
Las Salas de Uso Supervisado de Drogas

¿Una alternativa para Colombia?

Las Salas de Uso Supervisado de Drogas

¿Una alternativa para Colombia?

Documento elaborado por la Fundación Ideas para la Paz y Elementa*

Acaba de ser aprobado, en primer debate de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, el Proyecto de Ley 161/2016 del Centro Democrático que propone la creación de “centros de consumo controlado, rehabilitación y reducción de riesgos y daños”, más conocidos en la literatura internacional como Salas de Uso Supervisado de Drogas. La discusión de esta iniciativa legislativa, se da en un contexto de **aumento del uso de sustancias psicoactivas** como la heroína y el basuco, así como de la preocupación por parte de las autoridades sobre la falta de un marco legal y respuestas institucionales adecuadas para atender el **consumo problemático de drogas por parte de la población habitante de calle** y en algunas ciudades, el **uso riesgoso de drogas inyectadas**.

El proyecto del Centro Democrático ha generado voces a favor y en contra. Para algunos, estos centros entendidos bajo

una política de reducción de daños, podrían contribuir a disminuir los consumos de mayor riesgo, el uso de drogas en espacios públicos y a vincular a los habitantes de calle a la oferta institucional. Para otros, las salas podrían aumentar los niveles de consumo, perpetuar situaciones de adicción, fomentar la dependencia de servicios y alentar la delincuencia.

Para contribuir a esta discusión, la Fundación Ideas para la Paz (FIP) y Elementa, usando la evidencia disponible, analizan en este documento las principales preocupaciones que marcan el debate público. Así mismo, identifican las principales oportunidades y retos que tendría el desarrollo de la Salas de Uso Supervisado en Colombia. Como se verá, hay muchos mitos sobre la instalación de estos espacios, buena parte de los cuales se pueden desmontar si se toman las decisiones acertadas.

¿Qué son y qué no son las Salas de Uso Supervisado?

Las Salas de Uso Supervisado (SUS) son espacios en los se pueden usar sustancias psicoactivas en condiciones seguras e higiénicas, bajo la supervisión profesional, libre de sanciones penales por porte y consumo de estupefacientes o el uso del inmueble para ello. Deben ser entendidas como una estrategia de salud pública y de reducción del daño, dirigida principalmente a usuarios de drogas que están en situación de vulnerabilidad y que tienen dificultades para acceder a los servicios de atención médica y social. Las SUS no están pensadas para el uso recreativo y experimental esporádico, sino que focalizan su atención en poblaciones que tienen un consumo problemático¹ y riesgoso². Es importante mencionar que usualmente no están habilitadas para menores de edad, cuya atención debe ser brindada por un servicio especializado.



*Este documento fue coordinado por Juan Carlos Garzón (investigador asociado de la FIP), con la participación de Adriana Muro y Paula Aguirre (investigadoras de Elementa) y Julián Wilches, José Luis Bernal y Camilo Burbano (investigadores de la FIP). Diseño y diagramación por Daniela Restrepo Ortíz (diseñadora de Elementa).

¿Qué son las estrategias de reducción del daño?

Desde la perspectiva de la salud pública, las estrategias de reducción del daño reconocen que las personas que no pueden o no están en capacidad de abstenerse del consumo, pueden tomar decisiones que contribuyan a proteger su propia salud, la de sus familias y comunidades.

En Colombia, uno de los componentes del *Plan Nacional para la Promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021*, es la reducción de daños, la cual incluye la entrega de elementos de administración segura de sustancias, el monitoreo de salud y el acceso a servicios de bajo umbral, entre otras.

De manera general, las SUS se pueden clasificar en tres grupos³, que varían de acuerdo al tipo de servicios que prestan. La decisión sobre el tipo de sala a implementar, dependerá de las necesidades y capacidades locales, así como de las condiciones políticas y las restricciones legales.

Integradas

La supervisión del consumo de drogas es uno más del conjunto de servicios orientados a la reducción de daños. En estos espacios se pueden ofrecer servicios como: pruebas de detección de virus transmitidos por la sangre, intercambio de jeringas usadas por unas nuevas, servicios médicos, distribución de alimentos, uso de duchas y lavanderías para los que habitan en las calles, distribución de materiales de prevención como preservativos y contenedores para objetos punzantes, así como asesoramiento y tratamiento de drogodependencias y acceso a programas de empleo.

Especializadas

Ofrecen una gama más reducida de servicios directamente relacionados con la supervisión del consumo, que incluyen la distribución de materiales estériles para inyección, asesoramiento sobre salud y consumo más seguro de las sustancias, intervención en caso de urgencia y un espacio en el que los consumidores de las sustancias pueden permanecer en observación tras el consumo de las mismas.

