



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social  
FUNLAM

## REFLEXIONES Y PREGUNTAS SOBRE LA APROBACIÓN DE LA LEY QUE PROHÍBE EL PORTE DE LA DOSIS PERSONAL EN COLOMBIA

**Grupo de Investigación en Farmacodependencia  
de la Fundación Universitaria Luis Amigó**  
Medellín. Diciembre 2009

### Reflexiones

El Senado de la República en su octavo debate aprobó ley que propone modificación de la constitución del 94 y vuelve a prohibir el porte de la dosis mínima, no penaliza el consumo pero de alguna manera obliga a tratamiento a los consumidores. La ley pasará a sanción presidencia y luego a ser examinada por la Corte Constitucional.

En el mundo entero la tendencia es hacia la despenalización del consumo y de los consumidores, porque se ha entendido que su persecución trae mayores problemas a la salud pública y porque se han dado cuenta que el problema no son los consumidores, sino la cadena de producción, tráfico y violencia.

Un ejemplo de ello lo constituye el siguiente resumen que presentamos a continuación y que refleja el estado de algunos países de Centro y Suramérica, en relación con este tema.

VENEZUELA	Despenaliza el consumo de droga (en dosis personal)	Ley orgánica promulgada el 17 de julio de 1984 y reformada parcialmente el
-----------	---	--

		30 de septiembre de 1993
ARGENTINA	Recientemente despenalización al consumo de drogas	Despenalizó la tenencia de drogas para el consumo personal al declarar como inconstitucional el artículo 14.2 de la ley de estupefacientes 23737.
PERÚ	No penaliza la dosis personal.	-Ley N° 22095 - Ley 2802 que permite libremente portar algunas sustancias.
URUGUAY	No penaliza la dosis personal, si se realiza en privado.	Art. 31 del D.L. 14.294, modificado por la Ley 17.343 del 25-2-2001
CHILE	No está penado ni con cárcel ni con multa el consumo personal, exclusivo, en privado, y próximo en el tiempo de drogas sicotrópicas o estupefacientes. "Exclusivo" significa que regalar o convidar droga SI puede ser penado con cárcel o multa.	Ley N° 2000 de Drogas
BRASIL.	No penaliza la dosis personal	Art. 16 de la Lei N° 6368 del 21-10 de 1976.
PARAGUAY	No penaliza el consumo. Penaliza la tenencia. Avanza proyecto que legaliza la marihuana	LEY N° 1.340
BOLIVIA	No se penaliza cuando se realiza con privacidad de modo personal y sin dañar a otros.	-Art. 49 de la Ley 1008 del 19-07-1988)
SALVADOR	No penaliza la dosis personal.	
HONDURAS	Penalización, en debate para despenalización.	
COSTA RICA	El consumo de drogas está despenalizado (aunque no su comercialización)	La ley N° 8204
MEXICO	"reformas a la Ley General de Salud y al Código Penal, definiendo la cantidad de droga que podría ser considerada para consumo personal, reconociendo al consumidor como una persona con derechos y no como un criminal, además de esclarecer el término "consumo personal", porque los adictos, por el hecho de serlo, no son castigados por la ley	DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales.

Fuente: Los autores

En Europa la tendencia también es hacia la despenalización. La experiencia que se desarrolla desde hace algunos años por parte de la Unión Europea está avanzando hacia políticas que priorizan la prevención del consumo de adicciones con un enfoque propio de la salud pública y no como un problema del sistema penal. En Portugal, España, Alemania, Italia, Dinamarca, Noruega, la República Checa y Holanda, de hecho o de derecho, la no criminalización del consumo de cannabis es ya una realidad.

De hecho, recientemente (2006), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías identificó las tendencias comunes de los países de ese continente con respecto al problema de las drogas:

- Hay una tendencia a despenalizar o reducir las sanciones por posesión de droga para consumo personal.
- Existe una convergencia entre los Estados-Miembros en lo que se refiere a una mayor penalización del tráfico y venta de drogas.
- Hay interés en proporcionar más oportunidades de tratamiento para los farmacodependientes, con una mayor tendencia a la intervención no desde el sistema judicial sino desde el sistema de salud para el tratamiento y rehabilitación.
- Existe preocupación por el policonsumo de drogas y el consumo de estimulantes, lo cual se ve reflejado en el mayor número de problemas atendidos por los servicios sanitarios de tratamiento.

