

ANEXO 2

Proposición No. 029. Analizar el estado de la formulación e implementación del acuerdo 376 de 2009 *“Mediante el cual se establecen lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C.”*

Presentada por: Bancada Partido de la U

Fecha: Abril 26 de 2012

Resumen respuestas cuestionario proposición N° 29

Mediante acuerdo 376 de 2009¹ se establecen los lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C.

- ✓ Ésta política se encuentra actualmente formulada y adoptada a través del decreto 691 de 2011 y su lanzamiento fue realizado el 15 de Diciembre de 2011.
- ✓ La metodología para la formulación de la política se sustentó en una estrategia participativa en la cual la ciudadanía se vinculó activamente.
- ✓ Durante el desarrollo de la etapa de problematización se desarrollaron en total 694 conversatorios que representan la diversidad de la ciudad, donde participaron 22,756 ciudadanos y ciudadanas
- ✓ División de responsabilidades: **SDS:** Encargada de la formulación de la política, la apertura de espacio de discusión y la articulación intersectorial. **SED:** Tiene a su cargo el desarrollo de programas y proyectos de prevención integral dentro del contexto escolar. **SDG:** Desarrollo de estudios, investigaciones y análisis sobre el tema.
- ✓ La Política Pública de SPA se desarrolló en el marco de una metodología propia que se enmarcó en cinco fases que se ejecutaron de manera paralela en un proceso de retroalimentación constante entre cada una. Estas fases son: ETAPA I: identificación cuantitativa y cualitativa de la problemática. ETAPA II: problematización. ETAPA III: construcción de alternativa. ETAPA IV: análisis y discusión de la información. ETAPA V: redacción documental.
- ✓ A la fecha se han finalizado todas las etapas correspondientes a la formulación de la Política pública.
- ✓ La definición que utiliza el Distrito para la Prevención del Consumo de sustancias psicoactivas en **niños, niñas y adolescentes** es: *“Un fenómeno complejo que se desarrolla y manifiesta de manera diversa en el contexto sociocultural y que dependiendo de diferentes factores interactuantes se constituye como un problema de salud pública de alto impacto en la seguridad, bienestar y desarrollo social, razón por la cual deben brindarse en su atención y prevención respuestas integrales que reconozcan las particularidades y*

¹ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36556>

diversas manifestaciones del fenómeno, teniendo en cuenta la diversidad en los territorios como escenarios que configuran.

La implementación de la política tiene un enfoque intersectorial.

En promoción de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en 2011 se invirtieron por parte de la SDIS 750.917.514 de pesos. La **SDIS**, a través del proyecto jóvenes con derechos, implementa estrategias de formación en procesos de promoción en alternativas de prevención en consumo de SPA. Desde el proyecto “jóvenes visibles y con derechos” 2011, ha formado **64.398** jóvenes en prevención de consumo de SPA.

La **SED** maneja la prevención de sustancias psicoactivas a través del proyecto 557. Apoyo a estudiantes para ir al colegio, componente salud al colegio, dentro del cual en los últimos 4 años se han invertido un total de **488.745.200** millones de pesos.

La **SDS** maneja la prevención en sustancias psicoactivas a través del proyecto Salud al Colegio, en el marco de este proyecto se implementan estrategias de prevención basadas en la lúdica, el arte, con el fin de promocionar estilos de vida saludables y el uso adecuado del tiempo libre, en niños, niñas y jóvenes de colegios distritales.

La **SG**, es la encargada de adelantar investigaciones, análisis y estudios en la temática relacionada con el consumo y expendio de estupefacientes, dentro de las cuales se destaca el análisis cuantitativo: caracterización de homicidios relacionados en el consumo de droga y la encuesta de victimización escolar, mediante la cual se indaga por estudiantes que han vendido drogas en el colegio, que consumen droga en el colegio y que reportan estar cerca de personas que venden o consumen droga.

Antecedentes

Desde antes del siglo XX el consumo de drogas en Colombia se abordó desde un enfoque prohibicionista, la Ley 30 de 1986 concedía penas de hasta un año por consumo de droga; sin embargo, en 1994 la Corte Constitucional profirió un fallo histórico en el que es despenalizando el consumo de la dosis personal.

