

**INFORME DE ORGANIZACIONES DE LA
SOCIEDAD CIVIL EN MATERIA DE POLÍTICA DE
DROGAS**

**COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES
Y CULTURALES DE LAS NACIONES UNIDAS**

EXAMEN DE COLOMBIA

**SEPTIEMBRE DE 2017
GINEBRA, SUIZA**

Contenido

I. Derechos Económicos, Sociales y Culturales y política de drogas	3
II. Mujeres encarceladas por delitos de drogas. Principio de igualdad y no discriminación (artículo 2.2), derecho a la protección de la familia, las madres y los hijos e hijas (artículo 10)	3
III. Cultivadores y cultivadoras de hoja de coca. Principio de progresividad (artículo 2.1), derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11), derecho a la salud (artículo 12).....	5
IV. Usuarios de drogas y políticas de reducción de daños. Principios de igualdad y no discriminación y progresividad (artículo 2.1 y 2.2.), derecho a la salud, (artículo 12) y derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b)	8
V. Usos médicos, terapéuticos y científicos de las sustancias controladas. Derecho a la salud (artículo 12), derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b).....	13
VI. Organizaciones y personas que firman el presente informe	16
Referencias.....	17

I. Derechos Económicos, Sociales y Culturales y política de drogas

Ante la proximidad del examen que se llevará a cabo ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (en adelante, Comité DESC o Comité) en el próximo mes de septiembre, presentamos el siguiente informe con el objetivo de actualizar al Comité sobre la situación de la política de drogas y el cumplimiento de las obligaciones generales del Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC o Pacto) por parte del Estado colombiano. El presente informe documenta el trabajo de la sociedad civil en relación a las principales restricciones en el país para la efectiva garantía de los derechos económicos sociales y culturales (en adelante DESC), principalmente para aquellas poblaciones que han sufrido un impacto diferenciado ante la política prohibicionista y la guerra contra las drogas: los eslabones más débiles de la cadena de producción y los usuarios de drogas.

De igual forma, se incluyen preguntas y recomendaciones para Colombia en el marco del tres escenarios que deben tomarse en consideración de forma integral frente a al contexto nacional: i) la implementación del Acuerdo Final para la construcción de una paz estable y duradera (Acuerdo Final)¹, los compromisos nacionales frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ODS)², y iii) el liderazgo de Colombia ante la necesidad de reformar la política de drogas vigente en la UNGASS de abril de 2016³.

En ese sentido, el presente documento se centrará en los siguientes aspectos: i) las consecuencias del encarcelamiento de mujeres condenadas por delitos relacionados con drogas, ii) la situación de la población cultivadora de hoja de coca, iii) la situación de los usuarios de drogas y, iii) los usos médicos, terapéuticos y científicos de las sustancias controladas.

II. Mujeres encarceladas por delitos de drogas. Principio de igualdad y no discriminación (artículo 2.2), derecho a la protección de la familia, las madres y los hijos e hijas (artículo 10)

En Colombia, desde la década de los años 90, se ha presentado un preocupante aumento en el número de mujeres privadas de la libertad por delitos relacionados con drogas⁴. Dicho aumento se explica, cómo ha documentado la Corporación Humanas, por la *feminización del narcotráfico*⁵, ya que cada vez más mujeres se ven involucradas en los eslabones más bajos de la cadena del narcotráfico, el cultivo, microtráfico, correo humano y transporte de sustancias psicoactivas.

Los roles asignados socialmente a las mujeres juegan un papel importante en su decisión de hacer parte del mercado de drogas, ya que éstos se enmarcan en la obligación de las mujeres de cuidar de los hijos y asegurar los medios para la satisfacción de sus necesidades básicas. Es por ello que la mayoría de mujeres encarceladas por delitos relacionados con sustancias psicoactivas son madres, en muchos casos cabeza de familia, provenientes de una situación de pobreza que, finalmente, se vieron obligadas a involucrarse en el mercado de las drogas para conseguir el sustento propio y de quienes dependen de ellas⁶.

Es importante señalar que el sistema penitenciario no está diseñado ni preparado para responder adecuadamente a las necesidades de las mujeres encarceladas y el sistema de seguridad social cuando interviene lo hace para castigar a las mujeres, con lo que las madres encarceladas sufren

una doble penalidad. La formulación de las dinámicas y servicios ofrecidos a las personas privadas de la libertad no considera las características especiales de las mujeres, no ofrece trato diferenciado en muchos casos y, cuando lo ofrece, no es de la calidad mínima para garantizar los derechos básicos de las mujeres⁷. Dentro de las consecuencias de estos factores en la vida de las mujeres, ante la precariedad de las condiciones bajo las que la mujer debe cumplir su condena muchas de ellas acuden al consumo de drogas como herramienta para evitar el dolor y sobrellevar las dificultades que inevitablemente vienen con el encarcelamiento⁸.

Las condenas y condiciones en que las mujeres se encuentran recluidas se han constituido en un obstáculo para el pleno goce de derechos de sus hijos e hijas y del núcleo familiar. Lo anterior se sustenta recordando el rol preponderante de la mujer en la crianza y sostenimiento de los hijos y en que el encarcelamiento de la madre muchas veces supone el distanciamiento del resto de la familia y, por ende, los hijos quedan a merced del cuidado de personas de la familia ampliada (tías, tíos, abuelas, cuñadas, cuñados) que no necesariamente pueden ni están a gusto con asumir la carga económica y emocional que ello implica. Las consecuencias de estas responsabilidades obligadas tienen, en muchos casos, efectos más graves en las niñas y adolescentes mujeres quienes han reportado ser víctimas de acoso sexual por parte de sus cuidadores hombres⁹. Los efectos negativos de la privación de la libertad de las madres afectan, también, las esferas psicológicas de ambas partes, interponiéndose en la crianza y cultivo de la relación madre-hijo, principalmente en los casos en que el hijo o la hija nace durante el cumplimiento de la condena¹⁰. Las madres privadas de la libertad quedan, además, privadas de la posibilidad de involucrarse en el crecimiento de los hijos, lo que genera frustración, dolor y dificultades para ambas partes. El sufrimiento psicológico de las madres al verse separadas de sus hijos o hijas ha conducido a intentos de suicidio¹¹.

El sistema judicial colombiano se concentra en el enjuiciamiento de quienes son catalogadas como delincuentes, sin detenerse a revisar el papel real cumplido en la dinámica del mercado de las drogas, afectando gravemente el desarrollo normal de su vida y, en los casos en que son madres, de sus hijos. En ese sentido, resulta necesario que el Estado, atendiendo al contenido del Acuerdo Final, garantice la implementación del enfoque de género en el tratamiento de las mujeres involucradas en el mercado de la droga.