Colombia que se había adelantado décadas a esta tendencia al declarar inexecutable los artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986 o Estatuto nacional de Estupefacientes, ahora retrocede, predominado en los legisladores una serie de creencias y representaciones erróneas en relación con el fenómeno del consumo de drogas que de alguna manera están muy acordes con la percepción social dominante, que también está rodeada de pensamientos irracionales, elementos todos que condicionan de alguna manera las respuestas institucionales y, simultáneamente, los mecanismos sociales que se ponen en juego para intentar controlarlo.

Y es que el "problema droga" remite hoy más que a datos sobre la realidad del fenómeno a una determinada percepción asentada en concepciones estereotipadas. Tal percepción social varía históricamente y

responde más a condicionantes de tipo socio-político que a modificaciones sustanciales en los patrones epidemiológicos.

Uno de los argumentos del gobierno para conseguir la aprobación del proyecto de ley que vuelve a penalizar el porte de la dosis personal en Colombia, fue el que esta permisividad es la responsable de los aumentos de índices de prevalencia e incidencia del consumo de drogas en Colombia, afirmación esta nada más lejos de la realidad y que ningún investigador serio avala.

Los argumentos que relacionan el incremento del consumo de drogas con el hecho de que dicho consumo esté despenalizado carecen totalmente de fundamento. En 15 años de seguimiento, no hay nada que indique tal vínculo; específicamente resulta que Colombia (país con todos los factores de riesgo, productor de drogas de altísima calidad y muy bajo precio), que en los años noventa ocupaba el primer lugar en América Latina en lo que a consumo de sustancias ilegales se refiere, ha pasado a ocupar un lugar intermedio, tal como lo muestran los estudios de Rumbos (2002), de la CICAD/MPS (2004) y el reciente Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas (2008).

Como miembros de la comunidad científica debemos poder leer cuales son los estereotipos que se construyeron en el fenómeno de las drogas para poder comprender entonces estas decisiones políticas que se están llevando a cabo. En los fenómenos sociales, tan importante es lo que en realidad pasa, como lo que la gente cree que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, entonces, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de preconceptos y estereotipos.

Uno de ellos se basa en el propio concepto de droga. El estereotipo no responde a la lógica científica y otorga relevancia a algunas sustancias (cocaína, marihuana, heroína) en tanto excluye o considera mucho menos relevantes a otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Esta distinción no tiene ningún fundamento desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia. No obstante, para la representación social de "la" droga, ésta es siempre un producto ilícito, "mortalmente dañino", lo que justificaría la prohibición de su uso, no reconociendo que las sustancias permitidas también

son drogas o, en todo caso, estimándose que su nocividad es mucho menor. Se acentúan o merman atributos del objeto según este sea legal o ilegal.

El segundo estereotipo nos remite a la imagen del usuario de drogas. Como resultante del efecto represivo de las normas sociales, el usuario de drogas es considerado un individuo que ha perdido toda capacidad de control. Adviértase la potencia de esta representación como justificativa del actuar sobre los "otros". Como consecuencia, para el caso de las sustancias ilegales no se admiten diferencias en los patrones de consumo. Esto es, el consumidor de sustancias ilegales - cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso- es visualizado como un adicto y siempre se lo identifica con una personalidad autodestructiva, con una actitud despreocupada respecto de su salud, un amoral, un vicioso, un depravado, al que hay que controlar y tratar.

Y estos dos estereotipos, creencias y representaciones sociales parece ser los que han iluminado la toma de decisiones de políticas entorno al consumo de drogas en Colombia. De acuerdo con Jarvic (1990, citado por Bickel y DeGrandpre, 1996)<sup>1</sup>, en un texto sobre el impacto social de las políticas públicas sobre drogas, escrito en la década de los años 90, se puede afirmar que desde entonces, se observa una gran controversia sobre las políticas de drogas tanto en los países desarrollados como en vía de desarrollo, la cual se debe probablemente, a los resultados de una u otra estrategia, bien sea represiva o comprensiva. Smith (1992)<sup>2</sup>, por su lado manifestaba desde el año 1992, que dicha controversia, se debía también al hecho de que las drogas tanto legales como ilegales, involucran una gran serie de problemas y cuestiones políticas que deben ser tenidas en cuenta en el momento de tomar cualquier decisión en esta área.