El Gobierno Nacional, liderado por el presidente Álvaro Uribe, acusa a la sentencia de ser la causa del aumento del consumo de drogas ilícitas en el país, por lo cual inicia una cruzada para prohibir nuevamente la dosis personal. Lo intentó a través del referendo que presentó en 2003 y lo logró en 2009 a través del Acto Legislativo 02 mediante el cual se declara que: *“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica...”*.

Principales argumentos que presenta el gobierno Uribe para legitimar el proyecto.

- Despenalización ha incrementado el consumo de drogas por lo que Colombia ha pasado de ser un país productor, a uno productor y consumidor.
- Es ilógico consolidar una guerra contra las drogas si se castiga toda la cadena del narcotráfico con excepción del consumo.
- Existe un desequilibrio cuando el consumo afecta a las familias ya que, al no encontrar respaldo legal, éstos no tienen la posibilidad de someter al adicto a un tratamiento contra su adicción.

En Colombia no ha existido una política pública orientada a la atención y prevención del consumo ni siquiera en el periodo en el que el consumo de la dosis personal se despenalizó. La Política de Seguridad Democrática se centró en la disminución de la oferta mediante acciones orientadas a combatir la producción y el tráfico pero dejó de lado la prevención y la regulación del consumo de drogas.

La puesta en marcha de una política pública distrital para la **prevención** del consumo de sustancias psicoactivas, adquiere especial relevancia en el marco de la apertura de un debate que entra a cuestionar el enfoque prohibicionista que ha caracterizado la lucha antidrogas y se da paso a un enfoque dentro del cual adquiere más importancia la implementación de estrategias de prevención y atención.

Como acertadamente señala Rodrigo Uprimy en su columna **“las drogas y la prohibición”**²; *el prohibicionismo fracasa pues no logra controlar la oferta de drogas ilícitas pero en cambio produce daños colaterales terribles como las mafias de narcotráfico*. Esta visión por tanto tiempo censurada, encuentra sus argumentos en la experiencia de países como Portugal, España y Holanda, que a través de un enfoque distinto en el que descriminaliza al consumidor, han logrado importantes resultados en la disminución del consumo y de sus efectos colaterales.

La drogadicción genera una condición de indefensión. La jurisprudencia de la Corte considera la drogadicción como una enfermedad de salud pública, la cual implica que quien la padezca sea un sujeto de especial protección constitucional por parte del Estado.

Al respecto el Tribunal Constitucional en la Sentencia T-814 de 2008 M.P. Rodrigo Escobar Gil, dijo que, “la drogadicción crónica es una enfermedad psiquiátrica que requiere tratamiento médico en tanto afecta la autodeterminación y autonomía de quien la padece, dejándola en un estado de debilidad e indefensión que hace necesaria la intervención del Estado en aras de mantener incólumes los derechos fundamentales del afectado...”.

Del mismo modo en la citada Sentencia se expuso lo siguiente:

“es dable afirmar que quien sufre de fármacodependencia es un sujeto de especial protección estatal, pues a la luz de la Carta Política y de la jurisprudencia constitucional, se trata de una persona que padece una

² <http://www.lasillavacia.com/elblogueo/ccortes/32289/taller-de-mercadeo-con-julio-sanchez-cristo>.

enfermedad que afecta su autonomía y autodeterminación, pone en riesgo su integridad personal y perturba su convivencia familiar, laboral y social. Así las cosas la atención en salud que se requiera para tratar efectivamente un problema de drogadicción crónica, debe ser atendida por el Sistema integral de seguridad social en salud, bien a través de las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado o mediante instituciones públicas o privadas que tengan convenio con el Estado”

El nuevo Estatuto Nacional de Drogas propuesto por el Gobierno Nacional, flexibiliza la posición con respecto a los productores y los consumidores y despenaliza el consumo y porte de la dosis mínima de marihuana y cocaína³.

Por su parte, en el Senado de la República paso a segundo debate un proyecto de Ley *que busca que el Estado colombiano garantice la cobertura integral en materia de atención a consumidores de estupefacientes*, la iniciativa presentada por el senador Juan Manuel Galán, busca que “*se le suministre tratamiento a toda aquella persona que se encuentre bajo el influjo de sustancia estupefaciente o psicotrópica, procurándole su desintoxicación, rehabilitación psiquiátrica y manejo físico, así como el posterior seguimiento que le garantice una verdadera rehabilitación a nivel personal, familiar y social*”. Esta visión encuentra su respaldo en el presidente de la comisión **del senado Luis Fernando Velasco (Liberal)**, quien dijo que a los adictos no hay que tratarlos como delincuentes sino como enfermos, y por lo tanto, el Estado debe propender por su rehabilitación y tratamiento”.