Móviles

Tienen una oferta de servicios más restringida; suelen limitarse a la distribución de materiales estériles y la supervisión del consumo.

Dentro de los objetivos más comunes de las SUS se encuentran⁴:

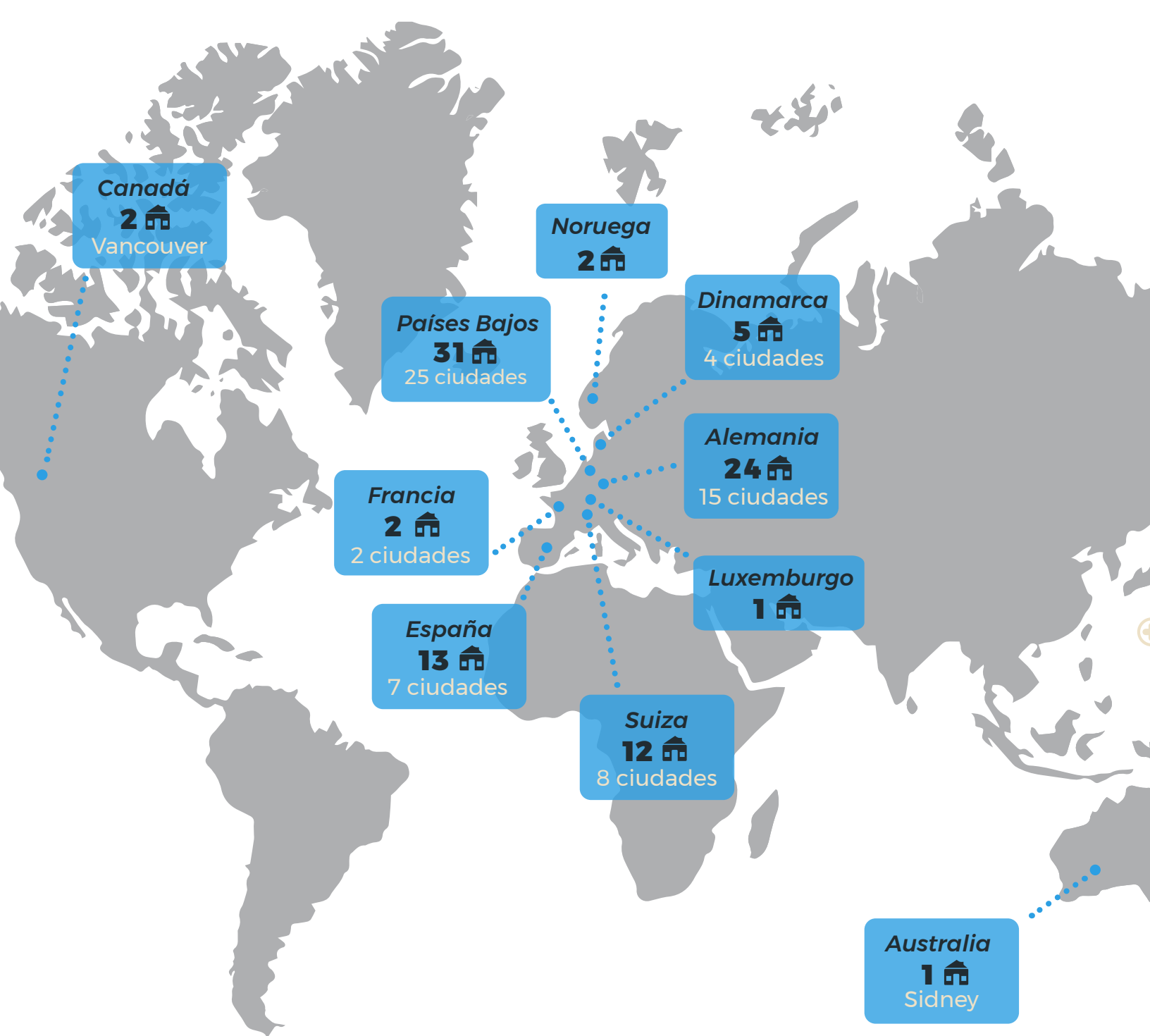
Objetivo General	Meta
Proporcionar un ambiente seguro para el uso de sustancias psicoactivas	Alcanzar a la población objetivo (en situación de vulnerabilidad y con dificultades para acceder a atención médica y servicios sociales)
	Establecer condiciones para el consumo higiénico y seguro
Mejorar el estado de salud del grupo objetivo	Mejorar comportamientos riesgosos asociados al uso de drogas (por ejemplo, la reutilización de jeringas)
	Reducir la morbilidad
	Reducir la mortalidad
	Mejorar el acceso a la atención médica y los tratamientos farmacológicos
Minimizar el desorden público	Reducir el consumo en el espacio público
	Mejorar la percepción de seguridad
	Disminuir la ocurrencia de delitos ligados al uso de drogas

