

OBSERVATORIO RIOD

INFORME SOBRE PERFILES Y CONTEXTOS

Nodo Andino



Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



DOCUMENTO PERFILES

Nodo Andino.

1.	Contexto general del Nodo	3
	1.1. Colombia	4
	1.2. Perú	6
	1.3. Venezuela	8
2.	Normativas respecto a las drogas y las adicciones en el Nodo	9
	2.1. Colombia	9
	2.2. Perú	11
	2.3. Venezuela	12
3.	Estrategias y Planes sobre drogas y adicciones en el Nodo.	13
	3.1. Colombia	13
	3.2. Perú	13
	3.3. Venezuela	14
4.	Institucionalidad en los países del Nodo	14
	4.1. Colombia	14
	4.2. Perú	15
	4.3. Venezuela	15
5.	Dispositivos, programas y recursos existentes en los países del Nodo	16
	5.1. Colombia	16
	5.2. Perú	16
	5.3. Venezuela	16
6.	Sistemas de información/recogida de evidencias en los países del Nodo	17
	6.1. Colombia	18
	6.2. Perú	17
	6.3. Venezuela	18
7.	Conclusiones y recomendaciones	19

DOCUMENTO PERFILES

Nodo Andino

1. CONTEXTO GENERAL DEL NODO

En el **Nodo Andino de la RIOD** tienen representación los países de Colombia, Perú y Venezuela. Entre todos ellos hay algunos elementos comunes y otros diferenciales en cuanto al fenómeno de las drogas, así como en la coyuntura de los últimos años en relación a los efectos de la pandemia de COVID-19.

Frente a lo anterior en los tres países se destaca como factor común las afectaciones tanto a nivel de las organizaciones como del fenómeno mismo del consumo. De un lado, porque las organizaciones sociales que trabajan el tema de drogas han visto disminuidas sus posibilidades de actuación como reflejo de la crisis económica asociada al COVID. Por otro lado, los usuarios de sustancias psicoactivas que se vieron afectados en un principio por la disponibilidad de ciertas sustancias, cambios en los patrones de consumo, las afectaciones en la salud mental y por la disminución de las posibilidades de atención en materia social y de salud.

Resaltamos las referencias a políticas y planes de actuación en relación a la reducción de la demanda de drogas con diferentes niveles de desarrollo e implementación. No podría decirse que hay igualdad en cuanto a los parámetros de actuación de los distintos países pero sí que en todos hace parte de la agenda pública. Unido a lo anterior el consumo no está penalizado aunque existen restricciones en cuanto al

porte de sustancias. Sin embargo, en la práctica los consumidores se ven afectados por medidas restrictivas de parte de la sociedad y de organismos de control, originado en parte por el estigma y atribuciones o malas interpretaciones de la ley.

Los programas de prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños están considerados en algunos de los países, pero ese nivel de implementación se considera aún muy bajo para las necesidades de la población. En cualquier caso se considera que en Colombia y Perú las políticas y planes tienen unos niveles de desarrollo bajo y requerirían mayores esfuerzos para su implementación.

En lo que respecta a los planes y programas de atención a población consumidora también se encuentra la existencia de servicios con diferentes modalidades y capacidades de atención según cada país. No obstante, es difícil hablar de redes articuladas, integradas e integrales que realicen dicha atención, por lo que esta es una materia de amplia discusión en cuanto a la correspondencia entre las necesidades de la población, la oferta y calidad de la atención.

En estos países se encuentra también algún desarrollo en cuanto a monitoreo, a través de observatorios, con distintas formas de actuar y de divulgación. Contamos con estudios que dan cuenta de la situación de consumos, pero no se encuentra clara evidencia de resultados de las acciones de las políticas y planes de actuación, por lo que ésta es una materia de especial bajo desarrollo.

En la siguiente tabla recogemos los **datos cuantitativos más relevantes del Nodo Andino de RIOD** en el ámbito del consumo de drogas y adicciones:

Nodo Andino				
INFORMACIÓN FINANCIERA (MEDIA DEL PRESUPUESTO POR ORGANIZACIONES)	1.431.228 USD			
RECURSOS HUMANOS	688			
SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDAS EN EL ÚLTIMO AÑO	Marihuana, Alcohol y Pasta Base			
ADICCIONES SIN SUSTANCIAS				
TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS	8.777	5.741 hombres	2.996 mujeres	40 personas no binarias

* Estos datos corresponden a lo aportado y/o observado por las organizaciones socias de RIOD en este nodo.

1.1. Colombia.

En la siguiente tabla podemos observar **los datos generales del país** con respecto a la desigualdad, pobreza y otros determinantes sociales:

<p>ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO</p>	<p>El índice de desarrollo humano en el año 2019 es de 0.767 ocupando Colombia el puesto 83 de 189 en el ranking mundial, clasificándose como un índice de desarrollo humano alto, habiendo sufrido en el periodo de 2014-2019 una variación positiva de 2 puntos.</p> <p>Por otro lado, en referencia al índice de desarrollo humano Colombia tiene el puesto 101 de 189 en el ranking mundial del índice de desigualdad de género.</p> <p>Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2020) Informe sobre Desarrollo Humano 2020</p> <p>La próxima frontera: El desarrollo humano y el Antropoceno</p> <p>https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2020</p>
<p>ÍNDICE DE GINI (DESIGUALDAD)</p>	<p>En el año 2020 el Índice de Gini en el país Colombiano ha sido de 0.55, siendo este el dato más alto registrado en América latina en este periodo, cuyo promedio está en un 0.46.</p> <p>Este dato ha empeorado en los últimos años recogiendo un 0.511 en 2017.</p> <p>CEPAL (2021) Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas.</p> <p>https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf</p>
<p>TASAS DE POBREZA</p> <p>https://forbes.co/2021/04/29/economia-y-finanzas/en-2020-la-pobreza-en-colombia-llego-al-425-de-la-poblacion-dane/</p>	<p>Tasa de Pobreza: Excede los 8 puntos porcentuales. (42.5%)</p> <p>Pobreza extrema: Aproximadamente 6.4 puntos porcentuales. (15.01%)</p> <p>Colombia es uno de los países con mayor incremento de la pobreza según los datos recogidos de diferentes países de América Latina. Tanto el dato recogido de pobreza como de pobreza extrema implican un gran retroceso en el país, ya que los datos recogidos son similares a los de 2008, no habiendo una evolución positiva.</p> <p>CEPAL (2021) Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas</p> <p>https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf</p> <p>https://forbes.co/2021/04/29/economia-y-finanzas/en-2020-la-pobreza-en-colombia-llego-al-425-de-la-poblacion-dane/</p>
<p>RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL MUNDIAL)</p>	<p>La posición de Colombia en el Ráncing del cumplimiento de los ODS a nivel mundial es de 68 con una puntuación de 70.56 sobre 100.</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>
<p>RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE)</p>	<p>Entre los países de América Latina y el Caribe, Colombia ocupa el puesto número 9 en el cumplimiento de los ODS.</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>