Prevalencia del consumo

El estudio Epidemiológico Andino realizado en 2009, dentro del cual se analiza el consumo de droga de la población universitaria de los países Andinos, encontró que en las universidades Colombianas se consume más droga que en las de Perú, Ecuador o Bolivia.

Según el estudio, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los jóvenes universitarios, más del 90% de los estudiantes de Colombia declara haber consumido alcohol al menos una vez en la vida, en comparación con el 75% de los jóvenes en Perú. La marihuana es la droga de más consumo en los cuatro países; sin embargo, en Colombia se percibe un aumento mucho más marcado en el consumo de cocaína.

De acuerdo con información publicada por la fundación red para la paz en 2009, la bebida más frecuente es la cerveza con el 51% de los casos, seguida del vino con el 48.6%. La mayoría bebe en compañía de sus amigos y un 54% lo harían delante de sus padres, lo que concluye el estudio, refleja permisividad⁴.

³ <http://www.elespectador.com/impreso/temadeldia/articulo-332022-revive-pulso-dosis-personal>

⁴ Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2009.

Un estudio realizado por la Alcaldía de Bogotá en 2009 en colaboración con la UNDOC, sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá⁵, revela que el inicio del consumo de drogas se ubica alrededor de los 12 años de edad, incluso antes de la edad promedio de inicio de consumo de tabaco la cual se ubica alrededor de los 15 años.

La **marihuana** es la sustancia ilícita de mayor consumo en Bogotá. De los 125 mil consumidores recientes de marihuana aproximadamente 70 mil pueden ser considerados en los grupos de “abuso” o “dependencia”, lo que representa casi un 56% del total de consumidores, o 1,3% de la población global de la ciudad.

Los porcentajes más altos de consumidores de marihuana con respecto la población total de las distintas zonas se reportan en las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria (5,86%); Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo (5,14%); Usaquén (3,2%); Kennedy, Bosa y Puente Aranda (2,35%), y Suba (2,2%). La proporción más baja de consumidores de marihuana se registra en la zona de Usme y Sumapaz (1,2%). De los jóvenes encuestados entre 12 y 17 años el 50% percibe que es fácil conseguir marihuana.

La **cocaína** ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Bogotá. Cerca de 28 mil personas en la ciudad han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses. El porcentaje más alto de consumidores de cocaína con respecto a la población total se registra en la zona de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria (2,35%). Las mayores tasas de consumo de cocaína se reportan en los grupos de 18 a 24 años y de 25 a 34 años: 1,3% y 0,8% respectivamente. En términos de estrato socioeconómico, las prevalencias más altas se registran en el estrato 3 (0,7%), seguido de los estratos 5 y 6 (0,55%).

Otra sustancia considerada en el estudio es la **heroína**, cuya presencia en la ciudad y en el país es más reciente y menos conocida que la de otras sustancias ilícitas, 0,09% de los encuestados dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. La facilidad en el acceso al mercado de las drogas es mayor entre las mujeres que en los hombres (para todas las sustancias) y la oferta/disponibilidad para los grupos de 18 a 34 años es mayor que para los otros grupos de edad.

EXPERIENCIA INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOBRE CONSUMO

En Colombia la lucha contra las droga no solo ha fracasado como estrategia para acabar con la industria del narcotráfico; a su vez el enfoque prohibicionista adoptado por los gobiernos de turno, evidencia su declive en las cada vez más abultadas cifras de consumidores de drogas, especialmente entre la población más joven del país. Sobre esta premisa y en el marco de la discusión de una política orientada a la prevención del consumo es importante dar una mirada a los

⁵ <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20de%20Consumo%20en%20Bogota.pdf>

distintos enfoques y lineamientos de política que han adoptado otros países y los efectos alcanzados frente a las tendencias de consumo.