Las Salas de Uso Supervisado son una alternativa probada en los países desarrollados y su instalación ha venido en aumento. De acuerdo al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) para principios de 2017 en Europa funcionaban un total de **90 salas oficiales** de consumo higiénico de droga, distribuidas de la siguiente manera: 2 salas en dos ciudades de Francia, 31 salas en 25 ciudades de los Países Bajos; 24 en 15 ciudades de Alemania; 13 en 7 ciudades de España; 2 en Noruega; y 1 en Luxemburgo; 5 en 4 ciudades de Dinamarca; 12 en 8 ciudades de Suiza. En la capital de Eslovenia se está trabajando en un piloto para instalar una sala gracias a recientes modificaciones al código penal. Fuera de Europa existen dos salas en Vancouver (Canadá) y un centro de consumo supervisado de drogas por vía parenteral en Sídney (Australia)⁵.

Finalizando 2016 y empezando 2017, varios países han adelantado esfuerzos para la instalación de SUS. Irlanda aprobó una reforma para la instalación de salas⁶. En Escocia el tema se está debatiendo como resultado de los recientes brotes de VIH entre consumidores de drogas inyectables. En Bélgica, las autoridades se encuentran

realizando un estudio sobre la viabilidad de instalar SUS en 5 ciudades. En los Estados Unidos también se han dado varios avances a nivel estatal. Recientemente, en los estados de Washington⁷ y Maryland⁸ se aprobaron pilotos de salas de consumo supervisado para tratar personas con problemas de adicción. Además, en los Estados de Nueva York⁹ y California¹⁰ varios legisladores están trabajando en proyectos de ley que permitan la instalación de estos espacios.





III. Mitos sobre las Salas de Uso Supervisado: preocupaciones frecuentes a la luz de la evidencia

Abordar el debate sobre la instalación de Salas de Uso Supervisado no es una tarea fácil. La ciudadanía ve con preocupación que estos espacios puedan dar la idea de que el Estado está patrocinando el uso de sustancias, generen oportunidades para que los jóvenes “se droguen”

y eviten los tratamientos farmacológicos. Entendiendo estas preocupaciones, la FIP y Elementa identificamos seis argumentos que suelen esgrimirse para estar en desacuerdo con las SUS, los cuales contrastamos con la evidencia disponible.

1 La población objetivo no va a usar las Salas

Varios estudios han demostrado que los países que han implementado las SUS, han logrado atraer a la población objetivo, a usuarios de sustancias ilícitas con alto potencial de contagiarse de VIH, sufrir sobredosis y con un historial de consumo en espacios públicos¹². Adicionalmente, la evidencia muestra que la creación de estos espacios lleva a un descenso en el consumo de sustancias ilícitas al aire libre y en espacios públicos¹³.

“Ellos están acostumbrados a consumir en la calle”

2 Las comunidades van a rechazar las Salas

“¿Quién se va a aguantar que le pongan una de esas salas en su barrio?”

Lo que muestra la evidencia es que, si bien en un primer momento el establecimiento de las SUS suele generar preocupación y malestar entre los vecinos que rodean estos espacios, en el largo plazo ganan aceptabilidad entre la comunidad¹⁴. Varias evaluaciones han mostrado un impacto comunitario positivo y en casos como el de Vancouver (Canadá) las autoridades policiales han promovido el uso de estos espacios para los consumidores¹⁵.

3 La única salida es la abstinencia y la prohibición absoluta

La evidencia muestra que exigir la abstinencia no solo es poco realista, sino que puede llegar a ser contraproducente. En un país como Colombia, en el cual se ha reconocido el derecho de los ciudadanos a usar sustancias psicoactivas, la prioridad es garantizar un consumo higiénico y seguro, sin abandonar la meta de

disminuir los patrones de consumo. Bajo esta perspectiva, la evidencia muestra que las SUS son una medida efectiva para la provisión de instalaciones higiénicas, equipos estériles de inyección, supervisión médica, personal altamente capacitado, procedimientos de emergencia y material preventivo¹⁶.

“Lo que hay que hacer es quitarles el vicio”

4 Permitir el uso supervisado de drogas va en contra de la salud pública

La evidencia señala que las SUS arrojan beneficios concretos en el plano de la salud pública. Las evaluaciones realizadas en distintos países muestran que el uso de las SUS se asocia al abandono de conductas de riesgo en el consumo de drogas inyectables, como, por ejemplo, el uso compartido de jeringuillas. Con esto se reducen conductas que aumentan el riesgo de transmisión del VIH y muertes por sobredosis. Otro de los impactos de las SUS que cuenta con mayor evidencia tiene que ver con la disminución de las tasas de mortalidad¹⁷, especialmente en lo relacionado al problema de las sobredosis¹⁸.