En el último año **diversos factores han tenido un gran impacto** en el mundo de las drogas y adicciones. En Colombia resaltamos la pandemia por COVID19, la situación socioeconómica del país y las barreras al sistema de salud, como tres circunstancias que están modificando el panorama con el que veníamos trabajando años anteriores:

1. **La pandemia por covid-19.** La cual trajo como consecuencias adicionales frente al consumo de drogas el cambio en los patrones de consumo, cambio en la accesibilidad de la misma, entre otras. Adicionalmente, desencadenó situaciones de salud mental entre la población colombiana. Respecto a esta situación son varios los desafíos que la emergencia sanitaria del coronavirus ha generado, experimentados a través del aislamiento como el distanciamiento social, exacerbando en la población múltiples reacciones emocionales que afectaron la salud mental, lo que podría haber tenido efectos en el aumento del consumo de drogas ilícitas en el último año (pero se desconoce evidencia al respecto).
2. **La situación socioeconómica** que atraviesa el país como consecuencia de la pandemia por Covid19 y el estallido social ocurrido en el año anterior. Estas situaciones han agudizado un aumento en el costo de vida de los colombianos y colombianas. Estas y otras situaciones pueden afectar los consumidores de SPA (especialmente quienes se encuentran en situación de más vulnerabilidad) afectando la relación con el entorno, la familia y el trabajo, generando diferentes problemáticas a nivel de las relaciones, desempleo, aumento de migración, economía desde la informalidad y múltiples problemas a nivel de salud,

generando pobreza y vulneraciones de las condiciones de vida, problematizando el desarrollo integral del ser humano.

3. **Las barreras de acceso en el sistema de salud.** El fenómeno del consumo de SPA desde una mirada multicausal, requiere de un nivel de atención integral donde la complejidad y las barreras existentes en salud han llevado a complejizar la atención, en desmejora de garantizar el enfoque de derechos desde la atención para los consumidores de SPA en el sistema de salud.

Partiendo de las circunstancias anteriores en Colombia nos encontramos con **diversos desafíos**. Podríamos destacar los siguientes:

1. La gestión de cara al poco apoyo de las autoridades locales: debido a las políticas de las administraciones locales (alcaldías), no se está contando con las OSC en el desarrollo de programas y proyectos relacionados con el consumo de SPA, sino que esto lo están haciendo con otras organizaciones públicas que no siempre cuentan con la experticia en estos temas. Este escenario implica la búsqueda de otras opciones por parte de las OSC.
2. Las OSC, especialmente las que hacen tratamiento, tienen la opción de habilitar sus servicios para contratar con el sistema de salud, pero con unos modelos de contratación desventajosos y exigencias que exceden las capacidades de las organizaciones y afectan la prestación adecuada de los servicios, lo que pone en riesgo su estabilidad económica.



1.2. Perú.

En la siguiente tabla podemos observar **los datos generales del país** con respecto a la desigualdad, pobreza y otros determinantes sociales:

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	<p>El índice de desarrollo humano en el año 2019 es de 0.777 ocupando Perú el puesto 79 de 189 en el ranking mundial, clasificando como un índice de desarrollo humano alto, no habiendo sufrido en el periodo de 2014-2019 variación.</p> <p>Por otro lado, en referencia al índice de desarrollo humano Perú tiene el puesto 87de 189 en el ranking mundial del índice de desigualdad de género.</p> <p>Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2020) Informe sobre Desarrollo Humano 2020</p> <p>La próxima frontera: El desarrollo humano y el Antropoceno</p> <p>https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2020</p>
ÍNDICE DE GINI (DESIGUALDAD)	<p>En el año 2020 el Índice de Gini en el país peruano ha sido de 0.46, coincidiendo este con el promedio registrado en América latina en este periodo, cuyo dato está en un 0.46 también..</p> <p>Este dato ha empeorado en los últimos años recogiendo un 0.438 en 2017.</p> <p>CEPAL (2021) Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas.</p> <p>https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf</p>
TASAS DE POBREZA	<p>Tasa de Pobreza: Llega a los 13 puntos porcentuales.(30,1%)</p> <p>Pobreza extrema: Aproximadamente 5.6 puntos porcentuales. (5.1%)</p> <p>Perú, es uno de los países que al valorar los datos recogidos en 2014 se observa un mayor retroceso en la tasa de pobreza extrema, así como en el cumplimiento del objetivo de disminuir la pobreza en el país.</p> <p>CEPAL (2021) Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas</p> <p>https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf</p> <p>https://www.ipe.org.pe/portal/pobreza-2020-el-peru-retrocede-10-anos/</p>
RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL MUNDIAL)	<p>La posición de Perú en el Ránking del cumplimiento de los ODS a nivel mundial es de 63 con una puntuación de 71.09 sobre 100</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>
RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE)	<p>Entre los países de América Latina y el Caribe, Perú ocupa el puesto número 7 en el cumplimiento de los ODS.</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>

En el último año **diversos factores han tenido un gran impacto** en el mundo de las drogas y adicciones. En Perú resaltamos impacto por COVID19 y la ampliación por coberturas de intervención, como dos circunstancias que están modificando el panorama con el que veníamos **trabajando años anteriores:**



- 1. Impacto del COVID-19 en los patrones de consumo de drogas.** El COVID19 a nivel de salud mental ha provocado cambios emocionales y depresiones, que han sido fruto del aislamiento preventivo, para minimizar el contagio y propagación del virus. Provocando esta situación el aumento del consumo de SPA en jóvenes y adultos.

Unido a lo anterior, el impacto social de la pandemia ha provocado un aumento de la desigualdad, la pobreza y las condiciones de salud mental, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables, factores que podrían empujar a más personas al consumo de drogas. (UNODC 2021)

- 2. Ampliación de la coberturas de intervención.** Se ve necesario ampliar la intervención a nivel preventivo, y de mitigación en los ámbitos familiar, social, comunitario e individual que permitan reconocer las habilidades y capacidades tanto del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad para contrarrestar el flagelo del consumo de SPA

Partiendo de las circunstancias anteriores en Perú nos encontramos con **diversos desafíos**. Podríamos destacar los siguientes:

1. Fortalecimiento de las políticas de reducción de la demanda de drogas a través de mayor dotación de recursos financieros para la ampliación de coberturas de intervención.