Portugal

Portugal es uno de los casos más éxitos de descriminalización del consumo. Desde el 2001 entró en vigor un nuevo modelo de política que introdujo fuertes cambios en la manera como la sociedad y el Estado hacen frente al problema, logrando en corto tiempo una importante reducción del consumo entre los países de la Unión Europea.

Antes del 2001 Portugal reportaba los mayores índices en el consumo de heroína, un problema de salud que disparó los casos de contagio de VIH, especialmente entre la población joven. En 2001 el gobierno toma la decisión de abolir todas las penas criminales por posesión personal de marihuana, cocaína, metanfetaminas, e inclusive heroína, articulado con un modelo de atención al consumidor que logra exitosos resultados en la disminución del consumo y sus efectos colaterales.

De acuerdo con un artículo publicado en el diario El Tiempo en 2009⁶, en el que se reseña un estudio comisionado por los Estados Unidos al investigador Glenn Greenwald sobre el programa de descriminalización de las drogas en Portugal, se señala que desde el 2001 - año en el que se inicia el programa - hasta el 2006, se *registró un descenso promedio en el consumo de drogas en estudiantes entre los grados 7 y 12 en todas las variables: marihuana, cocaína, metanfetaminas, LSD, hongos. Comparado con el resto de Europa, en el caso de la marihuana, la droga más usada en el Viejo Continente, el país obtuvo entre 2001 y 2005 la tasa de consumo más baja entre los 14 países.*

De acuerdo con el estudio lo más impresionante del ejemplo de Portugal es que cuando tomó la decisión de descriminalizar, el consumo de drogas del país era el más alto de Europa y se había convertido en todo un problema de salud pública.

El modelo portugués tiene las siguientes características⁷: *La policía ya no tiene la potestad de arrestar a los usuarios, pero pueden disponer de cualquier droga encontrada, tomar el nombre y dirección de los ofensores, y enviar esta información a las CDT. Las CDT's son un grupo de tres miembros compuesto por trabajadores sociales, consejeros legales y profesionales de la medicina, y están respaldados por un equipo de expertos técnicos. Ellos reciben a los remitidos por la policía, y asesoran cada caso de acuerdo con el tipo de droga, el nivel de uso de droga (si un ofensor es adicto, usuario habitual o usuario ocasional), si el uso fue en público o en privado y las condiciones económicas del usuario.*

Así mismo tiene la potestad de decidir la sanción apropiada a ser aplicada a los individuos. *Las sanciones pueden incluir servicios comunitarios, multas,*

⁶ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-5314067>

⁷ La "Descriminalización" de las drogas en Portugal: una visión general actual. fundación Beckley. programa sobre políticas de drogas. 2009

suspensión de licencias profesionales y amonestaciones desde lugares designados. La CDT también recomienda lo que ellos consideran ser el tratamiento apropiado o la educación apropiada para el ofensor.

El éxito de la política de despenalización en Portugal radica en que crecieron los tratamientos y los programas de atención a los adictos, las personas que se sometieron a tratamientos para dejar la adicción subieron de 6.000 personas en el 2001, a casi 15.000 en el 2006. Tratamientos que se pudieron ofrecer con el dinero que se ahorraron del enjuiciamiento y encarcelación de consumidores y la inversión fue de 161 millones de dólares para un periodo de 4 años.

Principales éxitos institucionales de la política:

- Ha sido posible para la policía y los servicios de salud y sociales trabajar juntos teniendo como prioridad dar ayuda a los usuarios de drogas en vez de castigarlo.
- El nuevo sistema ha llevado a un progreso en la habilidad de las autoridades para identificar e intervenir tempranamente en los problemas que tiene gente joven con las drogas, y tratar con esos casos más rápidamente y con un costo económico menor de lo que están capacitados para hacer los Tribunales.
- Decenas de miles de usuarios de drogas han sido desviados del sistema penal de justicia en Portugal en los últimos 3 años, produciendo ahorros significativos de recursos en los sistemas judiciales y carcelarios.
- La introducción de este nuevo enfoque no ha llevado a un aumento significativo del uso de drogas en Portugal, o de usuarios de drogas mudándose a Portugal debido a que perciben un riesgo menor de encarcelamiento.

Lo interesante de este modelo es que plantea una clara diferenciación entre despenalización, descriminalización y legalización, pues si bien en Portugal ya no se castiga a los consumidores el tráfico continúa siendo un delito fuertemente sancionado⁸.