“¿Qué beneficios puede traer para una persona que le permitan usar drogas? Ninguno”

5 Las Salas van a incentivar el uso de drogas y a desincentivar el acceso a tratamientos

“Si pueden consumir tranquilamente drogas ¿Quién va a convencerlos de que entren a un tratamiento?”

Las Salas ofrecen una ruta para que los consumidores puedan recibir atención médica y tratamientos a los que tradicionalmente no tienen acceso. Distintas evaluaciones han demostrado que el uso de estos servicios está asociado a un aumento en la administración de tratamientos de desintoxicación y de drogodependencias, incluido el tratamiento de sustitución de opioides¹⁹.

6 Las Salas no atacan el verdadero problema que es la delincuencia asociada al uso de drogas

Una de las mayores preocupaciones a la hora de establecer una SUS es que se convierta en una puerta para que la delincuencia asociada al uso de droga se incremente. La evidencia muestra que en los países en los que se instalaron salas no ha habido ningún aumento en los delitos asociados al consumo de drogas (microtráfico o hurtos por consumo)²⁰.

“Aquí el problema es que consumen y roban, o roban para consumir ¿Y para qué sirven las salas?”

Estas preocupaciones ciudadanas deben ser tenidas en cuenta en el debate, a la luz de la evidencia y con el objetivo de diseñar políticas que disminuyan los riesgos y los efectos colaterales. Si bien las evaluaciones analizadas para dar respuesta a estos “mitos” han sido

realizadas en países desarrollados, arrojan importantes lecciones. No se trata de dar una discusión alejada de nuestra características y condiciones sociales, sino explorar alternativas considerando el camino recorrido por otras ciudades y países.

III. Principales retos para la instalación de Salas de Uso Supervisado en Colombia

La discusión sobre las SUS no es algo nuevo en Colombia. En la última década, expertos y académicos han recomendado –en distintos espacios y momentos– su implementación. Sin embargo, la idea de la instalación de las Salas no se ha materializado por un conjunto de obstáculos en su implementación como las restriccio-

nes legales, la falta de apoyo político y desacuerdos entre las instituciones competentes. En esta sección nos concentraremos en los retos legales, con el objetivo de dar elementos técnicos que sirvan para la discusión en el Congreso, así como para la valoración de estas iniciativas por parte de las autoridades nacionales y locales.

Los principales retos legales para instalar Salas de Uso Supervisado

Existen un conjunto de definiciones y restricciones legales que deben ser tenidas en cuenta en el diseño e implementación de las SUS. Aquí analizamos los principales obstáculos a superar basados el marco jurídico vigente en materia de drogas conformado por los tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado; la Constitución Política; las leyes, decretos y reglamentaciones; los criterios jurisprudenciales construidos por las Altas Cortes, así como las políticas a nivel nacional de salud pública frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA).²¹

A nivel constitucional, el Acto Legislativo 002 de 2009 que reformó el artículo 49 de la Constitución Política define de forma transversal y bajo un enfoque de derechos humanos, el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas dentro del marco jurídico vigente. Dicha reforma –y los posteriores pronunciamientos de las Cortes al respecto– le dan marco a los usos médicos y científicos de las SPA y eleva a rango constitucional el **deber de adoptar medidas administrativas y de orden pedagógico, profiláctico y terapéutico a favor de**

las personas consumidoras²². Este acto reforzó la línea jurisprudencial en materia de consumo adoptada por la Corte Constitucional frente a la dosis personal y el ejercicio del libre desarrollo de la personalidad.

En Colombia está permitida la dosis personal, lo cual facilita que se avance con el establecimiento de SUS, para que los usuarios ingresen con las sustancias pre adquiridas. Sin embargo, la dosis personal solo está definida expresamente para un grupo limitado de sustancias, mientras que para las otras sustancias no existen cantidades o dosis definidas. Para evitar esta zona gris, es importante que el Ejecutivo y el Congreso de la República definan con mayor claridad la dosis personal para todas las sustancias, de forma que se eviten vacíos legales que podrían surgir en el marco de la creación de las Salas.

A continuación, se identifican los asuntos claves que hay que solucionar desde la perspectiva legal para la instalación de las SUS:



A. La **obtención de los permisos especiales** para la correcta instalación y operación de las SUS, para superar la prohibición establecida en el art. 377 del Código Penal. Para esto deben emitirse los permisos de la autoridad competente, en el marco de los usos médicos o científicos.