2. Fortalecimiento de las políticas de reducción de la demanda de drogas a consecuencia de una mayor priorización de la salud mental y adicciones en la ciudadanía y tomadores de decisiones en función de las consecuencias negativas de la pandemia por COVID-19.

Unido a lo anterior, desde nuestra perspectiva, incluiríamos la necesidad de un mayor involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil en la política nacional de drogas.



1.3 Venezuela.

En la siguiente tabla podemos observar **los datos generales del país** con respecto a la desigualdad, pobreza y otros determinantes sociales:

<p>ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO</p>	<p>El índice de desarrollo humano en el año 2019 es de 0.711 ocupando Venezuela el puesto 113 de 189 en el ranking mundial, clasificando como un índice de desarrollo humano alto, no habiendo sufrido en el periodo de 2014-2019 una gran variación negativa de -44 en el ranking mundial del Índice de Desarrollo Humano.</p> <p>Por otro lado, en referencia al índice de desarrollo humano Venezuela tiene el puesto 119 de 189 en el ranking mundial del índice de desigualdad de género.</p> <p>Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2020) Informe sobre Desarrollo Humano 2020</p> <p>La próxima frontera: El desarrollo humano y el Antropoceno</p> <p>https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2020</p>
<p>ÍNDICE DE GINI (DESIGUALDAD)</p>	<p>En el año 2020 el Índice de Gini en el país venezolano ha sido de 0.495, superando este el promedio registrado en América latina en este periodo, cuyo dato está en un 0.46 también..</p> <p>Este dato ha empeorado en los últimos años recogiendo un 0.448 en 2006.</p> <p>https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=VE</p> <p>https://elucabista.com/2021/09/29/encovi-2021-retrata-un-pais-con-945-de-pobreza-sin-oportunidades-de-trabajo-y-mayor-inequidad-en-el-acceso-a-la-educacion/#:~:text=En%20</p>
<p>TASAS DE POBREZA</p>	<p>En 2021 Venezuela ha registrado un aumento considerable de la pobreza extrema del país, pasando de un 25.2% en 2014 a un 76.6% en 2021.</p> <p>Statista Research Department. Porcentaje de la población venezolana bajo la línea de pobreza extrema 2010-2021.</p> <p>https://es.statista.com/estadisticas/1277980/porcentaje-de-la-poblacion-venezolana-bajo-la-linea-de-pobreza-extrema</p>
<p>RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL MUNDIAL)</p>	<p>La posición de Venezuela en el Ránking del cumplimiento de los ODS a nivel mundial es de 122 con una puntuación de 59</p> <p>32 sobre 100</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>
<p>RÁNKING EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ODS (NIVEL AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE)</p>	<p>Entre los países de América Latina y el Caribe, Venezuela ocupa el puesto número 21 en el cumplimiento de los ODS.</p> <p>Fuente: Sachs, J.; Kroll, C.; Lafortune, G.; Fuller, G.; y Woelm, F. Informe de Desarrollo Sostenible 2021. La década de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p> <p>https://dashboards.sdgindex.org/rankings</p>

En el último año **diversos factores han tenido un gran impacto** en el mundo de las drogas y adicciones. En Venezuela resaltamos algunas circunstancias que están modificando el panorama con el que veníamos trabajando años anteriores, ya que han surgido nuevos desafíos debidos a la pandemia y post-pandemia:

1. **Alteraciones en la forma de vida de muchos niños y adolescentes.** Los estudios indican que muchos jóvenes pueden estar experimentando mayores índices de ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental. Entre los desafíos más frecuentes que nos reportaron referidos al ámbito educativo fueron:

Estudiantes que no pudieron contar con acompañamiento de los padres.
Falta de acceso a adecuadas herramientas tecnológicas.
Disminuida la socialización entre pares generando frustración, aburrimiento estrés, ansiedad, desesperanza, enojo y depresión.
Consecuencias en la atención.
Desmotivación para el aprendizaje.

2. **Modelos Sociales Inadecuados.** El aislamiento social y el estrés relacionado con la pandemia probablemente fueron factores que contribuyeron al aumento en el consumo de drogas y en las consecuencias negativas de ese consumo. Durante el tiempo de Pandemia, caracterizado por períodos largos de confinamiento y aislamiento, se incrementaron los desafíos para desarrollar programas preventivos lo que dificulta atender requerimientos relacionados a la oferta de herramientas para fortalecer la salud mental

en las que disminuir la ansiedad y la depresión eran objetivos de vital importancia.

3. **Pérdida de programas de Prevención en los ámbitos laboral y educativo.** En los últimos tiempos se venía produciendo una saludable reivindicación de la evidencia en el campo preventivo. No obstante, a raíz de la pandemia el compromiso con la prevención tanto del ámbito laboral como educativo pasó a un segundo plano. La incertidumbre provocada por la pandemia de la covid-19 y la respuesta social e institucional a la misma ha afectado las referencias establecidas en prevención. Ahora se impone rediseñar el marco preventivo, rescatando lo valioso del programa pre-covid y buscando formas de acomodarlo a las circunstancias.

Partiendo de las circunstancias anteriores en Venezuela nos encontramos con **diversos desafíos**. Podríamos destacar los siguientes:

1. Reorientar los programas hacia estrategias de bienestar integral. Es tiempo de innovar, de fortalecer estrategias que mostraron su eficacia y ensayar metodologías novedosas que resulten viables en las condiciones actuales.
2. Adaptar los programas existentes a la demanda identificada. Nos vamos a plantear un momento de encuentro con cada una de las comisiones preventivas ya conformadas y capacitadas, donde prime la comunicación en todo sentido: conjuntamente con los miembros de las comisiones se determinará cuáles son los principales retos y cómo están preparados para apoyar las actividades preventivas.



2. **NORMATIVAS RESPECTO A LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES EN EL NODO**

2.1. Colombia.

Entre la normativa existente en el país colombiano hay referencias a las drogas y adicciones en **la Constitución Política de 1991**¹, en su artículo 49. **La Ley 30/1986**² es el Estatuto Nacional de Estupefacientes, mientras que la **Sentencia C 221 del 5 de mayo de 1994**³ de la Corte Constitucional declaró inexecutable los artículos de la Ley 30/86 que fijaban sanciones a quienes portaban o usaban las dosis mínimas permitidas de drogas, ya que vulneraban el derecho al libre

desarrollo de la personalidad. Si bien, el contenido de esta sentencia se ha visto modificado posteriormente. Por otro lado, destacamos la Sentencia c-491 de 2012, la cual aclaró que la dosis personal se mantiene despenalizada y que el consumo de drogas sigue entendiéndose como una actividad amparada por el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Unido a lo anterior la **Resolución 4886/2018**⁴ conformó la política nacional sobre salud mental y la



Resolución 089 de 2019 política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, recalamos la siguiente legislación colombiana:

Ley 1566 del 2012: A través de esta Ley se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”.