Por estas razones, tal como sucede en otros procesos de carácter público, las decisiones sobre políticas de drogas han estado tradicionalmente influidas por sustentos teóricos frecuentemente basados en creencias y supuestos hipotéticos o especulaciones sobre las drogas y la investigación

---

<sup>1</sup> BICKEL, W. K. & DEGRANDPRE, R. J. Psychological science speaks to drug policy. In W. K. Bickel & R. J. DeGrandpre (Eds.). Drug policy and human nature: Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse. New York : Plenum Press. 1996. p.31-52.

<sup>2</sup> SMITH, P.H. (1992). Drug policy in the Americas. Boulder, Colorado : Westview Press, 1992.

empírica, sin embargo, ha sido subestimada como una fuente esencial de información en el proceso de decisión para la formulación de políticas de drogas (Bickel y DeGrandpre, 1996). La evidencia científica puede hacer la diferencia, haciendo que las políticas sean más efectivas y convenientes. En este sentido, Bickel y DeGrandpre, (1996), en un texto sobre política de drogas y naturaleza humana, sugieren que solamente a través del conocimiento científico y basado en la investigación empírica, es posible que las políticas de drogas tengan un impacto positivo sobre el consumo de sustancias y sus consecuencias negativas.

Por otra parte, algunos autores sugieren también que la ética y los principios morales juegan un papel importante en las decisiones sobre las políticas sociales. De acuerdo con (Kendler, 1993)<sup>3</sup>, los juicios sobre políticas sociales están en buena parte basados en valores éticos, es decir, que el apoyo o rechazo hacia una alternativa u otra depende de si es concebida como consistente con los principios morales de un grupo determinado de individuos. En este caso primo el juicio moral del presidente Alvaro Uribe, a quien se le convirtió esto en una obsesión y la influencia que él tuvo en los congresistas que estuvieron a favor de esta iniciativa.

Volvemos entonces, aunque con algunos matices, a lo que (Peele, 1996)<sup>4</sup>, ha identificado como uno de los modelos predominantes de políticas de drogas en el mundo, *El modelo de enfermedad/represión*.

El modelo represivo, el cual constituye la perspectiva predominante en los Estados Unidos, se basa en el supuesto de que las drogas causan adicción, tienen como consecuencia un comportamiento sin control y son por lo tanto la causa directa del exceso social y criminal. Por lo tanto, de acuerdo con este modelo de políticas, las drogas deberían ser ilegales y los usuarios de drogas considerados como delincuentes y por tanto deberían ser castigados por consumir. El modelo de enfermedad, en segundo lugar, aunque se basa en el supuesto de que las drogas llevan al comportamiento antisocial y sin control,

---

<sup>3</sup> KENDLER, H. H. (1993). Psychology and the Ethics of Social Policy. *American Psychologist*, 48, 1046-1053.

<sup>4</sup> PEELE, S. (1996). Assumptions about drugs and the marketing of drug policies. In W. K.

sugieren que la gente debe ser excusada por el uso de drogas y su comportamiento bajo los efectos de éstas, por tanto el consumidor es un enfermo al que hay que tratar.

El matiz, al menos que nos ha vendido el texto de la Ley como ha quedado "El porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médicas. 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", es que el consumidor no será penalizado, sino tratado y en caso de rehusarse tendrá sanciones administrativas, lo cual plantea sin embargo muchas preguntas.

### **Déficit de centros de tratamiento**

Según el último estudio nacional de consumo de drogas en Colombia (2008) <sup>5</sup>, reporta que 12.2% de la población total de 12 a 65 años tiene riesgo de presentar un consumo problemático, cifra que equivale a 2,4 millones de personas en el país, que son los que necesitarían algún tipo de intervención.

Con respecto a las drogas ilícitas el uso reciente o consumo el último año (prevalencia del último año) fue declarado por el 2,7% de los encuestados lo que equivale a aproximadamente 540 mil personas, donde el consumo incluye marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables, heroína.

Entre los consumidores del último año de marihuana se estudió el efecto que estaría produciendo esta, usando preguntas que permitieran clasificar a dichos consumidores en "abuso" o con signos de "dependencia". Es así como entre los 450 mil consumidores recientes de marihuana se tiene que aproximadamente 250 mil pueden ser considerados en los grupos de "abuso" o "dependientes" de dicha droga, lo que representa casi un 57% del total de

---

<sup>5</sup> ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE DROGAS EN COLOMBIA 2008. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES. En: [http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/resumen\\_ejecutivo\\_datos\\_regiones.pdf](http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/resumen_ejecutivo_datos_regiones.pdf). Consultado en diciembre 10 de 2009.

consumidores, o un 1,3% de la población global del país. De estas 250 mil personas, aproximadamente 200 mil clasificarían para “dependientes y 50 mil para “abuso”.