B. La **aplicación de excepción** para la obligación de propietarios de clínicas, centros asistenciales y oficinas públicas de **expulsar y reportar a quienes consumen** y/o portan SPA.

C. La **localización de la Sala debe ser estratégica** no solo por la naturaleza, objetivos y población clave sino porque, de acuerdo con el Código Penal colombiano, cualquier delito relacionado con SPA se agrava si se comete en, o aledaño a, centros educacionales, asistenciales, culturales, recreativos o vacacionales, así como cuarteles, establecimientos carcelarios y sitios donde se celebren espectáculos, diversiones públicas o actividades similares.

D. **Aplicación de medidas estrictas dentro de la Sala** para evitar que usuarios y/o personal vendan, ofrezcan o almacenen SPA en caso de que la sala únicamente se contemple para pre-obtención de la droga por parte del usuario.

E. Las **estrategias de publicidad y comunicación** que se lleven a cabo respecto a cualquier plan, programa o estrategia de las SUS, deben poner especial cuidado en que el mensaje difundido sea claro y no se preste para interpretar que se está publicitando, propiciando o invitando al uso de sustancias psicoactivas (actividades prohibidas por la ley).

F. Frente a **los usuarios de las SUS**, es necesario tomar las medidas necesarias para que las sanciones penales

y administrativas previstas en el ordenamiento jurídico, no los desincentiven de beneficiarse de la política de reducción de daño. Lo anterior, tomando en consideración las sanciones penales relacionadas con el transporte, almacenamiento, conservación y adquisición de sustancias psicoactivas, entre otras, así como la penalización por portar dosis que excedan la cantidad para uso personal.

G. Definir la **viabilidad y conveniencia de que las SUS se consideren prestadores de servicios de salud** y luego definir los estándares de habilitación vía resolución, siguiendo los **estándares de habilitación y de acreditación**, establecidos en la Resolución 0002003 de 2014 del Ministerio de Salud.

Además de estos retos, es importante brindar un entorno propicio para la instalación de las salas. Un asunto clave en este sentido es la actuación de la Policía en las inmediaciones de las SUS, con el propósito de garantizar que no se creen lugares de venta o distribución en los alrededores y existan las condiciones adecuadas de seguridad para evitar la criminalización de las personas consumidoras.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que en la gran mayoría de las SUS que existen en el mundo, se usan drogas que son **pre-obtenidas por los usuarios**. En el caso de considerar la producción y el suministro de drogas por parte del Estado hay retos legales adicionales, dentro de los cuales se destacan:

La necesidad de evidencia científica:

De acuerdo al art. 15 de la Ley 1751 de 2015 sobre Prestaciones de salud “El sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse

a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: (..) b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica, c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica, e) Que se encuentren en fase de experimentación”²².

La valoración de los estudios clínicos y demás evidencia científica que exista y apoye la aplicación terapéutica le corresponde a la Comisión Revisora del Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA), así como al Ministerio de Salud a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, y la Dirección de Calidad de Servicios y el IETS como ente independiente asesor. Estas entidades deben primero aprobar la inclusión de las SPA que se suministrarían en las normas farmacológicas y/o listado de plantas para fines terapéuticos, según criterios de eficacia, seguridad y balance beneficio-riesgo-coste.

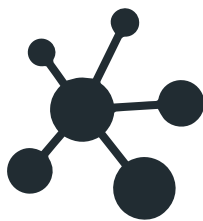
Esto adquiere especial relevancia si se consideran alternativas como el uso de la marihuana para reducir la adicción al basuco, teniendo en cuenta que si bien los hallazgos de algunos estudios sobre cómo manejar el consumo problemático del *crack* (sustancia con características similares al basuco), son relevantes, esta evidencia no está consolidada –en buena medida por las limitaciones legales que han marcado este tipo

de investigaciones–. De ahí la importancia de tener en cuenta la implementación de pilotos que en condiciones de seguridad jurídica y bajo los parámetros de la investigación científica, permitan explorar alternativas.

Los requisitos para el uso de productos de consumo humano:

Como cualquier otro medicamento o producto fitoterapéutico, las sustancias que suministre el Estado se registrarían por diferentes normas como el Código Sanitario (Ley 9 de 1979), el Decreto 677 de 1995 y el Decreto 2266 de 2004, que regulan las condiciones de evaluación, registro, producción y venta de este tipo de productos, así como la Resolución N° 1478 de 2006 del Ministerio de Salud que define los controles en cabeza del Fondo Nacional de Estupefacientes, para toda la cadena legal de suministro de un estupefaciente para un fin médico o científico.