⁸ **LEGALIZACION** Es donde la legislatura de un país en particular formalmente enmienda sus leyes para ponerle fin a la prohibición de la posesión, uso o distribución de cualquiera de las drogas controladas de uso corriente. Aunque hay algunas zonas grises (algunos países penalizaron el uso, otros la posesión; la posición sobre la posesión para el uso médico o religioso de algunas drogas es incierto), éstas no han sido tratadas por ningún Estado Miembro de la ONU, y suponen una clara contravención a las Convenciones de la ONU.

DESCRIMINALIZACION Es donde un país conserva sus leyes sobre ofensas por drogas pero, ya sea a través de un acuerdo en un cambio de la política, o a través de una nueva orientación a ser llevada a cabo por las autoridades, decide reaccionar contra algunas de estas ofensas a través de procesos administrativos

más que por el sistema de justicia penal. Algunos países vienen tratando hace tiempo una serie de ofensas a través de sanciones administrativas, y tienen un amplio tratamiento de las ofensas por drogas en este sentido. Para otros países (tal como fue el caso de Portugal), esto sería un cambio significativo para haberlo establecido en la práctica. Podría señalarse que, en muchos casos, las penas administrativas para las ofensas por drogas han sido actualmente más severas que las sanciones penales, entonces la descriminalización no siempre debe ser vista como una vía menos punitiva para el uso de drogas.

DESPENALIZACION Es donde un país decide cesar con los castigos para aquellos que están involucrados en la posesión, uso o distribución de drogas. Las leyes que prohíben estas actividades

podrán seguir existiendo, y los ofensores pueden ser arrestados, pero no pueden aplicarse sanciones (penales o administrativas). Un camino similar a este, pero que técnicamente no es la despenalización, es la política de no arrestar a los ofensores. Los cambios emprendidos en Portugal son un ejemplo de descriminalización: el uso, posesión y la compra de drogas todavía están prohibidas por la ley. Mientras intenta minimizar los costos sociales del uso de drogas, el gobierno Portugués explica que su política está ahora enfocada más de cerca al tráfico de drogas. A la luz del establecimiento de las CDT's y su función como un camino para el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios de drogas, los cambios legales de Julio del 2001 en su lugar representan una descriminalización del uso

España

En España durante la década de los ochenta y noventa las políticas estuvieron orientadas a la prohibición del consumo; *sin embargo, dado que el número de usuarios, de muertes por sobredosis y de infecciones de sida por drogas inyectadas incrementaron considerablemente durante esas décadas, en 2000 se materializó una política pública que cambió el enfoque de acción*; en la cual se concibe el consumo de drogas como un problema de salud pública y pone el acento en la prevención, buscando una mayor implicación de la sociedad en el abordaje del problema.

Esta nueva visión trajo resultados positivos, como se muestra en el cuadro a continuación, *según las estadísticas del Observatorio Español sobre Drogas (2007), el consumo, por primera vez desde los años 70, se ha estabilizado e incluso en algunas áreas se ha reducido*⁹. Una de las estrategias adoptadas por el gobierno español ha sido la implementación de una red amplia y diversificada de atención a los consumidores

Tabla 1. **Evaluación de la política española de drogas.**

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable o en descenso	Cocaína: entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la prevalencia anual de consumo de 7,2% en 2004 a 4,1% en 2006 (OED, 2007, p.11). Cannabis: la prevalencia anual de consumo en la población de 15-64 años ha pasado de "11,3% en 2003 a 11,2% en 2005 y (...) entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006" (OED, 2007, p. 12). Alucinógenos: ha disminuido la prevalencia anual del consumo en la población de 15-64 años de 0,8% en 1995 a de 0,7% en 2005, y en los estudiantes de 14-18 años de 4,4% en 1994 a 2,8% en 2006 (OED, 2007, p.12).
Muertes por sobredosis	En descenso	Las muertes relacionadas con consumo de drogas ilegales aumentaron considerablemente entre 1983 y 1992, pasando de 266 a aproximadamente 1.800 muertes anuales. A partir de entonces, las muertes empezaron a disminuir, estimándose 796 muertes para 2004. Por ejemplo, en el caso de la heroína, el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opio en seis grandes ciudades pasó de 544 en 1992 a 183 en 2004 (OED, 2007, p. 10). En el estudio consideran que la política de reducción del daño ha sido esencial para lograr esta disminución (OED, 2008, p.14).