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Colombia:

- ¿Cuáles son las medidas para implementar los compromisos en el Acuerdo Final a tramitar urgentemente cambios legislativos para otorgar beneficios penales a "*pequeños agricultores que estén o hayan estado involucrados con cultivos de uso ilícito*", así como a "*mujeres en situación de pobreza, con cargas familiares*" que hayan sido condenadas por delitos de drogas no violentos (quienes representan el 84% de las mujeres encarceladas por delitos de drogas)?
- ¿Cuáles son las medidas para dar trámite a las propuestas normativas como el Proyecto de Ley 148 de 2016 que modifica normas de carácter penal y carcelario?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Colombia a:

- Implementar alternativas al encarcelamiento como la prisión domiciliaria, suspensión de la pena y libertad condicional a pequeños agricultores, mujeres en situación de pobreza, etc.
- Poner en marcha políticas de prevención para atacar las causas de esta problemática, como son programas de educación, formación para el trabajo, y acceso a créditos para emprendimiento.

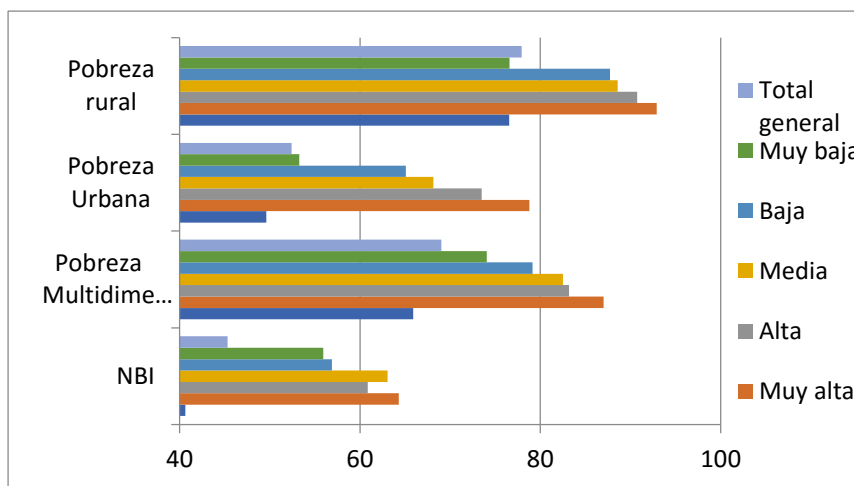
Las personas involucradas en delitos menores de drogas necesitan más oportunidades y menos cárcel.

- Dar trámite a propuestas normativas como las consagradas en el Proyecto de Ley 148 que permite el otorgamiento de estos beneficios penales, en particular que se cumpla con lo pactado en el Acuerdo vía fast track.

III. Cultivadores y cultivadoras de hoja de coca. Principio de progresividad (artículo 2.1), derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11), derecho a la salud (artículo 12)

En Colombia, la falta de articulación entre los esfuerzos de reducción de cultivos de uso ilícito y las políticas de desarrollo rural en los municipios que presentan mayor producción de hoja de coca genera violaciones al derecho a un nivel de vida adecuada y a la salud de las poblaciones que habitan estos territorios o que se dedican a sembrar, recolectar o transformar la hoja de coca.

De acuerdo con el censo de cultivos ilícitos, realizado por UNODC¹², para 2016 había en Colombia 146 mil hectáreas sembradas con coca y 106 mil hogares se involucraron al cultivo de coca, cifra que evidencia un aumento del 43,5% respecto de la medición anterior.



Fuente: Elaboración de Dejusticia con base en datos del DANE¹³.

Existe una brecha entre los municipios que tienen media, alta y muy alta presencia de coca y aquellos municipios que no tienen cultivos ilícitos. Tal como se puede apreciar en la gráfica, en el grupo de municipios con más alta presencia de coca la pobreza alcanza 93% de la población rural, mientras que la pobreza urbana se acerca al 80%, mientras que en los municipios que no tienen coca es del 77%. En aquellos municipios que tienen muy alta presencia de coca el 65% de las personas viven con necesidades básicas insatisfechas. La tendencia no es diferente en el índice de Pobreza Multidimensional. Además, el Departamento Nacional de Planeación¹⁴ encontró que el 58% de los municipios con coca presentan una conectividad deficiente, lo que quiere decir que los municipios con mayor concentración de coca no tienen vías terciarias que posibiliten la comercialización de productos.

En los territorios con presencia de cultivos de uso ilícito suele haber mayor informalidad en la tenencia, posesión y propiedad de la tierra. Según un estudio realizado por la UNODC, la ocupación de predios sin titulación presentó un promedio para las regiones cocaleras estudiadas del 66%²⁵. A su vez, las familias cocaleras también enfrentan problemas de bajos niveles de escolaridad, dedican la mayor parte de su vida a los cultivos, y derivan de ellos el 60% de sus ingresos.

No obstante, las políticas que el Estado ha desplegado en las zonas donde se cultiva coca apuntan a la reducción de la extensión de los cultivos de uso ilícito y no a la garantía de derechos como el acceso a servicios públicos, a la educación, servicios de salud o vivienda. De acuerdo con el informe acerca del gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas durante la vigencia para el año 2010 (último año en el que se realizó este cálculo), el Gobierno gastó más 177 mil millones de pesos (59.000 USD) en identificación, aspersión con glifosato y operaciones de seguridad en las erradicaciones manuales, mientras que sólo se gastaron 23 mil millones (7.700 USD) en proyectos productivos de desarrollo alternativo¹⁶.

A través del Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos con el herbicida Glifosato (PECIG) en espacio de 13 años se fumigaron por vía aérea más de 1.8 millones de hectáreas de cultivos ilícitos, con una eficiencia discutible, ya que "para destruir la hoja de coca sembrada en una hectárea, ésta debe ser fumigada, en promedio, entre 7 y 10 veces"¹⁷, lo que quiere decir que para erradicar una hectárea de hoja de coca se debieron asperjar aproximadamente 33 hectáreas adicionales¹⁸. Sin embargo, este programa generó desplazamiento de población indígena, afrodescendiente y campesina de diversas regiones del país durante el año 2008¹⁹. De acuerdo con CODHES, la fumigación durante ese año, agravada por el recrudecimiento de la violencia, generó el desplazamiento de más de 13 mil personas ante la pobreza, la falta de comida y condiciones de seguridad en los departamentos de Antioquia, Córdoba y Vichada.