Bajo las condiciones actuales, si bien sería posible avanzar en la instalación de la SUS siguiendo cada una de las definiciones y requerimientos planteados en la ley, es relevante abrir la discusión sobre modificaciones al marco normativo que viabilicen las alternativas de reducción de daños. El Proyecto de Ley 161/2016 da un paso importante en esta línea y abre este debate en el Congreso.



IV. Ocho preguntas claves a resolver sobre las SUS

El diseño e implementación de las Salas de Uso Supervisado por parte de las administraciones locales y las entidades territoriales, así como de las instituciones en el ámbito nacional, debe guiarse por las siguientes preguntas:

1. ¿Quiénes serán los usuarios? Un elemento clave es la definición de la población objetivo que por lo general son usuarios de drogas que están en situación de vulnerabilidad y que tienen dificultades para acceder a los servicios de atención médica y social.

2. ¿Cuáles sustancias estarán habilitadas para el consumo controlado? La mayoría de las Salas alrededor del mundo se enfocan en las drogas inyectables, sin embargo, sería importante considerar otro tipo de sustancias asociadas también con consumos riesgosos como el basuco.

3. ¿De dónde obtendrán los usuarios las sustancias? Lo usual es que las sustancias que se usan en las Salas son pre-obtenidas (en el mercado ilegal). Si bien el suministro de las drogas por parte del Estado podría contribuir a alejar a los usuarios del mercado ilegal, también podría restringir la gama de sustancias, teniendo en cuenta los requisitos planteados por la ley. También el operador de la SUS podría monitorear la calidad de la sustancia, aún ilegal (*drug checking*), evitando intoxicaciones y sobredosis.

4. ¿Qué tipo de Sala se quiere instalar (integrada, especializada o móvil)? Las alternativas son múltiples y se podrían aplicar progresivamente, a medida que se amplían los servicios.

5. ¿Qué servicios prestará la Sala? Este es un asunto clave que tiene que ver con la integración de las salas a la oferta institucional del Estado en el ámbito de lo social y de salud pública, o su limitación a la distribución de materiales estériles y la supervisión del consumo.

6. ¿Quién será responsable y de dónde saldrán los recursos para su mantenimiento? Las Salas deben ser entendidas en el marco de una estrategia de reducción de daños, desarrolladas idealmente por las instituciones del sector salud en coordinación con aquellas que tienen competencias en el ámbito social. En algunos casos, su administración y gestión puede estar a cargo de organizaciones privadas, con la supervisión del Estado.

7. ¿Cómo se trabajará con la Policía? ¿Cómo se trabajará con los funcionarios públicos? La articulación con la Policía es clave para garantizar un entorno propicio para las SUS. De la misma manera, es necesario sensibilizar a los funcionarios y trabajar en procesos de apropiación por parte de las distintas instituciones del Estado.

8. ¿Cómo se hará el monitoreo y la evaluación de la Sala? Las salas deben ser monitoreadas y evaluadas desde el principio de su instalación, de tal manera que se hagan los ajustes necesarios, se atiendan las contingencias y se analice su cobertura, efectividad e impacto en términos de salud pública, seguridad y política social.

Para la FIP y Elementa, abordar estas preguntas permitirá pasar de discusiones abstractas, frecuentemente basadas en miedos y prejuicios, al debate sobre políticas públicas sensibles y humanas con las poblaciones más vulnerables, que hoy se encuentran fuera de la oferta institucional, en una situación de riesgo evidente.