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 concibe el consumo de drogas como un problema de salud pública y gira en torno a las siguientes ideas:

personal de drogas. La nueva ley no legalizó ninguna ofensa relacionada a las drogas, pero quita los castigos penales por el uso, posesión y la compra de cualquier droga ilícita en una cantidad mayor al abastecimiento para 10 días de consumo.

⁹ **Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación?** Análisis del caso colombiano en Perspectiva de política comparada. Revista facultad de derecho y ciencias políticas. Vol. 39, No. 111 / p. 253-282 Medellín - Colombia. Julio-Diciembre de 2009, ISSN 0120-3886.

1. Evidencia científica: todas las políticas deberán sustentarse en los avances demostrados científicamente.
2. Participación social: que debe traducirse en una mayor concienciación de la sociedad para que se involucre directamente en el problema.
3. La intersectorialidad: exige un abordaje multifactorial y multidisciplinar.
4. La integralidad: incluye drogas legales e ilegales y prevé actuaciones encaminadas a la reducción de la demanda y al control de la oferta.
5. La equidad: garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a programas y servicios, y prevé reducir las desigualdades que afectan a las personas.
6. El enfoque de género en las acciones de desarrollo de la Estrategia.

Sin embargo, algunos analistas coinciden que en el caso español los logros alcanzados con la política de prevención no han sido suficientes, pues si bien se lograron controlar la prevalencia en el consumo de heroína, indicadores muestran una tendencia creciente del uso y los problemas por cocaína.

Holanda

En Holanda pasa un caso similar al de España, a mediados de la década de los sesenta empezó a crecer el consumo de marihuana, aumentando en la década siguiente el consumo de drogas duras como la heroína, convirtiéndose rápidamente en una situación socialmente problemática.

Frente a esto, el Estado Holandés respondió con legislación que penalizaba drásticamente el consumo, sin embargo mientras estuvo vigente esta legislación el número de adictos aumentó, lo que llevó a la despenalización de la dosis personal y un drástico cambio en la política holandesa de estupefacientes la cual se centró en educar para evitar al consumo y en limitar los riesgos que lleva la droga para quien la consume, para su entorno y la sociedad¹⁰.

Evaluación de la política holandesa de drogas

¹⁰ Ibid.

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable o en disminución	Entre 2001 y el 2005, en la población entre 15 y 64 años, el consumo de cannabis estuvo constante en 3.3%, lo que equivale al 363.000 usuarios. El porcentaje de consumidores esporádicos de cocaína también estuvo estable en el 0,3% o 32.000 personas y el de éxtasis en 0.4% o 40. 000 usuarios.
Muertes por sobredosis	En descenso	El número de muertes por sobredosis de drogas pasó de 144 en el 2002 a 112 en 2006.
Enfermedades transmitidas por drogas inyectables	En descenso	Antes de 1996 el 62% de los consumidores de drogas por vía intravenosa estaban infectados de SIDA. Sin embargo, esta cifra desde 1998 está en descenso y hoy se ubica en el 16%. En 2006, el consumo de drogas por vía intravenosa en Holanda fue la causa de 8 de los 871 nuevos casos de SIDA.
Presos	Aumento	En el 2004 se elevó un 15% adicional con respecto al 2003 la cifra de investigaciones judiciales relacionadas con consumo de opio. Así mismo, aumentó en 1696 nuevos casos las investigaciones relacionadas con drogas blandas y en 650 investigaciones más de drogas Fuertes.
Urgencias por sobredosis	En disminución	En 2004, el Registro del Hospital Holandés (LMR) contabilizó casi 1,7 millones de admisiones clínicas en los hospitales generales. El consumo de drogas fue la causa de sólo 447 casos como el diagnóstico primario y de 2.061 casos, como un diagnóstico secundario (Trimbos Institute, 2005, p. 41).

Es muy interesante comparar los niveles de consumo de Holanda con los de Estados Unidos, el país que más dinero gasta en la lucha antidroga y continúa siendo el mayor consumidor de drogas a nivel mundial sin haber logrado una disminución en el consumo de ninguna de las drogas ni de sus efectos colaterales.