La ejecución del PECIG fue suspendida por el Consejo Nacional de Estupefacientes en aplicación del principio de precaución, luego de que la Organización Mundial de la Salud²⁰, catalogara al herbicida glifosato como probablemente carcinogénica el 20 de marzo de 2015²¹. La decisión se materializó hasta el primero de octubre, fecha en la que se suspendieron efectivamente las operaciones de erradicación aérea con ese herbicida. Sin embargo, en mayo de 2016, debido a la presión que ejerció el sector de defensa nacional, el mismo Consejo Nacional de Estupefacientes autorizó la implementación del Programa de Erradicación de Cultivos ilícitos mediante Aspersión Terrestre con glifosato (PECAT). En la actualidad el PECAT se encuentra ejecutándose.

Las estrategias para reducir los cultivos de uso ilícitos no han dado respuesta a las falencias de la política de desarrollo rural y de provisión de servicios básicos en los territorios, es decir, con las obligaciones del PIDESC que el Estado ha incumplido. Incluso la eficacia de los programas de desarrollo alternativo es limitada, pues el gran cuello de "botella de los proyectos productivos alternativos a la coca, está más en la fase de comercialización, que en la etapa de la producción"²², etapa que requiere justamente inversión en infraestructura.

Las acciones de erradicación continúan produciendo efectos nocivos en los territorios con presencia de cultivos ilícitos. Se han conocido planes del Gobierno colombiano que implican inversiones 4.550 millones de pesos (1.5 Millones de USD)²³ en el transporte del personal que realiza las labores de erradicación manual. Estas acciones van en contra vía de la implementación del Acuerdo de Paz firmado con las FARC, puesto que el Acuerdo indica que la erradicación de cultivos

será la última medida, y solo será usada cuando la sustitución voluntaria de cultivos no haya sido posible. Lamentablemente, entre enero y junio de 2017, posterior a la firma del Acuerdo Final, se reportaron numerosos episodios de erradicación forzada a campesinos cocaleros²⁴, inclusive en zonas donde estos campesinos ya habían formalizado con el Gobierno colombiano la voluntad de sustituir sus cultivos de hoja de coca.

Indígenas Nasa

Desde el año 2000, indígenas Nasa decidieron recuperar la hoja de coca como alimento, dignificando los usos tradicionales que ha tenido entre la población colombiana y en acuerdo con el Gobierno Nacional, se expiden permisos y registros sanitarios para productos alimenticios que se llevan a mercados nacionales. Sin embargo, a pesar de los acuerdos y las normas existentes, se inicia una persecución a los productos alimenticios y se prohíbe su venta.

En 2015, un fallo del Consejo de Estado²⁵ declaró ilegal la persecución, pero las autoridades continúan desacatándolo y, a la fecha, cursan procesos penales y administrativos contra los indígenas que obtienen su sustento de manera legal.

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Colombia:

- ¿Cuáles son las medidas y programas que está diseñando o ejecutando el Gobierno para lograr un balance entre las estrategias de reducción de cultivos de uso ilícito y las políticas de desarrollo rural en las zonas que tienen presencia de estos cultivos?
- Ante los daños que se han documentado, e incluso reconocido por las Cortes, sobre las estrategias de reducción de cultivos de uso ilícito, ¿el Gobierno colombiano ha diseñado y ejecutado programas con el objetivo de reconocer, caracterizar y reparar a las víctimas de estos daños causados por la política de drogas?
- Según el Acuerdo Final firmado en el marco de las negociaciones de paz entre el Gobierno y las FARC, la erradicación de cultivos ilícitos es el último recurso para lograr la reducción de las hectáreas sembradas de coca, y se utiliza cuando las familias que optaron por la sustitución voluntaria y que ingresaron a los programas del Gobierno resiembran, o en aquellos casos donde no se conozca el propietario de los cultivos. Sin embargo, se tienen denuncias sobre acciones de erradicación en territorios que han firmado acuerdos colectivos para la sustitución de cultivos de uso ilícito. ¿Cuáles son los criterios que está aplicando el Gobierno de Colombia para realizar la erradicación de cultivos de uso ilícito en zonas que ya tienen un acuerdo de sustitución? ¿Existe alguna reglamentación del Programa de Sustitución derivado del Acuerdo Final que permita definir la estrategia para llevar a cabo la erradicación no voluntaria?
- ¿Existe un diagnóstico que permita caracterizar la población que se dedica al cultivo, recolección y transformación de la hoja de coca? ¿Planea el Gobierno realizar un diagnóstico que sirva como línea base para la implementación del punto sobre drogas ilícitas del Acuerdo Final firmado con las FARC y así hacer seguimiento a la garantía de los derechos del PIDESC a las personas que habitan estos territorios?
- Contando que la aspersión aérea de glifosato para la erradicación de los cultivos de uso ilícito ha estado bajo revisión en la Corte Constitucional (sentencias T-080 y T-236 de 2017) ¿Cuál es el marco jurídico del uso aéreo del glifosato en Colombia y cuáles son los requisitos que debe cumplir el Gobierno para reactivar la ejecución del PECIG?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Colombia a:

- Mejorar los datos disponibles acerca de la población involucrada en el cultivo, recolección y transformación de la hoja de coca, con el objetivo de conformar una línea base de información con enfoque territorial y de género, que permitan evaluar los impactos que tiene la política de drogas y la política de desarrollo rural, entendidas como un marco integral de comprensión del problema de los cultivos de uso ilícito, y hacer seguimiento de los resultados del programa de sustitución que se deriva del Acuerdo Final para la terminación del conflicto armado con las FARC.
- Movilizar el máximo de recursos disponibles para mejorar la disponibilidad y acceso a los servicios públicos básicos, así como la garantía para los derechos a un nivel de vida adecuada, salud, educación y vivienda de las poblaciones que se encuentran en zonas con cultivos de uso ilícito.
- Garantizar una adecuada implementación del programa de sustitución derivado del Acuerdo Final para la terminación del conflicto armado, firmado entre el Gobierno de Colombia y las FARC, de manera que se respeten los criterios establecidos en el texto para llevar a cabo las acciones de erradicación forzada.

IV. Usuarios de drogas y políticas de reducción de daños. Principios de igualdad y no discriminación y progresividad (artículo 2.1 y 2.2.), derecho a la salud, (artículo 12) y derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b)

El consumo de drogas es un asunto de salud pública, por tanto, los Estados tienen la obligación de garantizar servicios de salud para los usuarios que cumplan con los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio desarrollados por el Comité DESC. En ese sentido, el Comité ha recomendado articular los servicios de salud para incluir tratamiento de la dependencia de drogas basado en la comunidad y las intervenciones de reducción de daños²⁶.