Ley 816 de 2016, en cuyo artículo 37 se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones los programas de prevención y tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas.

Derecho del bienestar familiar (Ley 1385_2010). En la que se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones.

Ley 1335 de 2009. En la que se recogen una serie de disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

En referencia a la legislación anterior, resaltamos que el consumo de drogas no está penado, se despenalizó en 1994 bajo el criterio de dosis mínima. Aclaramos que en la política de Drogas en Colombia, concretamente en 2009, se produjo una reforma constitucional que prohíbe el consumo de drogas, pero sin la posibilidad de imponer sanciones o medidas terapéuticas obligatorias a las personas consumidoras. En este sentido, en 2011 se promulgó la Ley de Seguridad Ciudadana, que reforma el código penal y elimina la excepción de no castigar el delito de porte de estupefacientes en cantidades de dosis personales. De acuerdo a la legislación colombiana la dosis mínima está fijada en 20 grs de Marihuana, 1 grs de Cocaína y 5 grs de Hachís y de metacualona que no exceda 2 grs. Todo ello comprobándose que sea para el consumo personal, ya que lo que se castiga es el tráfico de estupefacientes.

La Resolución 089 DE 2019 introdujo la Política Integral para la Atención del Consumo de Sustancias

Psicoactivas. Ha permitido tener una mirada más integral a la complejidad de la problemática del consumo de SPA, generando un impacto a nivel sanitario, económico y social, adoptado desde la prevención al consumo de SPA.

El objetivo principal es gestionar los resultados en salud, con las personas con consumo problemático, promoviendo la oportunidad, continuidad, acceso y calidad en los servicios de tratamiento y la integralidad de la atención en salud.

Por otro lado, esta resolución establece cinco ejes y líneas de acción:

EJE 1. Fortalecimiento de los factores protectores del consumo de SPA., desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en curso de vida y desarrollo de entornos protectores del consumo de SPA.

EJE 2. Prevención de factores de riesgo frente al consumo de SPA, prevención del consumo de SPA por curso de vida y reducción de factores de riesgo en los entornos.

EJE 3: Tratamiento integral: Línea de prevención en los servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual, redes de prestación de servicios para atención de personas consumidoras de SPA y sus familias. Atención diferenciada según necesidades y particulares poblacionales y territoriales, gestión de la prestación de los servicios. Reducción de daños asociados al consumo de SPA.

EJE 4. Rehabilitación integral e integración social: Fortalecimiento y ampliación de redes comunitarias, sociales e institucionales. Inclusión social efectiva.

EJE 5. Gestión Articulación sectorial e intersectorial: Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral del consumo de SPA, fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial, participación social en salud de personas, familias y comunidades y gestión del conocimiento, monitoreo y evaluación de la política.

Por último, la Ley 1616 de 2013 tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resaltar que dentro de las instituciones penitenciarias existen programas específicos de comunidades terapéuticas.



1. https://www.camara.gov.co/sites/public_html/leyes_hasta_1991/cp/constitucion_politica_1991.html#49

2. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2774>

3. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/c-221-94.htm>

4. http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsaludps_4886_2018.htm



2.2. Perú.

La normativa que rige la temática de drogas en Perú es la **Política Nacional Contra las Drogas al 2030: Decreto Supremo Nro. 192-2020-PCM**⁵.

La Presidencia del Consejo de Ministros tiene a su cargo la rectoría de la Política Nacional contra las Drogas al 2030 y su conducción está a cargo de la

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA), esta instancia tiene a su cargo el monitoreo, seguimiento y la evaluación de la Política Nacional contra las Drogas.

En la siguiente tabla se recoge la normativa vigente en Perú:

NORMA	RESUMEN
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ (ARTÍCULO 8) (1993).	Incorpora el combate y sanción del tráfico ilícito de drogas, así como la regulación de los tóxicos sociales.
DECRETO LEY N° 22095, LEY DE REPRESIÓN DEL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS (1978).	Reconoce el problema de salud pública que constituyen las drogas, establece entre sus objetivos la represión del tráfico ilícito de drogas que producen dependencia, la prevención de su uso indebido, la rehabilitación y la reducción de los cultivos de la planta de coca.
DECRETO LEGISLATIVO N° 824, LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS (1996).	Considera que el tráfico ilícito de drogas socava gravemente las bases culturales, políticas y económicas de la sociedad, declara de interés nacional la lucha contra el consumo de drogas en todo el territorio.
DECRETO LEGISLATIVO N° 1126 (2012).	A fin de reforzar la estrategia de seguridad y defensa nacional, se establecen medidas de control en los insumos químicos y productos fiscalizados, maquinarias y equipos utilizados para la elaboración de drogas ilícitas. Es objeto de esta norma adoptar medidas para el registro, control y fiscalización de los bienes fiscalizados que, directa o indirectamente, puedan ser utilizados en la elaboración ilícita de drogas.
DECRETO LEGISLATIVO N° 1241, NORMA QUE FORTALECE LA LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS (2015).	Reconoce la asociación del tráfico ilícito de drogas con otros ilícitos penales que atentan contra la seguridad ciudadana. Tiene por objeto reforzar la lucha contra el tráfico ilícito de drogas en sus diversas manifestaciones a través de la prevención, investigación y combate de dicho delito. Esta norma encarga a DEVIDA proponer las políticas y estrategias contra el tráfico ilícito de drogas y ejercer las funciones de articulación con los sectores e instituciones involucrados en la lucha contra este ilícito, para lo cual delinea un conjunto de disposiciones relacionadas con la labor de prevención; producción, comercialización y control de los cultivos de coca; investigación y combate del tráfico ilícito de drogas; y el apoyo de las fuerzas armadas.
CÓDIGO PENAL VIGENTE DE 1991, APROBADO POR DECRETO LEGISLATIVO N° 635 Y NORMAS MODIFICATORIAS.	Tipifica el tráfico ilícito de drogas, como delito contra la seguridad y salud públicas, entre los artículos 296 y 302 de su cuerpo normativo.

5. <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/1431934-192-2020-pcm>

En referencia a la legislación anterior aclaramos que la política de Drogas en Perú concretamente el Código Penal en Perú en su Artículo 299 señala que la posesión no es punible. Es decir, no es punible la posesión de droga para el propio e inmediato consumo, en cantidad que no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, un gramo de látex de opio o doscientos miligramos de sus derivados o doscientos cincuenta miligramos de éxtasis, conteniendo Metilendioxianfetamina-MDA, Metilendioximetanfetamina-MDMA, Metanfetamina o sustancias análogas.