Referencias

- 1** Existen dos tipos de consumo: no problemático y problemático. Los primeros hacen referencia a aquellos que se llevan a cabo por personas adultas y que no afectan su vida y salud ni derechos a terceros, esto ocurre por ejemplo con los consumidores recreativos. Los problemáticos son aquellos que generan riesgos a terceras personas (conducir bajo efecto de alcohol o marihuana); y los consumos afectan de manera significativa su salud y la vida cotidiana de las personas al punto que dejan de ser funcionales. Uprimny Rodrigo, Guzmán Diana Esther et. al. Política frente al Consumo de Drogas de Uso Ilícito en Colombia en Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) Pág. 8
- 2** Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber (2010) “Drug consumption facilities in Europe and beyond” en Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.; Joseph Rowntree Foundation (2006) The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. Disponible en: <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/9781859354711.pdf>; Ilundain, E. Marquez, I. (2005) “Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas,” Adicciones 17 (2): pp. 287-297.
- 3** Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (2017) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf.
- 4** Ibid.
- 5** Ibid.
- 6** Global Platform for Drug Consumption Rooms (2017) First supervised injection centre approved. Disponible en: <http://www.salledeconsommation.fr/first-supervised-injection-centre-approved.html#mSn1s6WW>.
- 7** Katie Zezima (2017) Awash in overdoses, Seattle creates safe sites for addicts to inject illegal drugs. The Washington Post. Disponible en: https://www.washingtonpost.com/politics/awash-in-overdoses-seattle-creates-safe-sites-for-addicts-to-inject-illegal-drugs/2017/01/27/ddc58842-e415-11e6-ba11-63c4b4fb5a63_story.html?utm_term=.e46e9c42cb79. (2016) France’s first drug room for addicts to inject opens in Paris. Disponible en: <http://www.bbc.com/news/world-europe-37617360>.
- 8** Hannah Klarner (2017) Illicit-drug Use OK in ‘Safe’ Site Under Maryland Bill. U.S. News. Disponible en: <https://www.usnews.com/news/maryland/articles/2017-02-17/illicit-drug-use-ok-in-safe-site-under-maryland-bill>.
- 9** Danny Spewak (2017) Safe injection sites proposed for Buffalo. WGRZ. Disponible en: <http://www.wgrz.com/news/health/safe-injection-sites-proposed-for-buffalo/436523626>.
- 10** Alison Noon (2017) A lawmaker wants to allow California addicts to use heroin, crack and other drugs at supervised facilities to cut down on overdoses. U.S. News. Disponible en: <https://www.usnews.com/news/us/articles/2016-04-05/california-lawmaker-wants-to-allow-supervised-heroin-use>.
- 11** Hannah Klarner (2017) Illicit-drug Use OK in ‘Safe’ Site Under Maryland Bill. U.S. News. Disponible en: <https://www.usnews.com/news/maryland/articles/2017-02-17/illicit-drug-use-ok-in-safe-site-under-maryland-bill>.
- 12** Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber (2010) “Drug consumption facilities in Europe and beyond” en Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds) Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Heike Zurhold, Peter Degkwitz, Uwe Verthein Christian Haasen (2003) “Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance”, Journal of Drug Issues, 33: 633-88. Simmedinger, R. and Vogt, I. (2008), Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2007. Endbericht, ISFF, Frankfurt am Main. van Beek, I. (2007), The Medically Supervised Injecting Centre: the first 7 years, Clinical Activity Data. Disponible en <http://>

[www.salledeconsommation.fr/ media/dr-ingrid-van-beek-msic-the-first-7-years-sydney-2007.pdf](http://www.salledeconsommation.fr/media/dr-ingrid-van-beek-msic-the-first-7-years-sydney-2007.pdf).

13 C. Potier et al., “Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review,” *Drug Alcohol Depend* 145C (2014): 48-68. Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber (2010) “Drug consumption facilities in Europe and beyond” en Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.; Rodríguez E, Martín U, Bacigalupe A. *Análisis de la actividad de la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao*. Bilbao: Munduko Medikak; 2010. Disponible en: [http://www.salledeconsommation.fr/ media/impacto-sociocomunitario-de-la-scs-de-bilbao-medicos-del-mundo-2012.pdf](http://www.salledeconsommation.fr/media/impacto-sociocomunitario-de-la-scs-de-bilbao-medicos-del-mundo-2012.pdf)

14 Clua García, Rafael. Salas de consumo higiénico en España (2000-2013). *Salud colect*. [online]. 2015, vol.11, n.2 [citado 2016-12-22], pp. 261-282 . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652015000200009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265 ; Réseau National D’information Sur Les Drogues Et Les Toxicomanies (2011) *National Drug Report 2011*. Disponible en: [http://www.relis.lu/Portals/1/L%C3%89tat du ph%C3%A9nom%C3%A8ne%20des%20drogues%20et%20des%20toxicomanies Edition%202011.pdf](http://www.relis.lu/Portals/1/L%C3%89tat%20du%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne%20des%20drogues%20et%20des%20toxicomanies%20Edition%202011.pdf); Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber (2010) “Drug consumption facilities in Europe and beyond” en Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

15 DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J. and Kerr, T. (2008), ‘Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver’s supervised injection facility’, *Substance Abuse Treatment Prevention Policy* 7 May, 3, p. 11. Disponible en: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-3-11>

16 Wolf, J., Linssen, L. and de Graaf, I., assisted by van Dam, T. (2003), ‘Drug consumption facilities in the Netherlands’, *Journal of Drug Issues* 33, pp. 649–61. Ronco, C., Spuler, G., Coda, P. and Schöpfer, R. (1996a), ‘Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel [Evaluation of street facilities I, II and III in Basel]’, *Sozial- und Präventivmedizin*, 41 (Supplement 1), pp. S58–S68. Abstract in English available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8693818>. Ronco, C., Spuhler, G. and Kaiser, R. (1996b), ‘Evaluation des “Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige” in Luzern [Evaluation of a stay and care center for drug addicts in Lucerne]’, *Sozial- und Präventivmedizin*, 41 (Supplement 1), pp. S45–S57. Abstract in English available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8693816>. Linssen, L., de Jong, W. and Wolf, J. (2001), *Gebruikersruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Series: Resultaten Scoren, Trimbos Instituut, Utrecht. Available at [www.ggz-nederland.nl/scrivo/ asset.php?id=306955](http://www.ggz-nederland.nl/scrivo/asset.php?id=306955). Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. and Haasen, C. (2003), ‘Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance’, *Journal of Drug Issues* 33, pp. 663–88; Nanna Kappel, Eva Toth, Jette Tegner y Sigurd Lauridsen (2016) “A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs,” *Harm Reduction Journal*, 13 (20): <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-016-0109-y>

