas. Entretanto, su vecino, Estados Unidos, no robusteció su sistema de salud universal, por lo que el Estado no delegó las funciones de tratamiento del problema de las drogas en las instituciones de salud. Como consecuencia, en segundo lugar, las PPD de Canadá se pusieron en manos de las entidades prestadoras de salud y en los profesionales de la salud, mientras que Estados Unidos lo hizo con las instituciones policivas y judiciales. Así entonces, los marcados contrastes entre las PPD de Canadá y Estados Unidos reposan en el tipo de instituciones que históricamente adoptaron y la forma en la que determinaron la división del trabajo de las entidades estatales. Es necesario recordar que el modelo de reducción del daño se caracteriza por ser tolerante con la despenalización de las drogas suaves como la marihuana y el hachís (Bammer, Hall, Hamilton, & Ali, 2002; Leuw, 1991; Loo, Beusekom, & Kahan, 2002),

además de tener como estrategia predilecta el cambio de agujas y la provisión de dosis de sostenimiento para los adictos, financiadas por el Estado (Marlatt, 1996).

Por su parte, el Estado colombiano ha tenido una fuerte relación con el modelo de *enforcement* por la presión del gobierno de los Estados Unidos y la ratificación de tratados internacionales, orientando las instituciones políticas colombianas en materia de drogas hacia la lucha contra los carteles del narcotráfico (Guzmán & Uprimny, 2010c). En este proceso histórico las entidades del Estado que se han encargado de las PPD son de tipo policivo y judicial. No obstante, recientemente se expidieron nuevos marcos normativos y políticas públicas en materia de drogas desde un enfoque de salud pública, pero debido a que esta normatividad no acepta el consumo recreativo de las drogas suaves, no discrimina entre drogas fuertes y suaves y pone especial énfasis en la reducción del consumo, es válido decir que no adopta el modelo de reducción del daño. Como documento expedido por el Estado, la Política Nacional de Reducción del Consumo no puede contradecir las leyes vigentes ni tampoco el Artículo 49 de la Constitución, que penalizan las drogas, razón por la que no se echa mano de la reducción del daño en términos operativos. En reemplazo del cambio de jeringas y la provisión de las dosis de sostenimiento, tal Política se concentra en la prevención del consumo de drogas.

Si bien es cierto que Wodak (2012) define la reducción de daño como una forma de gestión del riesgo, como pretende hacerlo la Política de Reducción, la diferencia radica que uno tiene como sujeto de planificación a la persona que es adicta, en contraste con la otra que tiene como sujeto a la persona en riesgo de consumir drogas. La discrepancia es marcada. Se puede argumentar que el eje de ‘‘Superación’’ focaliza a la población adicta, pero como se vio en el anterior capítulo, las acciones contempladas son para ajustar la oferta de los CAD a la demanda, con el objetivo de reducir el consumo, no necesariamente llevarlo de niveles de riesgo altos a niveles aceptables⁵. Expuesto lo anterior, se afirma que Colombia ha venido implementado un modelo de PPD desde el enfoque de salud pública que no corresponde con la reducción del daño. La razón por la que no se adopta el modelo es porque una PPD no puede ir en contraposición de las instituciones políticas de *enforcement* históricamente adoptadas.

Este documento asegura que Colombia ha tomado un modelo de PPD que combina el *enforcement* y la reducción del consumo, los cuales son complementarios desde el punto de vista de los supuestos teóricos en los que se sustentan. Si bien el Ministerio de Protección Social, el Ministerio de Educación y el ICBF hacen parte de la constelación de instituciones encargadas de la PPD en la actualidad, las políticas que han surgido desde estas entidades discrepan del consumo recreativo y la distinción entre drogas suaves y fuertes. Del modelo de reducción del daño apenas se toman unos cuantos supuestos, aunque se ignoran los procedimientos que recomienda para gestionar el riesgo.