	Probado alguna vez		Consumido durante el último mes	
	EE.UU. 12 años o más	Holanda (15-64)	EE.UU. 12 años o más	Holanda 15- 64
Tabaco	70,8	61,6	29,4	26,9
Alcohol	82,9	n/a	51,8	77,9
Cannabis	40,1	22,6	6,0	3,0
Cocaína	13,8	3,4	1,0	0,3
Éxtasis	4,7	4,3	0,2	0,4

Fuente: Ministerio de Relaciones internacionales, 2008, p. 22

Evaluación de la política estadounidense de drogas.

Variable	Estado	Algunas cifras que lo ejemplifican
Consumo	Estable	Según la ONU (2008): -El número de consumidores de cannabis aumentó de 17.755.000 en 1995 a 25.755.000 en 2002, es decir un 31%. Posteriormente, en el 2004, dado que entre 1997 a 2005 el consumo entre los estudiantes de enseñanza superior descendió un 20% aproximadamente, la prevalencia anual entre la población en general se estabilizó. -El consumo de cocaína, el mercado de los EE.UU. parece mantenerse estable. Tras aumentar en la primera mitad del decenio de 1990, disminuyó más del 20% entre los estudiantes de enseñanza superior de los Estados Unidos de 1999 a 2005, por lo que en el 2005, las tasas de consumo de cocaína se mantuvieron estables en los adolescentes. -Cerca de 600,000 personas son adictas a la heroína en los EE.UU., lo que señala que después de haber incrementado el número de consumidores desde 1970, se ha estabilizado.
Muertes por sobredosis	En aumento	El Centro Para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. (2007) señala que cada día mueren más de 50 personas por sobredosis de drogas no intencionales; cifra que ha aumentado drásticamente desde 1999 pues durante este año se registraron unas 11 mil muertes, mientras que en 2004, esta cifra saltó a cerca de 20.000. Sin embargo, la Organización Drogas y Democracia advierte que esas cifras sólo revelan parcialmente la realidad ya que únicamente tienen en cuenta aquellas personas que murieron por causas graves relacionadas con las drogas, y no incluye a quienes mueren por causas que indirectamente se desprenden del consumo, como por ejemplo la Hepatitis B (Reuter, 2008, p. 6).

Reflexiones Finales

La política pública de prevención del consumo de drogas y otras sustancias para los niños y jóvenes de Bogotá está orientada exclusivamente por un modelo de prevención del consumo y la promoción de estilos de vida saludable, que no incluye estrategias que ofrezcan atención a los consumidores. En efecto en Colombia no ha existido una política orientada a la prevención y atención del consumidor lo cual se hace evidente en los pocos estudios que se han llevado a cabo sobre las prevalencias de consumo en el país y la ciudad.

Si recogemos las experiencias exitosas en otros países, la política de prevención del consumo deber ir acompañada por un programa de descriminalización del consumidor, que no implica despenalización, que le facilite acceder a una oferta institucional que lo atienda como paciente y no como delincuente. Para lo cual es necesaria la inversión de importantes recursos.

El desarrollo de un modelo exitoso, como en el caso de Portugal, debe partir de entender las dinámicas de las prevalencias de consumo de cada una de las localidades.

Obviamente las estrategias que se desarrollen deben cuidarse de no copiar modelos que pueden resultar exitosos en otros países, pero que no se compadecen con las particularidades del fenómeno en nuestro país.

Es claro que una adecuada prevención del consumo de SPA en niños y jóvenes debe concentrarse no solo en la prevención si no en la dinamización de la oferta cultural y deportiva en la ciudad que les permita usar sus tiempos de ocio.

BIBLIOGRAFÍA

- Proyecto presupuestó 2011. Bogotá Distrito Capital Anexo 4 Atención a la infancia y adolescencia.
- Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2009.
- Consumo Epidemiológico Andino. Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria. Informe completo, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú
- Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en Perspectiva de política comparada. Revista FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS. Vol. 39, No. 111 / p. 253-282 Medellín - Colombia. Julio-Diciembre de 2009, ISSN 0120-3886.
- <http://www.beckleyfoundation.org/pdf/UNAidsBriefing6.pdf>