En general el sistema criminal peruano, pese a no criminalizar formalmente al usuario, en la práctica, lo convierte en el centro de atención de las unidades policiales que distraen escasos recursos en la detención de usuarios, convirtiéndolos en las principales víctimas de la corrupción y violencia policiales, por parte de malos funcionarios encargados de aplicar la ley. (Soberon-2013).

Por último, resaltar que la “Intervención Terapéutica en los Establecimientos Penitenciarios” se basa en el modelo biopsicosocial, contemplando en ellos terapia individual y grupal.

2.3. Venezuela.

La normativa que rige la temática de las drogodependencias en Venezuela es la **Ley Orgánica de Drogas de 2010**⁶. No obstante, hay un **Proyecto de Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Drogas** que, en el mes de Marzo del 2021, fue presentada en la Sesión Ordinaria de la Asamblea Nacional. La misma ya fue aprobada en primera discusión, por mayoría, el Proyecto de Reforma Parcial de la Ley Orgánica de Drogas busca reforzar los mecanismos de control contra el tráfico ilícito de drogas en el territorio nacional, así como prevenir el consumo y uso indebido de drogas.

En referencia a la legislación anterior aclaramos que la Ley Orgánica de Drogas establece dos principios por los que se sanciona el consumo:

1. Privación de la patria potestad: Por el consumo habitual que pudiere comprometer la salud, la seguridad o la moralidad de los hijos o hijas.
2. Suspensión de la licencia o permiso para conducir: quien fuera sorprendido conduciendo bajo los efectos de estupefacientes o sustancias psicotrópicas será sancionado con la suspensión de la licencia por un tiempo no menor de 6 meses y la obligación de acudir a un centro de tratamiento por el tiempo que establezca el juez.

La persona que sea encontrada consumiendo estupefacientes o sustancias psicotrópicas y/o se declare consumidor o consumidora o posea tales sustancias en dosis no superior a la dosis personal para su con-

sumo establecida en el punto 2 del artículo 131 de la Ley Orgánica de drogas, a partir de su retención será puesto en forma inmediata a la orden del ministerio público, quien una vez efectuados los exámenes indicados solicitarán ante el juez o jueza de control la libertad del consumidor o consumidora, al cual se le impondrá la obligación de presentarse ante un centro de rehabilitación. Los centros son públicos y privados y para su operatividad deben contar con un Registro Único de Personas Jurídicas Especializadas en Materia de Prevención del Consumo de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social, el cual debe ser renovado cada dos años.

Resaltar además, que los programas específicos en centros penitenciarios, aunque existentes en el país, no son una realidad en todas las instituciones. Respecto a las medidas alternativas a las penas dictadas o en el proceso penal quedan sujetos a la medida de seguridad social:

1. El consumidor o consumidora, civil o militar cuando no esté de centinela.
2. El consumidor o consumidora que posea las sustancias en dosis personal para su consumo, entendida como aquella que, de acuerdo con la tolerancia, grado de dependencia, patrón individual de consumo, características psicofísicas del individuo y la naturaleza de la sustancia utilizada en cada caso, no constituye una sobredosis.

Las medidas de seguridad social que se aplican son: reinserción social, seguimiento y/o servicio comunitario.



6. <https://www.bolipuertos.gob.ve/wp-content/uploads/2021/12/Ley-Organica-de-Drogas-2010.pdf>



3. ESTRATEGIAS Y PLANES SOBRE DROGAS Y ADICCIONES EN EL NODO.

3.1. Colombia.

En Colombia existe el **Plan Nacional de la Promoción de la Salud, Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, que abarca el período 2014-2021**⁷. Por su parte, la **Resolución D1841 de 2013**⁸, adopta el Plan Decenal de Salud pública para el período 2012-2021, en donde se contemplan las dimensiones de convivencia social y salud mental. Y específicamente en el tema de drogas: la **Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019)**⁹, siendo esta última la política más actualizada.

Las líneas estratégicas de la anterior normativa son:

- Fortalecimiento de los factores protectores en los entornos frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Tratamiento integral.
- Rehabilitación integral e Inclusión social.
- Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Resaltamos que se han desarrollado rutas integrales de atención en salud, prevención y mantenimiento de la salud, contiene acciones y valoraciones de carácter integral, así como la detección temprana, pro-

tección específica y educación para la salud. Las RIAs (Rutas Integrales de Atención en Salud) se definen como la atención, intervenciones en salud, dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, en acciones como: promoción del bienestar y desarrollo, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y acciones de cuidado para el mantenimiento y recuperación de su salud. El objetivo de las RIAs, es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidad.

Unido a lo anterior, existe también una Ruta para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales o de comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas o adicciones (Resoluciones 3202/2016 y 3280/2018).

La Resolución 3202 de 2016, adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de la rutas integrales de atención en salud (RIAs), aplicables en entidades promotoras de salud, entidades obligadas a compensar, los regímenes de excepción, los regímenes especiales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y demás entidades relacionadas con la promoción y mantenimiento de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general que desarrollen acciones en salud.

3.2. Perú.

La normativa que rige la temática de drogas en Perú es la **Política Nacional contra las Drogas de 2030** que tiene vigencia para el período 2020-2030. La cual se encuentra actualizada.

Las líneas estratégicas más relevantes son respecto a la reducción de la demanda de drogas :

- Reducir el consumo de drogas en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Este objetivo está orientado a disminuir el consumo de drogas a través de la prevención del consumo de drogas a toda la población, con especial atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad que considera en principio a la población en edad escolar.
- Incrementar la oferta de servicios de tratamiento de adicción a drogas en toda la población en

general, con especial atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Cuenta con dos lineamientos:

- 1) Prevenir el consumo de drogas, con especial atención en población en edad escolar.
- 2) Incrementar la oferta de servicios de tratamiento de adicción a drogas para toda la población, con especial atención a la población en situación de vulnerabilidad.

Por último, consideramos que es importante la existencia de una Política Nacional de Drogas en el país actualizada, sin embargo, en la elaboración de dicho documento no ha participado la Sociedad Civil organizada de prevención y tratamiento.



7. <http://www.odc.gov.co/Calendario/ArtMID/3290/ArticleID/6070/Plan-Nacional-para-la-promoci243n-de-la-salud-la-prevenci243n-y-la-atenci243n-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas-2014-2021>

8. <https://www.suin-juriscal.gov.co/clp/contenidos.dll/Resolucion/30031789>

9. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>

3.3. Venezuela.

La normativa que rige actualmente la temática de drogas en Venezuela es el **Plan Nacional Antidrogas**¹⁰, la cual, cubre el período 2019-2025. Esta normativa se encuentra actualizada.