17 C. Potier et al., “Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review,” *Drug Alcohol Depend* 145C (2014): 48-68.; <http://www.drugconsumptionroom-international.org/index.php/locations/2015-09-27-13-37-46/location-luxembourg>; Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S. and Kerr, T. (2011), ‘Reduction in overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study’, *The Lancet* 23 April, 377(9775), pp. 1429–37.

18 Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms*, EMCDDA, Lisbon.; Bravo, M.J., Royuela, L., de la Fuente, L., Brugal, M.T., Barrio, G., Domingo-Salvany, A. et al, *Use of supervised injection facilities and injection risk behaviors among young drug injectors*. *Addiction*. 2009; 104:614–619. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/24006607 Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors](https://www.researchgate.net/publication/24006607_Use_of_supervised_injection_facilities_and_injection_risk_behaviours_among_young_drug_injectors).; MSIC Evaluation Committee (2003), *Final report of the evaluation of the Sydney*

Medically Supervised Injecting Centre, Authors, Sydney. Disponible en: <http://www.indro-online.de/sydneyfinal-report.pdf>.; Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J. and Wood, E. (2005), 'Safer injecting facility use and syringe sharing in IDUs', *Lancet* 23–29 July, 366 (9482), pp. 316–18

19 Nanna Kappel, Eva Toth, Jette Tegner y Sigurd Lauridsen (2016) "A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs," *Harm Reduction Journal*, 13 (20): <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-016-0109-y>.; DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., et al. (2011), 'Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility', *Drug and Alcohol Dependence* 15 January, 113(2–3), pp. 172–6.; Kimber, J., Kimber, J., Mattick, R.P., Kimber, J., Mattick, R.P., Kaldor, J., Kimber, J., Mattick, R.P., Kaldor, J., van Beek, I., 2008. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review*. 27, 602–612.

20 Linssen, L., de Jong, W. and Wolf, J. (2001), *Gebruikersruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Series: Resultaten Scoren, Trimbos Instituut, Utrecht. Available at www.ggz nederland.nl/scrivo/asset.php?id=306955.; Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T. and Dubois-Arber, F. (2003), *Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000*, *Raisons de santé* 103, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne. ; Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G. and Kerr, T. (2006), 'Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime', *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 4, pp. 1–4.; Freeman, K., Jones, C. G., Weatherburn, D. J., et al. (2005), 'The impact of the Sydney MSIC on crime', *Drug and Alcohol Review*, 24 (2), pp. 173–84.; Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms*, EMCDDA, Lisbon.

21 Véase: artículos 16 y 49 de la Constitución Política, Acto Legislativo 02 de 2009. Gaceta del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia. Diciembre 21 de 2009. Ley 1566 de 2012. Corte Constitucional Colombiana, C-221 de 1994, C-101 de 2004; C-879 de 2008; C-574 de 2011; T 094 de 2011; C-491 de 2012; Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, Radicación No. 35978 de 2011, y Radicación No 42617 de 2014. Véase también, Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas 2007; Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada, Bogotá, marzo 2013 y Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención de sustancias psicoactivas 2014/2021 .El Plan se basa en la definición de salud pública contemplada en la Ley 1122 de 2007 la cual señala que "la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad."

22 Ley 1751 de 2015. Gaceta del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia. 16 de febrero de 2015.

23 Fischer, B, Et. Al (2015) Addressing the stimulant treatment gap: A call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use. *International Journal of Drug Policy*, 26(12):1177-82.; Socías, M.E, et.al (2017) Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis, *Addictive Behaviors*, 72:138-143.; Labigalini, E. et.al (1999) Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil, *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (4):451-5.

• • • • •

Fundación Ideas para la Paz

World Trade Center

Calle 100 # 8A - 37

Torre A, Oficinas 305 y 701

Bogotá, Colombia

<http://www.ideaspaz.org/>

Elementa Consultoría en Derechos

Calle 98 # 9 - 03

Oficina 602

Bogotá, Colombia

<http://www.elementa.co/>

Bogotá 2017