⁵ El lector recordará los comportamientos riesgosos que se presentaron en el Capítulo 1 a partir del artículo de Kerr, Small y Wood (2005).

Si se plantean dos extremos en la discusión en torno a los modelos de PPD, el lector sabrá que en una esquina se ubicará el prohibicionismo y en la otra la legalización (solo como modelo abstracto). Justo en el medio se encontrará la regulación y la reducción del daño. La condición para que existan ambos modelos es que el Estado despenalice cierto tipo de drogas y penalice otros en virtud del nivel de dependencia que generan. Esto puede entenderse mejor desde el dilema de Hobbes entre Seguridad y Libertad. Cabe resaltar que este dilema, aunque ya tiene varios siglos, ha tenido mucha acogida dentro del sistema internacional a partir de los ataques propiciados por Al Qaeda en territorio estadounidense el pasado 11 de septiembre del 2001 (Curzio). *“Una formulación clásica de la teoría política plantea que, desde Hobbes hasta nuestros días, existe una dualidad, un dilema que enfrentan todas las sociedades y que es el equilibrio entre seguridad y libertad. La tradición hobbesiana establece que los ciudadanos en un momento determinado de su historia, cuando constituyen el pacto de delegación, merced al cual entregan el poder al Estado, renuncian a espacios de su propia libertad individual.”*(Curzio). Esto es evidente en el caso de las políticas anti-drogas ya que se trata de un “Victimless crime” o crimen en el que no hay una víctima en el que hay que sacrificar la libertad del individuo, o consumidor en este caso, para poder brindar seguridad no solo a esta persona sino a la sociedad en general. *“Desde una óptica liberal – ustedes lo saben perfectamente-, la discusión se ha centrado en el papel del Estado para regular ciertas cuestiones de la vida social.”* Por este motivo son áreas grises o puntos intermedios, dado que necesitan del control regulatorio del Estado y de la oferta del mercado para funcionar. Muy cerca al extremo del *enforcement* se puede posicionar la reducción del consumo, pues esta no implica despenalización de droga alguna. Dicho modelo sirve para complementar el *enforcement* en las áreas de salud pública en las que este no actúa directamente.

Es preciso distinguir la diferencia entre la Ley 1566 de 2012 y la Política Nacional de Reducción del Consumo. La ley regula las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), es decir, afecta los componentes principales del Sistema de Salud Colombiano. Por otra parte, la Política pone directrices para ciertos sectores en determinados territorios, de manera que afecta a un conjunto de personas cuyo rasgo compartido es ser vulnerables o adictos a las drogas. La diferencia se halla en que la ley interviene en los proveedores de servicios de salud en todo el país, tiene efecto a nivel de todo el sistema de salud, mientras la Política no, su alcance es mucho más limitado. Con esta legislación se espera presenciar en años venideros un cambio sustantivo en la forma en la que las personas adictas a las drogas son tratadas desde un enfoque de salud pública.

5. Modelo ideal de lucha contra las drogas

Como vimos anteriormente, y teniendo en cuenta la realidad de nuestro país, históricamente la lucha contra las drogas ha tenido un enfoque meramente militar en la cual no se han tenido en cuenta las libertades sociales y varios componentes como los explicados anteriormente que deben ser tomados en cuenta a la hora de elaborar una estrategia exitosa de defensa para la lucha contra las drogas. Teniendo en cuenta el debate planteado por Buzan