Dentro del Estado colombiano, a pesar de que aún se mantiene la prohibición a nivel constitucional del uso de drogas, existe un marco jurídico vigente que permite desarrollar políticas y servicios de salud a favor de los usuarios de drogas. Ello se observa en el acto legislativo 002 de 2009 del artículo 49 constitucional²⁷ y la Ley 1566 de 2012²⁸ que establecen la necesidad de adoptar medidas y tratamientos de medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico, respetando en todo momento el libre, previo e informado consentimiento del usuario. Dicha necesidad ha sido adoptada en los planes nacionales en materia de consumo, los cuales incluyen además de la prevención y la rehabilitación, la adopción de medidas en materia de reducción o mitigación del daño²⁹. De igual forma, destaca la jurisprudencia de las Altas Cortes que han contribuido a la descriminalización del uso de sustancias psicoactivas en materia de dosis personal y dosis de aprovisionamiento³⁰.

Colombia se ha identificado tradicionalmente como un país productor. No obstante, informes recientes muestran un aumento en la cantidad de usuarios de drogas. Las últimas cifras oficiales de 2013 señalan que Bogotá reporta 871.443,30 personas consumidoras, Medellín y Área Metropolitana alrededor de 725.998,62, Cali y Yumbo se ubican en tercer lugar con 363.833,64

personas que reportan haber consumido por lo menos una vez en la vida. Por su parte la región del Atlántico y el Resto del Valle del Cauca registran 128.832,06 y 119.502,36 respectivamente³¹.

Respecto al consumo de sustancias, en específico preocupa de la heroína y el basuco (pasta base de cocaína) que, si bien mantienen cifras marginales en las encuestas nacionales, tiene un alto impacto en la salud pública y en la funcionalidad de los usuarios.

En el caso de la heroína, a pesar que las encuestas nacionales muestran un consumo de menos del 1% de la población, es importante resaltar el subregistro de consumo y la focalización del mismo en algunas ciudades del país. Por ejemplo, en el caso de Santander de Quilichao, una de las ciudades con mayor índice de consumo de heroína, las autoridades locales han señalado que por cada joven o adolescente que se detectaba, hay al menos otros cinco usando dicha sustancia³². Así mismo, representa un riesgo en la salud y la vida de los usuarios por los riesgos que conllevan. Datos del Ministerio de Justicia de 2010 y 2014 evidencian el aumento en la transmisión de VIH en ciudades como Medellín (3.8 % a 6.3%) y Pereira (1.9% a 8.4 %) y en la prevalencia de hepatitis C en los usuarios: Armenia (30.9%), Bogotá (6.7%), Cúcuta (21.4%), Pereira (44.4%) y Medellín (35.6%)³³.

Respecto al basuco (pasta base de cocaína) este se concentra en la población habitante de calle³⁴. Cifras oficiales señalan que Medellín y la capital del país registra el mayor número de usuarios: 11.047,68 y 10.883,28 respectivamente. Dicho consumo presenta importantes consecuencias para la salud por los insumos que se utilizan para consumirla, como lo son las pipas de aluminio.

En relación a la situación de consumo de heroína y basuco y a la implementación de las políticas de reducción de daños plasmadas en el marco normativo colombiano, preocupan las siguientes barreras de implementación:

Respecto a la heroína, a partir del 2013 con base en el *Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada 2013*, construido por expertos se incluyó una línea estratégica con participación de la sociedad civil y la cooperación internacional, dirigida a reducir la incidencia y prevalencia de daños prevenibles asociados al uso intravenoso de drogas a través de la asistencia, la atención integral y la provisión de medios e insumos que permitan a los consumidores y sus redes reducir los daños. Dentro de dicha línea se puso en marcha el Proyecto CAMBIE que con el acompañamiento de la Corporación ATS (Acción Técnica Social)³⁵ atendió a los usuarios de heroína facilitando estrategias de prevención, manejo de la sobredosis y de técnicas de inyección higiénica.

Si bien, dicho Plan ha sido ejecutado en ciudades como Armenia, Cúcuta, Pereira, Cali, Bogotá, y Santander de Quilichao, no existen informes públicos de monitoreo y evaluación de los resultados del Plan, lo cual impide contar con datos oficiales sobre la efectividad de la política y los pasos a seguir frente a la situación de consumo de heroína. En cuanto al proyecto CAMBIE, preocupa la ausencia de recursos del gobierno nacional para el apoyo, desarrollo y sostenimiento de los programas de reducción de daños, ya que los recursos de funcionamiento han sido primordialmente de la cooperación internacional, lo cual puede generar el cierre del programa como ya ocurrió en los meses de abril, mayo y junio de este año dejando sin atención cerca de 400 personas por día en las tres ciudades donde éste funciona. Como ha señalado la corporación ATS,

los recursos están condicionados a las administraciones locales, tal es el caso de Bogotá que suspendió con la administración vigente el apoyo a los programas de reducción de daños.

En relación al basuco, preocupa la falta de diagnóstico y caracterización por parte del Estado sobre el consumo de dicha sustancia a pesar de los efectos negativos que tiene en la salud y funcionalidad de las personas y el impacto diferenciado que tiene en la población habitante de calle. En ese sentido, a diferencia de la heroína, no se observa política pública alguna que esté orientada a generar evidencia para el diseño e implementación de acciones concretas para atender a dichos usuarios bajo una oferta de salud pública integral que incorpore intervenciones de reducción de daños.

A nivel local, si bien han existido políticas de reducción de daños a favor de usuarios, éstas no han sido permanentes. Por ejemplo, en el periodo comprendido entre 2012-2015, Bogotá contó con una estrategia de reducción de riesgos y mitigación de daños a través del Programa CAMAD (Centro de Atención Médica a Drogodependientes), orientado a prestar atención, prevención y asistencia primaria a personas consumidoras, así como a modificar los patrones de consumo mediante la promoción de hábitos de vida saludable, con el objetivo principal de generar un vínculo entre la población habitante de calle y el Estado. Durante septiembre de 2012 y mayo de 2016, en los CAMAD se atendieron a 58.377 usuarios y se realizaron 22.187 acciones de salud³⁶. Sin embargo, la nueva administración sustituyó los CAMAD por los CEMAI (Centros Móviles de Atención Integral), los cuales dejaron fuera el enfoque de reducción de daños y actualmente se limitan a realizar identificación de riesgos y canalizaciones a los servicios de salud mental.