Las principales líneas estratégicas de la anterior normativa son:

EJE 1: Prevención del Tráfico Ilícito de Drogas (tráfico a gran escala, microtráfico, etc.).

EJE 2: Prevención del Uso Indebido y Consumo de Drogas (promoción de valores, detección temprana del consumo, minimizar factores de riesgos y daños asociados al consumo).

EJE 3: Tratamiento de las Adicciones (acceso a servicios).

EJE 4: Cooperación Internacional (intergubernamental).

EJE 5: Coordinación – Acción Transversal (jurisdicción especial penal en materia de drogas, estrategias de comunicación institucional sobre drogas, sistemas de monitoreo, administración de bienes, formación, fondo nacional antidrogas, etc.).

4. INSTITUCIONALIDAD EN LOS PAÍSES DEL NODO

4.1. Colombia.

Los órganos que direccionan las políticas de drogas en Colombia son el **Consejo Nacional de Estupefakientes** que está conformado por diferentes organizaciones gubernamentales y lo lidera el **Ministerio de Justicia y el Derecho**. También está la **Comisión Nacional de la Demanda de Drogas** cuya presidencia está a cargo del **Ministerio de Salud y Protección**

Social y la Secretaría Técnica (coordinación) del Ministerio de Justicia y Derecho, que actúan como instancia de asesoría técnica del Consejo. Las competencias de estos organismos son de nivel nacional. Las directrices llegan a los territorios a través de los consejos Departamentales o Municipales de Drogas.

4.2. Perú.

El organismo encargado de la temática de drogas en Perú es la **Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas**¹¹ (DEVIDA). Este cuenta con un Consejo Directivo conformado por los ministerios de Agricultura, Economía y Finanzas, Educación, Defensa, Interior, Justicia y Derechos Humanos, Relaciones Exteriores, Salud y Transportes y Comunicaciones. Las competencias de DEVIDA son a nivel nacional. Por otro lado, los diversos niveles local y regional se

articulan a través del “Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de drogas” (PTCD)¹². Este Programa debe articular el trabajo con la sociedad civil.

A través del PTCD los gobiernos subnacionales reciben transferencias financieras anuales para la ejecución de intervenciones preventivas (ámbito escolar, familiar y comunitario), así como orientación, consejería e intervención breve.

10. <https://www.sunad.gob.ve/wp-content/uploads/2019/10/PNA2019-2025.pdf>

11. <https://www.gob.pe/institucion/devida/institucional>

12. <https://www.gob.pe/8600-programa-presupuestal-de-prevencion-y-tratamiento-del-consumo-de-drogas-ptcd>

4.3. Venezuela.

El organismo encargado de la temática de drogas en Venezuela es la **Superintendencia Nacional Antidrogas**¹³ (SUNAD). Debemos resaltar que este organismo ha sido recién creado, previamente conocido como CONAQUID y después ONA. La institución ha pasado por un periodo de cambios significativos debido a los

cambios legislativos del país. El SUNAD es en estos momentos una organización joven que se encuentra a la espera de que se modifique la ley lo que puede suponer grandes cambios en lo que se refiere a los interlocutores, normas, procedimientos, etc.



El SUNAD cuenta con el Centro de Estudios Avanzados, lo cual es una estrategia que emplea la formación académica como método para la generación de doctrina en materia de prevención del uso indebido, consumo y tráfico ilícito de drogas, cumpliendo con lo dispuesto en el Título I. Disposiciones Generales, artículo 05, numeral 11 de la vigente Ley Orgánica de Drogas, el cual otorga a este Órgano Rector la atribución de “Promover y asesorar el desarrollo de programas de adiestramiento y capacitación de personal especializado en esta materia”.

En el CEAD se generan conocimientos que facilitan la implementación de las políticas antidrogas dirigidas a minimizar los riesgos del uso indebido, consumo, tráfico ilícito de drogas, producción y desvío de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en el Estado venezolano. Todo lo anterior bajo la premisa de cooperación interinstitucional, a fin de coadyuvar con la seguridad y defensa de la nación.

Es un modelo educativo rector en materia de drogas, de referencia regional, generador de doctrina y políticas para el abordaje del Programa Mundial de Drogas (PMD) en las naciones sudamericanas.

La SUNAD se vincula directamente con el Ministerio

del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz y desarrolla competencias tanto a nivel nacional como regional.

En lo que respecta a los niveles locales existen las oficinas Estadales Antidroga. Para la coordinación entre los diversos niveles, la Dirección General de Red Nacional Antidrogas constituye el espacio para ello, articulando y siendo la plataforma de integración a través de la cual, el Estado busca dirigir y coordinar las redes comunitarias de prevención del consumo de drogas, fomentando la participación activa de los Consejos Comunales, Consejos Estudiantiles y cualquier otra forma de organización popular a fin de coadyuvar en la prevención integral social del consumo de drogas. Por último, resaltar que es el órgano encargado de ejecutar las políticas públicas y estrategias aprobadas por el Despacho del Jefe o Jefa de la Oficina Nacional Antidrogas, en materia de prevención del uso indebido de drogas, a través de la implementación de esquemas de desconcentración territorial. Para ello desarrolla la implementación de las estrategias de prevención del consumo de drogas a través de las Oficinas Estadales Antidrogas ubicadas en todo el país.

13. <https://www.sunad.gob.ve/>

5. DISPOSITIVOS, PROGRAMAS Y RECURSOS EXISTENTES EN LOS PAÍSES DEL NODO

5.1. Colombia.

En Colombia, a través de la **red de Salud**, se ofrece la alternativa de tratamiento, como parte del plan obligatorio de Salud. Aunque esta opción no es universal ni gratuita.

Los dispositivos existentes en el país son tanto públicos como privados, en el caso de estos últimos, el Estado financia el tratamiento a través de los servicios de Salud (denominados EPS o EAPB), estos pueden subcontratar con servicios privados que estén acreditados. Como se mencionó anteriormente la coordinación entre los distintos dispositivos se da a través del sistema de salud. En este sentido la persona debe consultar

con el médico general de la EPS a que esté afiliado, este determina o no la necesidad de tratamiento y deriva a evaluación psiquiátrica, quien en última instancia genera la orden para tratamiento hospitalario o ambulatorio. Es de anotar que es un servicio bastante deficiente.

En Colombia, el tratamiento en general se ha sustentado en la parte médica, por lo que se han dejado de lado otros aspectos tradicionales e históricos que son relevantes en la temática. La realidad que vive el país, pese a estas redes de salud es que no existen redes a la hora de bajar al territorio.