(1998) y Bárcena (2000) entre tradicionalistas, críticos y ampliacionistas, se hace necesario establecer una estrategia en la que el enfoque de seguridad no sea exclusivo militar y/o policial tal como lo plantean los tradicionalistas ni tampoco una visión como la de los críticos en donde se *“considera que la seguridad es una construcción social que puede evaluarse como apropiada o inapropiada, por tanto se puede indicar si un tema ha sido securitizado de manera arbitraria y se puede afirmar que otro es más importante.”* Lo ideal en este escenario teniendo en cuenta el argumento de Buzan, tendría que ser una visión más aproximada a los *Ampliacionistas*, en donde *“aseguran que las nuevas políticas de seguridad deben considerar, además de los asuntos militares y políticos, los temas económicos y medioambientales”*, entre otros. *“Los ampliacionistas definen seguridad como la neutralización de situaciones amenaza o conflictivas a través de la movilización de emergencia del Estado, amenazas que pueden ser diferentes a la posibilidad de un ataque militar, también se puede tratar de problemas económicos, sociales y ambientales que pueden poner en peligro la supervivencia de un grupo”* tal como lo es el tema de las drogas. La naturaleza transnacional del problema de las drogas hace que una respuesta centralizada por parte del Estado se torne inapropiada e inefectiva (obsérvese por ejemplo, cómo la creciente militarización del asunto de las drogas no ha resultado en una reducción del volumen de drogas que entran a Estados Unidos). Otro inconveniente que resalta Waeber es la tendencia que tiene el concepto de seguridad a producir pensamiento en términos de nosotros vs. Ellos, reproduciendo lógicas de enemistad y confrontación en vez de lógicas de integración y acción común. Un buen ejemplo de este efecto negativo es la forma en que la securitización del problema ha deteriorado las relaciones entre América Latina y Estados Unidos (Borda 2002). Esta lógica planteada por Waeber de nosotros vs. Ellos polariza el panorama mediante el reforzamiento de la idea de que los países productores son enemigos. Esta polarización ha hecho más difícil la cooperación y los esfuerzos conjuntos para prevenir el problema del tráfico de drogas. En palabras de Waeber, "la tendencia hacia el pensamiento nosotros vs. ellos, y la tradición general de entender estas amenazas como fenómenos que provienen de fuera de los límites del Estado mismo, son, en esta instancia, elementos que facilitan el dirigir la atención lejos de la contribución que uno mismo hace al desarrollo de los problemas" (Waeber, 1995: 64).

La ausencia de una victoria clara en la guerra contra las drogas es evidencia de cuán negativo y dañino puede llegar a ser el securitizar un problema. La alternativa, de nuevo en palabras de Waeber, es desecuritizar el asunto de las drogas y por la misma vía, facilitar la transición hacia una aproximación de salud pública basada en una lógica de costo-beneficio y no mantenerse en una batalla de principios en contra del mal. De acuerdo con Waeber, "trascender un asunto de seguridad mediante su politización no puede darse a través de la catalogación en términos de seguridad, sólo muy lejos de semejantes términos. (...)... la dinámica de securitización y desecuritización no puede ser capturada en la medida en que se proceda a lo largo del camino crítico normal que asume la seguridad como un valor positivo que debe ser maximizado" (Waeber, 1995:56-57). En otras palabras,

un proceso de desecuritización requeriría revelar que no hay una amenaza a la seguridad objetiva y positiva, esos 'enemigos' se construyen socialmente, un proyecto en el que las élites políticas juegan un papel esencial. Consecuentemente, hay una decisión política que necesita ser develada y en la cual agentes determinados en una coyuntura determinada deciden calificar un asunto como una amenaza a la seguridad nacional. Si la existencia de este proceso de toma de decisiones es reconocida, entonces la evaluación de diferentes opciones y alternativas, y la opinión de diferentes sectores afectados, debe ser tomada en consideración. En la presencia de un debate público y de una discusión racional en la que la estigmatización de posiciones no tenga lugar, las decisiones respecto a cómo manejar el problema de las drogas pueden llegar a ser muy diferentes. Es importante mostrar al público y a quienes toman las decisiones que el espacio para una decisión existe aún cuando se trata de definir un problema como amenaza a la seguridad, que tienen la opción de securitizar o desecuritizar un asunto de la agenda doméstica o internacional y que una amenaza no cuenta con existencia objetiva. El paso siguiente sería entonces develar las implicaciones de la securitización o desecuritización de un asunto, y analizar cómo cualquiera de los dos procesos contribuye con la solución efectiva del problema en cuestión. En otras palabras, desecuritizar un asunto implica la politización de su tratamiento (Borda 2002).