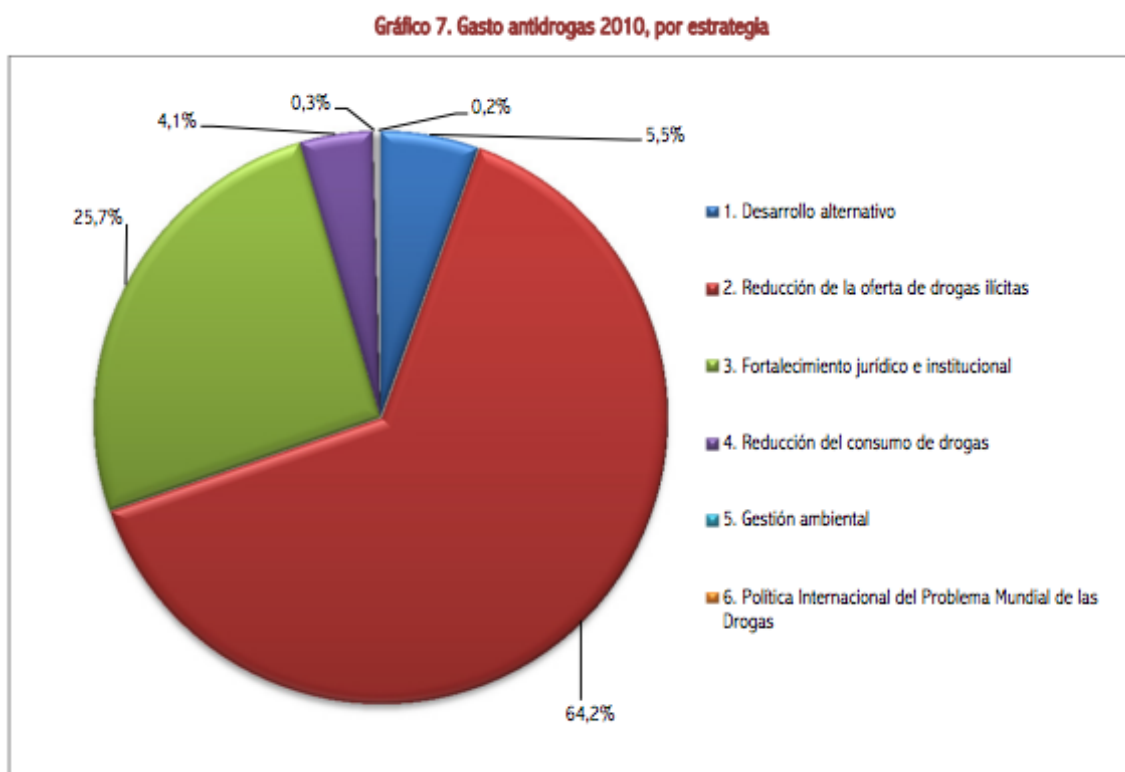
En ese sentido, alarma la falta de continuidad de los programas locales dirigidos a atender el consumo de basuco a través de intervenciones de reducción de daños ya que rompe los lazos establecidos con la población consumidora y refuerza las barreras de accesibilidad a los sistemas de salud, yendo en contravía de las características propias de la reducción de riesgos y daños.

Así mismo, preocupa la permanente instrumentalización de esta población por parte del crimen organizado y el microtráfico en distintas ciudades del país y la estigmatización que esto provoca de parte de la sociedad y las autoridades. Ejemplo de ello se observó durante años en la zona del Bronx en Bogotá y se mantiene en otras zonas de la ciudad. Según se documenta en el informe publicado por la Fundación Ideas para la Paz, una de las principales problemáticas identificadas fue la instrumentalización de los habitantes de calle por parte de los denominados “ganchos”, siendo la distribución de estupefacientes, especialmente el basuco, una herramienta de manipulación y control. Los “ganchos” proveían la droga a cambio de dinero, bienes robados o servicios específicos –dentro de los cuales se encontraba la distribución de estupefacientes–. En el Bronx los habitantes de calle estaban sujetos a las normas que dictaban las facciones criminales, y su incumplimiento se castigaba con la expulsión, la violencia física o la muerte³⁷.

Otra ausencia dentro de la política de consumo dentro del Estado es la falta de enfoque diferencial en su implementación. En ese sentido, el Estado colombiano no ha diseñado ni implementado políticas públicas a favor de las mujeres usuarias de drogas, las cuales requieren atención con enfoque de género en materia de acceso a servicios de salud y reducción del daño. De igual forma, no se registran caracterizaciones sobre la situación de consumo en los centros penitenciarios ni políticas orientadas a garantizar el derecho a la salud de los usuarios que se encuentran privados de

la libertad, aun y cuando éstos se encuentran bajo la protección del Estado el cual tiene el deber de garantizar la disponibilidad de servicios de salud que atiendan la situación de consumo.

Finalmente, preocupa la limitación en los recursos destinados a reducción de la demanda y políticas públicas de reducción de daños para la efectiva garantía de los derechos de los usuarios de drogas. Como se desprende de la información oficial, de 1995 a 2010, el gasto frente al problema de las drogas contó con un presupuesto ejecutado cercano a los \$20,0 billones, sin embargo, únicamente el 4.1% se destinó a la estrategia de reducción del consumo de drogas, esto evidencia que no se está invirtiendo el máximo de recursos disponibles para garantizar los DESC de las y los usuarios de drogas en Colombia:



Fuente: Gasto del Estado colombiano frente al problema de drogas 2010. DANE.

De dicho presupuesto se observa que la prioridad en la inversión de recursos de la estrategia de consumo se ha concentrado en la prevención y rehabilitación del consumo. Destinando pocos recursos a la investigación y estudios para la generación de evidencia local y a la mitigación del daño. Lo anterior refleja una tendencia por parte del Estado de prevalecer la abstinencia frente a la construcción de evidencia para implementar políticas de reducción del daño que acercan al usuario a los servicios que ofrece el Estado.