5.2. Perú.

En Perú existe una **red de dispositivos de drogas basada en los centros de salud** con una cobertura universal y gratuita. Además, en los últimos años se ha ampliado la cobertura de atención terapéutica.

Aunque no se tiene datos oficiales sobre la brecha de atención, se estima que la cobertura actual es insuficiente. Se cuenta con los Centros de Salud Mental Comunitarios-Ministerio de Salud; que brindan servicios de prevención y control de adicciones. Prestando así atención y desarrollando programas de rehabilitación ambulatoria para adicciones en las diferentes edades. Entre estas adicciones se encuentra la dependencia al alcohol, marihuana, cocaína entre otros. Estos dispositivos son públicos y privados. A nivel público no existen dependencias de atención exclusiva, en general son hospitales sean generales o psiquiá-

tricos que tienen una Unidad de atención de drogas. Por otro lado, los servicios privados en su mayoría son informales, persistiendo la tendencia al tratamiento involuntario. Estos últimos no disponen de financiación pública.

Unido a lo anterior, existe la Ley 29765 y su reglamento DS. 006-2012-S.A, regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de atención para dependientes que operan bajo la modalidad de Comunidad terapéutica.

Por último, en el país no hay una coordinación entre los dispositivos, salvo los relacionados al "Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de drogas" (PTCD). Además, cabe resaltar que la escasa coordinación existente no es algo que pueda extrapolarse a todo el país.

5.3. Venezuela.

En Venezuela existe una red de dispositivos que dan cobertura a las adicciones, el **Fondo Nacional Antidrogas**, siendo esta red universal y gratuita.

La red cuenta con recursos públicos y privados, pero ambos, para su operatividad, deben contar con un Registro Único de Personas Jurídicas Especializadas en Materia de Prevención del Consumo de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social, el cual debe ser renovado cada dos años.

El Fondo Nacional Antidrogas se crea con el objetivo de brindar sostenibilidad a las políticas de prevención integral y el combate al tráfico ilícito de drogas mediante la recaudación del aporte y la contribución especial establecida en la Ley Orgánica de Drogas, para el financiamiento de planes programas y proyectos de prevención integral, tratamiento, rehabilitación

y reinserción social de las personas con problemas de adicciones y **contrarrestar el tráfico de sustancias ilícitas en el territorio nacional.**

En el caso particular de los recursos privados deben contar, como señalamos anteriormente, con un Registro Único de Personas Jurídicas Especializadas en Materia de Prevención del Consumo de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social. Los recursos privados se vinculan con el Fondo Nacional Antidrogas siendo este un servicio desconcentrado especializado, sin personalidad Jurídica, dependiente de la SUNAD que fue creado mediante el decreto N°6.778 de fecha 26 de Junio de 2009, publicado en Gaceta Oficial N°39.211 de fecha 01 de Julio de 2009 y goza de autonomía funcional y capacidad de gestión financiera, administrativa, operativa, presupuestaria y técnica.

Entre las funciones del Fondo Nacional Antidrogas se encuentran las siguientes:

Recaudar aportes, contribuciones especiales, intereses y montos por conceptos de sanciones establecidos en la Ley Orgánica de Drogas.

Verificar y fiscalizar el cumplimiento de los aportes y contribuciones especiales establecidas en la LOD.

Formular, ejecutar y financiar planes, programas y proyectos en materia de prevención integral, tratamiento y reinserción de las personas con problemas de adicciones, así como también financiar proyectos destinados a contrarrestar el tráfico ilícito de drogas.

Brindar capacitación en materia de prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas a traba-

jadores de instituciones públicas y empresas privadas.

Por otro lado, destacar que es la Dirección General de Red Nacional Antidrogas la que se encarga de la coordinación y articulación de todos los dispositivos. Es quien ejecuta las políticas públicas y estrategias aprobadas por el Despacho del Jefe o Jefa de la Oficina Nacional Antidrogas, en materia de prevención del uso indebido de drogas, a través de la implementación de esquemas de desconcentración territorial. Para todo lo anterior se desarrolla la implementación de las estrategias de prevención del consumo de drogas a través de las Oficinas Estadales Antidrogas ubicadas en todo el país.

Pese a todo ello, se echan en falta acciones y programas de prevención.

6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN/RECOGIDA DE EVIDENCIAS EN LOS PAÍSES DEL NODO

6.1. Colombia.

El **Observatorio de Drogas de Colombia (ODC)**¹⁴ es el encargado de la recogida de documentación en el país colombiano.

Los estudios más reciente del país realizados por dicho observatorio son:

1. *Estudio nacional de consumo de SPA - Colombia 2019*. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>
2. *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia 2016*

Otros estudios y documentos a resaltar son:

Estudio del análisis de drogas de abuso en aguas residuales en tres ciudades de Colombia.

Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Publicaciones-1/Consumo/Estudios/Estudio%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20Drogas%20de%20Abuso%20en%20Aguas%20Residuales%20en%20tres%20ciudades%20de%20Colombia.pdf#search=Estudio%20del%20an%C3%A1lisis%20de%20drogas%20de%20abuso%20en%20aguas%20residuales%20en%20tres%20ciudades%20de%20Colombia>

Estudio sobre Patrones de Consumo de Drogas Durante la Pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Publicaciones-1/Consumo/Estudios/Estudio%20sobre%20Patrones%20de%20Consumo%20de%20Drogas%20Durante%20la%20Pandemia%20de%20COVID-19.pdf#search=Estudio%20sobre%20Patrones%20de%20Consumo%20de%20Drogas%20Durante%20la%20Pandemia%20de%20COVID-19>

de%20Consumo%20de%20 Drogas%20Durante%20 la%20 Pandemia%20de%20COVID%2D19

Memorias del evento "Intercambio de experiencias nacionales e internacionales sobre mujeres y narcotráfico" Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/G%C3%A9nero/Memoria%20evento%20mujeres%20y%20narcotr%C3%A1fico.pdf#search=Intercambio%20de%20experiencias%20nacionales%20e%20internacionales%20sobre%20mujeres%20y%20narcotr%C3%A1fico>

Valoración del impacto social de la privación de la libertad a mujeres por delitos de drogas, y diseño de recomendaciones de política pública.

Disponible en:

<https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/odc-documentos-noticias/Las%20mujeres%20privadas%20de%20la%20libertad%20por%20delitos%20de%20drogasV2.pdf#search=Valoraci%C3%B3n%20del%20impacto%20social%20de%20la%20privaci%C3%B3n%20de%20la%20libertad%20a%20mujeres%20por%20delitos%20de%20drogas%2C%20y%20dise%C3%B1o%20de%20recomendaciones%20de%20pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica>

Como tal las evaluaciones de los planes o programas de drogas realizadas por el observatorio se desconocen. De hecho, resaltamos que hace pocos años se renovó la política de reducción de la demanda de drogas de 2007 por una nueva en 2019 sin haber evaluado la anterior.