En el caso de las drogas ilegales, el problema ya ha sido securitizado y eso implica que hay una tendencia fuerte hacia el mantenimiento no solo de una política prohibicionista sino también hacia la definición del problema en términos de criminalidad. Desecuritizarlo requiere de un debilitamiento del papel que la lógica de la apropiación juega en la formulación de la política y de garantizarle un mayor espacio al papel que la lógica de las consecuencias esperadas puede eventualmente jugar. Esta transición implica también el cambio de una política basada en la prohibición y el castigo a una basada en la perspectiva de salud pública. Sin embargo, No es claro si en lo relacionado con las drogas el control sobre los violadores de las normas es suficiente o no, o si las normas se están volviendo obsoletas o no. No es claro que la lógica de la apropiación parezca estar retrocediendo y dándole espacio a la predominancia de la lógica de las consecuencias esperadas. En otras palabras, no es claro si el escenario está arreglado para que se dé un tratamiento más politizado del problema en vez de utilizarse un marco basado en la idea de amenaza y defensa. Aquí el ejemplo de la evolución de la prohibición es útil.

6. Conclusiones

Enmarcado en la literatura de ciencia política, la investigación abordó el problema de las políticas de drogas en Colombia desde una perspectiva de instituciones políticas. Se destacó que existe una relación entre el tipo de instituciones que históricamente adopta un país, con el tratamiento que se le ofrece a las políticas públicas desde un enfoque de salud pública. El marco institucional colombiano ha sido marcado por el modelo de *enforcement* a expensas del modelo de reducción del daño.

En este contexto, la Política Nacional de Reducción del Consumo, como esfuerzo del Ministerio de Protección Social para elaborar directrices para el tratamiento de las drogas desde la salud pública, toma parte a favor del *enforcement*. La política no hace distinción entre drogas suaves y fuertes, debido a que se apega al supuesto de consumos cero. Tampoco contempla programas de cambio de agujas, provisión de dosis de sostenimiento o terapias de sustitución como son aconsejables desde la reducción del daño.

El estudio sustenta que el modelo predominante de PPD en Colombia es el *enforcement*. A pesar de los pasos avanzados en medidas de salud pública, las políticas en la materia son estrategias para reducir el consumo más no el daño. Esto significa que ponen énfasis en la prevención, no en el sujeto que se encuentra en condición de adicción. La reflexión propuesta es que la reducción del consumo es un enfoque de salud pública que complementa la acción de las políticas de *enforcement* por otros medios. Sin embargo genera expectativa la implementación de la Ley 1566 de 2012, dado que obliga al sistema de salud colombiano a proveer atención integral a las personas adictas a las drogas.

La investigación deja entrever que existe un proceso de transformación internacional y local en cuanto a las posturas sobre las drogas y su despenalización. Recientemente se han pronunciado actores políticos y organismos internacionales a favor de regular las drogas suaves e implementar programas de reducción del daño para las fuertes, en vista de los perjuicios que la implementación del modelo de *enforcement* ha producido. Sin embargo, desde la mirada histórica de las instituciones políticas colombianas, la tarea no resultará fácil, porque los condicionantes de política internacional y doméstica se perpetúan, acentuando el énfasis en la prohibición o *enforcement*.