Detalle del gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010 ³⁸				
Clasificado por estrategia y tipo de gasto				
Millones de pesos corrientes				
Reducción del consumo de drogas				
Estrategia	Funcionamiento	Inversión	Cooperación Internacional	Total
Total. Reducción del consumo de drogas	33.362,40	44.799,27	215,92	78.377,59
3.1. Investigación y estudios	1.553,80	925,93	-	2.479,73
3.2. Prevención	11.225,95	18.351,65	120,40	29.698,00
3.3. Tratamiento y rehabilitación	10.706,34	19.590,19	95,52	30.392,05
3.4. Otros ¿Cuáles?	9.876,30	5.931,50	-	15.807,80
3.4.1. Asistencia técnica a los territorios	811,00	-	-	811,00
3.4.2. Mitigación	2.021,00	5.931,50	-	7.952,50
3.4.3. Participación reuniones Naciones Unidas lucha contra el tráfico de drogas	10,30	-	-	10,30
3.4.4. Dotación	7.034,00	-	-	7.034,00

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Colombia:

- Con base en el contenido del punto 4.2 del Acuerdo de Paz en materia de consumo, ¿qué medidas legislativas, administrativas y presupuestales se están realizando en materia de mitigación de riesgos y daños?
- ¿Cómo está garantizando a nivel local y nacional el derecho a la salud de la población habitante de calle usuaria de basuco?
- ¿Cuáles han sido los resultados del Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada implementado a nivel local?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Colombia a:

- Garantizar en las políticas nacionales, departamentales y locales de reducción de consumo, el libre, previo e informado consentimiento de los usuarios para el acceso a cualquier tratamiento de rehabilitación o reducción de daños.
- Realizar un diagnóstico técnico sobre el consumo de basuco a nivel local para desarrollar políticas y planes para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población habitante de calle y evitar su instrumentalización por parte del crimen organizado.
- Generar evidencia local que permita con base en el contexto nacional, departamental y local, diseñar e implementar políticas de reducción de daños con enfoque de salud pública. Dichas

políticas deben garantizar el enfoque de género, diferencial y etario e incluir a grupos de especial protección como las personas privadas de la libertad.

- Dar continuidad y asegurar el presupuesto necesario para que las líneas estratégicas en materia de reducción del daño contenidas en el Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada para garantizar el derecho a la salud de los usuarios de heroína y de prevenir episodios de sobredosis y enfermedades de transmisión como VIH o hepatitis C.

V. Usos médicos, terapéuticos y científicos de las sustancias controladas. Derecho a la salud (artículo 12), derecho a gozar del beneficio científico y sus aplicaciones (artículo 15.1 b)

En Colombia se aprobó la Ley 1733 en septiembre de 2014, “mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas, irreversibles, en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.”

Esta Ley reglamenta el derecho a los cuidados paliativos, y su implementación exige al Estado colombiano tomar las medidas necesarias para que todas las personas que lo necesiten puedan acceder a estos servicios en el territorio nacional. En la práctica, esta ley obliga a los prestadores de salud del sistema general de salud tanto públicos como privados (Empresas Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y Administradoras de Riesgos Laborales - ARL) a contar con unidades de servicios de cuidados paliativos para todos los ámbitos - hospitalario, consulta externa y domiciliario -.

Aunque algunas ciudades del país avanzan en este sentido, según la información recopilada por el [Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos \(OCCP\)](#), 9 de los 32 departamentos del país no cuentan con ningún servicio de cuidados paliativos, y por su parte, [solo un departamento \(Quindío\)](#) tiene un índice de UN servicio reportado por cada 100.000 habitantes. El resto de departamentos tienen un promedio de 0.5 servicios por cada 100.000 habitantes. Evidentemente, las cifras muestran que hay una falencia enorme en la garantía del derecho a la salud en lo que respecta a la disponibilidad de servicios de cuidado paliativo en el país.

La información con la que cuenta el país, además, da cuenta del panorama a nivel municipal y urbano, sin embargo, no existen datos sobre la disponibilidad y acceso a estos servicios para población rural.

El acceso a medicamentos opioides es uno de los pilares de los cuidados paliativos y la morfina es una de las sustancias contempladas en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS. En Colombia, su distribución está a cargo de varias empresas farmacéuticas y del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, que tiene el monopolio sobre la fabricación, venta y distribución de 4 medicamentos fiscalizados: morfina, hidromorfona, metadona y meperidina. De acuerdo con los expertos estas 4 sustancias constituyen la primera línea de medicamentos para el alivio del dolor, uno de los pilares de los cuidados paliativos.

Por lo general, la disponibilidad de los medicamentos producidos por las farmacéuticas es mayor que en el caso de aquellos que son monopolio del Estado. Sin embargo, los precios de los medicamentos de las farmacéuticas son considerablemente más altos comparados con el costo de los que produce el FNE y sólo uno de ellos (Oxicodona) está cubierto por el paquete de servicios de salud denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). En el caso de los medicamentos producidos por el FNE si bien están cubiertos por el POS y su costo es mucho menor, persisten problemas para la disponibilidad de algunos de ellos especialmente en zonas rurales. La disponibilidad depende de las solicitudes que presenten las Secretarías de Salud Departamentales que son las encargadas de determinar la demanda de medicamentos en la región y además destinan el presupuesto para la compra de los mismos al FNE.

De acuerdo con el OCCP *"la tasa de consumo de opioides para uso médico es baja respecto a la demanda"*, y se concentra en los principales departamentos del país. Por ejemplo, de acuerdo a los datos recogidos por esta misma entidad para el año 2015 el consumo de morfina de 10mg/ml en caja de 10 ampollas se concentró en la ciudad de Bogotá (50.769 unidades) y el departamento de Antioquia (33.389 unidades), cifras que representan el 56% del consumo total de este medicamento en todo el país para ese año.

A la dificultad para acceder a estos medicamentos en zonas rurales, de acuerdo con Dejusticia³⁹ se se suman otras dos barreras de acceso: (i) la insuficiente capacitación del personal de salud para saber cuándo y cómo recetar estos medicamentos y (ii) las restricciones para el transporte, lo que genera dificultades para la aplicación de los mismos en el ámbito domiciliario.

Marihuana medicinal

Frente al derecho al beneficio científico en materia de política de drogas, se observa que, si bien el Estado colombiano reguló en 2015 el uso médico y científico de la marihuana a través de una ley y dos decretos, el otorgamiento de licencias ha sido limitado y lento⁴⁰. De igual forma no hay claridad frente a las medidas que se llevarán a cabo para facilitar el acceso a las y los pacientes. Actualmente, no hay formación médica sobre los usos medicinales de la marihuana, tampoco está incluida como medicamento dentro del POS, lo cual genera un costo elevado para las y los pacientes.