De las 140 mil personas que declaran consumo de cocaína durante el último año, un 60% de ellas clasifican en los grupos de “abuso” o “dependiente”, es decir cerca de 85 mil personas. De estas 34 mil personas, que han consumido basuco en el último año, casi un 78% califican para “abuso” y “dependientes”, es decir algo más de 26 mil personas. De esta forma esta droga es la que presenta, proporcionalmente hablando, la mayor tasa de abusadores y dependientes

Con todos estos abusadores y drogodependientes oficialmente reportados, pero que sin duda da cuenta de un gran sub-registro, pues solo en Centros de tratamiento de Medellín y área metropolitana, pueden haber unos 578 adictos en tratamiento, la pregunta es donde se va a atender a quien firme el consentimiento, el cual difícilmente será voluntario, pues estará cohesionado a si no lo acepta tener una sanción administrativa, que todavía no está clara.

De otro lado, es necesario hacer referencia al Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de sustancia psicoactivas en Colombia, (Ministerio de la Protección Social, Bogotá D.C. Diciembre de 2004), para ver la insuficiencia de Centros de tratamiento y rehabilitación.

El estudio mencionado reporta la siguiente existencia y distribución en el país: Antioquia (n=61), Atlántico (N=11), Bolívar (n=12), Caldas (n=21), Cundinamarca (n=19), Huila (n=13), Risaralda (n=34), Santander (n=14), Tolima (n=11), Valle del Cauca (n=31) y Bogotá D.C. (n=78).

Se encontró también que el 82,3% es de carácter privado, el 13,4% son de carácter público y solo un 4% son de carácter mixto. Como puede verse la mayoría de centros de atención en drogadicción son de naturaleza privada y laica, con un total de 20.358 plazas.



**Preguntas que deja la Ley que prohíbe el porte de la dosis mínima de droga en Colombia:**

- ¿Se podrá entonces consumir en lugar privado?
- ¿Qué pasará con los consumidores de drogas que no den su consentimiento para ser tratados?
- ¿Qué significa tratamientos administrativos?, pues el texto de la ley contiene este apartado... "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...".
- ¿Quién costeará el tratamiento y la rehabilitación?
- ¿De dónde saldrán los recursos, de un sistema de salud asfixiado? El Ministro de la Protección Social calcula que 120.000 millones de pesos al año costará esta atención, pues se calcula que el país hay entre 300.000 y 500.000 personas con problemas de drogas.
- ¿En dónde se van a atender, si no existen el número de plazas suficientes?
- ¿Qué tipo de profesionales los va a atender, si no existen suficientes profesionales capacitados?
- ¿Qué pasará con los consumidores experimentales y sociales....., qué tipo de ayuda se les dará?
- ¿Cuántos tratamientos podrá recibir un drogodependiente?.
- ¿Esta patología, tendrá que ser catalogada como una enfermedad ruinosa y catastrófica, por lo difícil de tratar y las múltiples recaídas, que puede tener un adicto, antes de rehabilitarse completamente, y por tanto de tendrá que adicionar a las ya incluidas en la Ley 972 del 2005?

Finalmente y para terminar, esperando la sensatez de la corte constitucional, quien deberá aprobar en últimas la ley, queremos citar a Katant (1995), que fue referenciado en World Drug Report, (1997)<sup>6</sup>, donde se refiere a que una política pública ideal debe incluir cinco elementos fundamentales: 1): Información científica y objetiva sobre sus consecuencias; 2): definición de las escalas de medición de sus efectos; 3): objetivos, premisas y valores claros; 4):

---

<sup>6</sup> WORLD DRUG REPORT. United Nations Drug Control Programme. Oxford : Oxford, 1997.

evaluación de la viabilidad de la política y sus mecanismos; y 5): la posibilidad de su alteración si se demuestra inapropiada o inefectiva.

La reciente Ley no parece reunir estos elementos. Esperemos entonces que la Corte, nos salve y recobremos la razón.

### **¿Usted qué opina?**

**Persona contacto:**

MD. Guillermo A. Castaño Perez.

Líder Grupo de investigación en Adicciones.

[Farmacodependencia@funlam.edu.co](mailto:Farmacodependencia@funlam.edu.co)

**Teléfonos:** 4- 448 76 66 Ext. 9732/9557

<http://grupodeinvestigacionenadicciones.blogspot.com/>

[www.funlam.edu.co](http://www.funlam.edu.co)