Bibliografía

- Andreas, P., Bertram, E., Blachman, M., & Sharpe, K. (1992). Dead-End Drug Wars. *Foreign Policy* , 106 - 128.
- Bammer, G., Hall, W., Hamilton, M., & Ali, R. (2002). Harm Minimization in a Prohibition Context-Australia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* , 80 - 93.
- Barriuso, M. (2011). Cannabis social clubs in Spain: A normalizing alternative underway. *Series on Legislative Reform of Drug Policies* , 1 - 8.
- Benoit, E. (2003). Not Just a Matter of Criminal Justice: States, Institutions, and North American Drug Policy. *Sociological Forum* , 269 - 294.
- Bewley-Taylor, D. (2012). Hacia una revisión de las convenciones de drogas de la ONU. *Serie reforma legislativa en materia de drogas* , 1 - 16.
- Bewley-Taylor, D., & Jelsma, M. (2011). Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica. *Serie reforma legislativa en materia de drogas* , 1 - 20.
- Borda, Sandra. A Constructivist Approach to the U.S. War on Drugs. M.A. Honors Thesis, Committee on International Relations, University of Chicago, Fall Quarter, 2001.
- Buzan, Barry. "Security, the State, the 'New World Order' and Beyond". En Ronnie D. Lipschutz (Ed.), *On Security*. New York: Columbia University Press, 1995.
- Buzan, Barry, Ole Wæver and Jaap de Wilde. *Security: A New Framework of Analysis*. Lynne Rienner Publishers: Boulder (CO), 1998.
- Bridge, J., Hunter, B., Atun, R., & Lazarus, J. (2012). Global Fund investments in harm reduction from 2002 to 2009. *International Journal of Drug Policy* , 279 - 285.
- Casas, A y Losada, R. (2009). *Enfoques para el Analisis Politica*. Bogotá: Editorial Javeriana.
- CHILE. LIBRO DE LA DEFENSA NACIONAL DE CHILE 2010.
- Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. (2008). *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Count the Costs. (2012). *The Alternative World Drug Report: Counting the Costs of the War on Drugs*. Londres: Count the Costs.
- CRS. (2005). *Plan Colombia: A Progress Report*. Washington: Congressional Research Service.
- Curzio, Gutiérrez. Leonardo. El dilema de Hobbes: ¿libertad o seguridad?
- DNE. (2010). *Observatorio de Drogas de Colombia 2010: Acciones y resultados 2009*. Bogotá: Proeditor.

- DNE/DNP. (2005). *Comportamiento del Gasto del Estado Colombiano en la Lucha Contra las Drogas: 1995 - 2004*. Bogotá: DNE.
- DNE/DNP. (2010). *Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas: 2010*. Bogotá: DNE.
- DNE/DNP. (2009). *Gasto directo del Estado colombiano contras las drogaS: 2009*. Bogotá: DNE.
- DNE/DNP. (2008). *Gasto directo del Estado contra las drogas: 2007 - 2008*. Bogotá: DNE.
- DNE/DNP. (2007). *Gastos del Estado colombiano en la lucha contra el problema de las drogas: 2005 - 2006*. Bogotá: DNE.
- El Espectador. (05 de Junio de 2012). Adicción a drogas será considerada una enfermedad de alto costo. *El Espectador* , pág. Online.
- El Tiempo. (05 de Junio de 2012). Por ley, adicción a las drogas ahora será asunto de salud pública. *El Tiempo* , pág. Online.
- GAO. (2008). *PLAN COLOMBIA: Drug Reduction Goals Were Not Fully Met, but Security has Improved*. Washington: United States Government Accountability Office .
- Gutierrez, F. (2007). Las aporías de la modernización desde los partidos. En F. Gutierrez, *¿Lo que el viento se llevo? Los partidos políticos y la democracia colombiana (1958 - 2002)* (págs. 123 - 167). Bogotá: Norma.
- Gutiérrez, F. (2006). Organized crime and political system in Colombia (1978-1998). En C. Welna, *Peace, democracy and human rights in Colombia* (págs. 267 - 297). Indiana: University Of Notre Dame.
- Guzmán, D., & Uprimny, R. (2010a). La prohibición como retroceso: La dosis personal en Colombia. *Serie reforma legislativa en materia de drogas* , 1 - 8.
- Guzmán, D., & Uprimny, R. (2010c). Políticas de drogas y situación carcelaria en Colombia. En P. Metaal, & C. Youngers, *Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y carceles en América Latina* (págs. 40 - 49). Ámsterdam/Washington: TNI.
- Guzmán, D., & Uprimny, R. (2010b). *Reforma a las leyes de drogas en América Latina: Política de drogas y situación carcelaria en Colombia*. Ámsterdam - Washington: TNI - WOLA.
- Hathaway, A. (2001). Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested. *International Journal of Drug Policy* , 125 - 137.
- Inchaurrega, S. (2003). Drug Use, Harm Reduction, and Health Policies in Argentina: Obstacles and New Perspectives. *Clinical Infectious Diseases* , 366 - 371.
- International Harm Reduction Association. (2011). *What is harm reduction?* Recuperado el 15 de 10 de 2012, de What is harm reduction?: <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>