Recomendamos que el Comité pregunte al gobierno de Colombia:

- ¿Qué medidas está tomando el Estado colombiano para ampliar la prestación de servicios de cuidados paliativos a todos los departamentos del país, incluyendo zonas rurales, en garantía al derecho consagrado en la Ley 1733 y como parte de la garantía del derecho a la salud?
- ¿Qué medidas está tomando el Estado Colombiano para garantizar el acceso y disponibilidad de medicamentos opioides para la prestación de servicios de cuidado paliativo en particular en los departamentos y ciudades intermedios y zonas rurales?
- ¿Cómo se va a garantizar la accesibilidad a la marihuana con fines medicinales por parte de pacientes que la requieren y que no tienen los recursos para adquirirla?

Pedimos que el Comité exhorte al gobierno de Colombia a:

- Exhortar a todas las EPS tanto públicas como privadas del país a cumplir con las obligaciones establecidas en la ley 1733 de 2014 y en particular con el artículo 6 que les exige contar con *"una red de servicios de salud que incluya la atención integral en cuidados paliativos, de acuerdo al nivel de complejidad"*.

- Realizar un diagnóstico sobre la oferta y demanda de servicios de cuidados paliativos en los 32 departamentos del país, en particular en las zonas rurales, teniendo en cuenta los datos de prevalencia de enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida en cada una de estas zonas. Incluir en el diagnóstico sobre la oferta y demanda de servicios de cuidados, datos sobre disponibilidad y acceso a medicamentos opioides.
- Exhortar y capacitar a las Secretarías de Salud Departamentales para que de acuerdo a la demanda de medicamentos opioides en sus territorios ajusten las partidas presupuestales necesarias para la compra de estos medicamentos al FNE.
- De acuerdo a los resultados del diagnóstico de oferta y demanda, el FNE debe planear y ajustar sus procesos para garantizar la disponibilidad y fácil distribución de los medicamentos bajo su control.
- Incluir la marihuana medicinal en el Plan Obligatorio de Salud para garantizar el acceso efectivo por parte de los pacientes, sin tener que incurrir en gastos elevados.

VI. Organizaciones y personas que firman el presente informe



Isabel Pereira Arana
Investigadora experta en política de drogas

Luis Felipe Cruz Olivera
Investigador experto en política de drogas

Lucía Ramírez Bolívar
Investigadora experta en política de drogas

Inés Elvira Mejía
Experta en política de drogas y reducción de daños

Pablo Zuleta
Experto en política de drogas

Diana Valenzuela
Experta en procesos de regulación de Cannabis

Referencias

¹ Las conversaciones entre el Gobierno y las FARC-EP que derivaron en la firma del Acuerdo Final texto en el que por vez primera se incluye en un acuerdo de paz un apartado relativo a la solución al problema de las drogas ilícitas. En este punto se incluyó el programa de sustitución de cultivos, el tratamiento penal diferencial para los pequeños cultivadores y cultivadoras, la inclusión del enfoque de salud pública y de derechos humanos para abordar el consumo, y la generación de conocimiento en materia de consumo de drogas ilícitas con el fin de tener insumos y evidencia para la creación ajustes de políticas públicas. *Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Disponible en: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Documentos%20compartidos/24-11-2016NuevoAcuerdoFinal.pdf>.

² El ODS 3 hace mención explícita a las drogas: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar a todas las edades. Indicador 5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*). Es importante señalar que la política de drogas en la agenda de desarrollo no solo se reduce al ámbito del consumo, pues ha sido evidente que las causas estructurales que subyacen el consumo, producción y tráfico de drogas, están en muchas ocasiones relacionados con falta de educación, oportunidades laborales, acceso a mercados en zonas rurales, infraestructura básica, entre otros.

³ En 2012, junto con los presidentes de México y Guatemala, el presidente Juan Manuel Santos hizo un llamado a la ONU para discutir la actual política de drogas y debatir nuevos enfoques para fortalecerla. Esto derivó en la UNGASS 2016, espacio en el que Colombia partió de la necesidad de abordar las políticas de drogas de acuerdo a las nuevas realidades y centrarlas en las personas. Este discurso también se mantuvo durante la ceremonia del Nobel de Paz, en la que Juan Manuel Santos, al recibir el premio, se refirió a "la urgente necesidad de replantear la guerra mundial contra las drogas, una guerra en la que Colombia ha sido el país que más muertos y sacrificios ha puesto. (...) El narcotráfico es un problema global y requiere una solución global que parta de una realidad inculcable: la guerra contra las drogas no se ha ganado, ni se está ganando."

⁴ "El número de mujeres encarceladas se ha multiplicado 5.5 veces y, de ese porcentaje, casi 5 de cada diez mujeres están en prisión por delitos relacionados con drogas". Rodrigo Uprimny ET AL. *Mujeres, Políticas de Drogas y Encarcelamiento*. (mayo de 2016). Una guía para la reforma de políticas en Colombia; Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 2.

⁵ Véase: Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 2.

⁶ Véase: Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 4.

⁷ Véase: Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 10.

⁸ Véase: Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 9.

⁹ Véase: Corporación Humanas, 2017. Infografía Interactiva "Política de drogas y Acuerdos de Paz: una mirada desde las cultivadoras hasta las vendedoras, mujeres abandonadas por el Estado" en <http://www.humanas.org.co/alfa/pg.php?pa=81>.

¹⁰ Véase: Equis, Corporación Humanas de Colombia y Corporación Humanas de Chile. *La Situación Particular de las Mujeres Recluidas por Delitos de Drogas*. (septiembre de 2015). pp. 49.

¹¹ En 2017 una mujer recluida en la cárcel de mujeres El Buen Pastor de Bogotá intentó suicidarse cuando fue notificada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de que sus hijos iban

a ser dados en adopción. Información recibida por Humanas de mujer entrevistada sobre las condiciones de reclusión de mujeres en la cárcel, julio de 2017.

¹² Véase: UNODC y Gobierno de Colombia. (2017). Colombia: monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/julio/CENSO_2017_WEB_baja.pdf.

¹³ Véase: Chaparro, S. y Cruz, L. 2017. Coca, instituciones y democracia: los retos de los municipios en el post-acuerdo. En publicación.

¹⁴ Véase: Departamento Nacional de Planeación. 2016. Narcomenudeo en Colombia: Una transformación de la economía criminal. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Narcomenudeo,-un-lucrativo-negocio-que-mueve-6-billones-de%20pesos%20anuales.aspx>.