14. <http://www.odc.gov.co/>

6.2. Perú.

El **Sistema de Información de Lucha Contra las Drogas (SISCOD)**¹⁵ es el encargado de la recogida de documentación en el país peruano.

Es importante destacar que actualmente no existe una web del SISCOD en el que se puedan acceder a los informes. Con todo, destacamos los siguientes estudios en materia de reducción de la demanda de drogas:

Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2017 (2019). Disponible en: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Estudio_Nacional_sobre_Prevencion_y_Consumo_de_Drogas_en_Es-

[tudiantes_de_Secundaria_2017.pdf](#)
Opioides y Nuevas Sustancias Psicoactivas en el Perú. Análisis Cuantitativo y Cualitativo (2021). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352982350-Opioides_y_Nuevas_Sustancias_Psicoactivas_en_el_Peru_Analisis_Cuantitativo_y_Cualitativo

En relación a los informes anteriores y al trabajo realizado por el SISCOD, resaltamos que se hacen evaluaciones de la Estrategia de drogas y adicciones, pero no participa de ellas la sociedad civil.

6.3. Venezuela.

En Venezuela contamos con el **Observatorio Venezolano de Drogas**¹⁶, el cual es dependiente de la Oficina Nacional Antidrogas. La función de este observatorio es la de realizar la recogida de documentación en el país.

El último informe publicado por dicho observatorio que destacamos es:

OVD -Superintendencia Nacional Antidro-

gas. Disponible en: <https://www.sunad.gob.ve/ovd/>

Resaltamos como dato importante de este observatorio que se realizan evaluaciones de la estrategia de drogas y adicciones donde participa la sociedad civil.



15. <https://sistemas.devida.gob.pe/siscod/>

16. <https://www.sunad.gob.ve/ovd/>

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde el **Nodo Andino de RIOD** concluimos que entre los principales desafíos que nos enfrentamos en la actualidad son:

La evidencia de una mayor necesidad de fortalecer el desarrollo y/o integralidad de las políticas y los planes en materia de reducción de la demanda de drogas.

Fortalecer acciones y políticas en materia de prevención y atención de cara a las necesidades y condiciones específicas de cada país. A pesar de que es un tema presente en las agendas públicas, su materialización en planes y acciones concretas que beneficien a la población es una tarea que aún necesita avanzar. Unido a esto, es necesario legitimar las leyes, normas y políticas de los países, pues, en muchas ocasiones, dista lo que está escrito en ellas y lo que finalmente se aplica.

En referencia a lo anterior, en muchas ocasiones existen condiciones que hacen que instituciones, proyectos y cargos relacionados con reducción de la demanda de drogas no logren integrar a todos los perfiles profesionales e institucionales idóneos para esta tarea, dejando fuera personas e instituciones técnicas, como las OSC, las cuales sí tienen dicho conocimiento y experiencia.

Evidenciar el bajo nivel de participación de las organizaciones sociales en la definición de las políticas públicas. Aunque en algunos casos son consultadas, el nivel de escucha y participación es aún bajo para tener una capacidad de incidencia significativa. En ese sentido, los países deben abordar de manera más integral, constante y contundente estrategias para la prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños del consumo de drogas, con presencia de más espacios donde la sociedad civil pueda poner sus planteamientos y experiencias e incrementar su nivel de participación.

Superar tanto en prevención, reducción de daños y tratamiento las deficiencias observadas, resaltando que la atención está más en el tratamiento, el cual está incluido en los planes de salud. No obstante, la oferta de tratamiento no es suficiente y se encuentra colapsada, hay brechas para su acceso, no es continua y de baja calidad.

Capacitar a los equipos de salud primaria para identificar y atender las situaciones relacionadas con el consumo. Se valora el caso de Colombia, que pese a sus falencias tiene un buen desarrollo de la atención de usuarios en el sistema de salud, que permite que organizaciones privadas atiendan pacientes con recursos públicos, lo que podría, eventualmente, servir de referente para los demás países del nodo.

Potenciar los servicios públicos ya que la partici-

pación de las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo del plan de salud para el tratamiento es baja y las personas tienen que recurrir en muchas ocasiones a servicios particulares asumiendo los costos. A esto se le suma la poca capacidad de las OSC para vincularse en redes, e implementar así acciones de vigilancia e incidencia política.

Creación de programas de prevención constantes que desarrollen esta labor, no sólo con intervenciones puntuales, sin continuidad en el tiempo y de bajas coberturas. Lo que constituye el gran reto para los países en general y las OSC en particular, de generar conjuntamente estrategias sostenibles que contribuyan a reducir los efectos negativos del consumo de drogas y modificar así los indicadores del país. Tanto en prevención, como en tratamiento y reducción de daños en los tres países del Nodo Andino, los presupuestos son insuficientes, habiendo un desbalance entre lo que los estados invierten en reducción de la demanda respecto a reducción de la oferta.

Aumentar la Cooperación internacional para temas de reducción de la demanda de drogas, donde los países del Nodo Andino, en muchas ocasiones no están dentro de las prioridades.

Visibilizar las dificultades que tienen los tres países para el monitoreo y generación de evidencia respecto a sus políticas y planes en materia de drogas, donde puedan generarse datos que muestren una mejor radiografía, tanto de las problemáticas como del impacto de las intervenciones, que ayude a los procesos de toma de decisiones. Son notorios los estudios de prevalencia desactualizados y de sistemas de vigilancia epidemiológica deficientes, por lo que se recomienda avanzar en la mejora de éstos, lo que ayudaría al desarrollo de las estrategias pertinentes, contextualizadas a las necesidades de los países.

Resaltar que la pandemia por COVID19 ha develado algunas dificultades de las OSC para el sostenimiento de sus actividades, de una parte por sus efectos sociales y económicos ya conocidos y de otra, con el debilitamiento de las relaciones con las organizaciones estatales preexistentes a la pandemia. No obstante, durante el confinamiento por COVID las OSC tuvieron que generar apoyos internos a sus funcionarios, lo que le permitió mejorar procesos y el trabajo en equipo. La flexibilidad de las OSC permitió la adaptabilidad para la atención de los usuarios, la adaptación de sus metodologías, la capacitación de sus equipos técnicos y se mostró la necesidad de hacer ajustes de cara al mercado para continuar existiendo y mantener los ingresos y la misión institucional. ●