- Kerr, T., Small, W., & Wood, E. (2005). The public health and social impacts of drug market enforcement: *International Journal of Drug Policy* , 210 - 220.
- Leal Buitrago, F. (2005). *En la encrucijada. Colombia en el siglo XX*. Bogotá: Norma - CESO.
- Leuw, E. (1991). Drugs and Drug Policy in the Netherlands. *Crime and Justice* , 229 - 276.
- Loo, M., Beusekom, I., & Kahan, J. (2002). Decriminalization of Drug Use in Portugal: The Development of a Policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* , 49 - 63.
- MacCoun, R. (1993). Drugs and the Law: A Psychological Analysis of Drug Prohibition. *Psychological Bulletin* , 497 - 512.
- MacCoun, R., Reuter, P., & Schelling, T. (1996). Assessing Alternative Drug Control Regimes. *Journal of Policy Analysis and Management* , 330 - 352.
- Mantzavinos, C., North, D., & Shariq, S. (2004). Learning, Institutions and Economic Performance. *Perspectives on Politics* , 75-84.
- Marlatt, A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behavior* , 179 - 188.
- MINGA. (2008). Catatumbo: La terquedad por la vida. En F. MINGA, *Memoria: La puerta a la esperanza* (págs. 23 - 62). Bogotá: Fundación MINGA.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*. Bogotá: MinProtección Social.
- Nadelmann, E. (1992). Thinking Seriously about Alternatives to Drug Prohibition. *Daedalus* , 85 - 132.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Orjuela, L. J. (1990). *Narcotráfico y política en Colombia en la década de los noventas*. Bogotá: UniAndes - CEREC.
- Ostrom, E. (2000). *El gobierno de los bienes comunes: La evolución de las instituciones de acción colectiva*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Reuter, P., & MacCoun, R. (1995). Lessons from the absence of harm reduction in American drug policy. *Tobacco Control* , 28 - 32.
- Semana. (06 de Junio de 2012). Ley declara drogadicción problema de salud pública: Galán explica sus alcances. *Semana* , pág. Online.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* , 302 - 309.
- Snyder, R. y Duran, A. (2009). Drugs, Violence and State-Sponsored Protection Rackets in Mexico and Colombia. *Colombia Internacional* , 61 - 91.

UNODC. (2008). *A Century of International Drug Control*. Viena: UNODC.

UNODC. (2000). *Demand Reduction: A Glossary of Terms*. Viena: UNODC.

UNODC. (2012). *UNODC*. Recuperado el 31 de 10 de 2012, de Information About Drugs:
www.unodc.org/unodc/en/illicit-drugs/definitions/index.html

Waever, Ole. "Securitization and Desecuritization". En Ronnie Lipschutz (ed.), *On Security*. New York: Columbia University Press, 1995.

WHO, UNODC,UNAIDS. (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Geneve: WHO.

Wodak, A. (2012). Drug prohibition: It's broke, now go and fix it. *International Journal of Drug Policy* .