¹⁵ Véase: UNODC y Ministerio de Justicia y del Derecho. 2013. Características agroalimentarias de los cultivos de coca en Colombia 2005 – 2010. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/modPublicaciones/pdf/OF05010510-caracteristicas-agroalimentarias-cultivos-coca-colombia-.pdf>. Las regiones estudiadas fueron: Amazonía (Amazonas, Guainía y Vaupés); Catatumbo (Norte de Santander); Meta-Guaviare; Pacífico (Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca); Putumayo-Caquetá (Huila, Putumayo y Caquetá).

¹⁶ Véase: Departamento Nacional de Planeación. 2010. Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/otros/gasto-publico-drogas/GP0012010-gasto-directo-estado-colombiano-antidroga-2010.pdf>.

¹⁷ Mejía, D. (6 de diciembre de 2013). *Las consecuencias de la aspersión de cultivos ilícitos*. Obtenido de <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/consecuencias-de-aspersion-de-cultivos-ilicitos-articulo-462738>.

¹⁸ Véase: Restrepo, P.; Rozo, A.; Mejía, D. On the Effects of Enforcement on Illegal Markets Evidence from a Quasi-experiment in Colombia. Policy Research Working Paper 7409, p. 5. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/517811468189273130/On-the-effects-of-enforcement-on-illegal-markets-evidence-from-a-quasi-experiment-in-Colombia>.

¹⁹ Véase: CODHES. Boletín Informativo No. 75. 2009, p. 5.

²⁰ Véase: IARC. Monographs Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides. Disponible en <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf>.

²¹ Con respecto a la relación entre la exposición al glifosato y el desarrollo de cáncer en humanos, en 2005 un grupo de investigadores sugirieron la existencia de una asociación entre la incidencia de mieloma múltiple y melanoma con el uso de glifosato en grajeros en Iowa y Carolina del Norte (Estados Unidos). Dentro de las personas que alguna vez estuvieron expuestas al glifosato, hubo un 80% de incremento en el riesgo de melanoma, además hubo un incremento del 30-60% del riesgo estimado para cáncer de colon, recto, riñón y vejiga. Los autores concluyeron que, si se compara la asociación entre las personas alguna vez expuestas y aquellas que nunca lo han estado, la asociación entre uso de glifosato y mieloma múltiple se incrementa en 4 veces en el primer grupo. También se ha sugerido una relación entre la exposición de glifosato y el cáncer de mama, en el sentido que el compuesto ejerció efectos sobre la hormona humana dependiente de este tipo de cáncer. Es decir, el glifosato puede aumentar el riesgo de proliferación de células anormales sólo en el cáncer de seno que es dependiente del estrógeno A56. Para mayor información consulte: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_895.pdf, p. 14.

²² Véase: Torres, M. (2016). La coca campesina. Disponible en: <http://redprodepaz.org.co/sabemos-como/wp-content/uploads/2016/05/Coca-Campesina.pdf>.

²³ Véase: Nota de prensa. (2017). Congelan millonario contrato para la erradicación de coca. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/congelan-millonario-contrato-de-helicopteros-para-erradicar-coca-119250>.

²⁴ Véase: Declaración de la sociedad civil. (2017). Erradicación: Además de forzada ahora también es violenta. Disponible en: <http://www.ocdiglobal.org/ong-internacionales-expresan-preocupacion-sobre-la-erradicacion-forzosa-en-colombia/>.

²⁵ Véase: Consejo de Estado. Expediente núm. 2011-00271-00. 18 de junio de 2015. Disponible en: <http://consejodeestado.gov.co/documentos/sentencias/11001032400020110027100.pdf>.

²⁶ Véase: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 44º período de sesiones. E/C.12/MUS/CO/4*. 7 de junio de 2010.

²⁷ Acto Legislativo 002 de 2009 Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/acto-legislativo-02-de-2009-modificacion-articulo-49-constitucion/>

²⁸ Ley 1566 del 31 de julio del 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas (...) Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1566-del-2012-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-un-asunto-de-salud-publica/>

²⁹ Véase: Elementa, Consultoría en Derechos. *Viabilidad Jurídica para la Instalación de Salas de Consumo Supervisado en Colombia*. 2016. Política Nacional para la reducción del consumo de drogas y su impacto (2007) y Plan Nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas inyectadas (2013). Véase también el Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014/2021.

³⁰ Corte Constitucional. Sentencias C-221 de 1994, C-101 de 2004, C-574 de 2011, C-491 de 2002. Véase también: Corte Suprema de Justicia. Sala Penal, SP3605-2017 15 de marzo de 2017

³¹ En 2008 se indicó que un 8.8% de la población colombiana había consumido sustancias psicoactivas por lo menos una vez en la vida, mientras que un 2.6% reportó haber consumido en el último año. En 2013, 12.2% de la población había consumido por lo menos una vez en la vida y 3.6% había consumido en el último año. Observatorio de Drogas de Colombia. Sistema de Información de Drogas de Colombia - Situación del Consumo. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>.

³² Véase: Las revelaciones del Bronx Intervención de zonas de alta complejidad: Desafíos y alternativas. Fundación Ideas para la Paz, febrero 2017, pág. 31

³³ Ministerio de Justicia. tabla UDI. Tabla 1. Características de los usuarios de drogas inyectables de seis ciudades de Colombia (2010-2014).

³⁴ Secretaría de Integración Social, Alcaldía Mayor de Bogotá (2015). Análisis de la distribución y caracterización de la población de habitantes de calle ubicada en parches y cambuches en Bogotá D.C. Bogotá.

³⁵ *Avances del proyecto cambie disponibles en:* <http://www.proyectocambie.com/>

³⁶ Véase: Alcaldía Mayor de Bogotá. Informe de gestión estrategia reducción de daño septiembre 2012- mayo 2016 Bogotá D.C.

³⁷ Las revelaciones del Bronx Intervención de zonas de alta complejidad: Desafíos y alternativas. Fundación Ideas para la Paz, febrero 2017, pág. 19.

³⁸ Véase: Departamento Nacional de Planeación. *Gastos del Estado Colombiano frente al problema de las drogas*. (2010). pp. 13-14. Disponible en:

<https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/otros/gasto-publico-drogas/GP0012010-gasto-directo-estado-colombiano-antidroga-2010.pdf>

³⁹ Véase: Isabel Pereira. (2016). Cuidados paliativos: el abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá: Dejusticia. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativosdh.org/archivos/Informe.pdf>.

⁴⁰ De acuerdo a la respuesta del derecho de petición 201742301198462 *"Bajo el marco del Decreto 2467 de 2015 y durante su vigencia, se recibieron 9 solicitudes de cultivo de plantas de cannabis (...) El Consejo Nacional de Estupefacientes no otorgó ninguna licencia de cultivo de plantas de cannabis"*.