

# JORNADA POR LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES DE SPA [SUSTANCIAS PSICOACTIVAS]

DEMONSTRATION  
FOR THE RIGHTS OF THE PSYCHOACTIVE SUBSTANCE  
USERS. BOGOTÁ COLOMBIA

JOURNÉE  
POUR LA DEFENSE DES DROITS DES USAGERS  
DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES. BOGOTÁ – COLOMBIE

PROPUESTAS PARA EL DEBATE  
SOBRE EL NUEVO ESTATUTO  
DE DROGAS Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

6 /10/2011  
FRENTE AL  
MINISTERIO DEL INTERIOR  
3:00 P.M.

WWW.ECHELECABEZA.TK

## ESTATUTO NACIONAL DE DROGAS Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS<sup>1</sup>

*(En contravía de la realidad colombiana y del mundo)*

### *Principios, consideraciones y orientaciones para el debate*

Se asume que el fin último del Estatuto de Sustancias Psicoactivas debe ser el cuidado de la salud de los colombianos, que para tal fin las leyes que regulan el consumo de sustancias psicoactivas deben **orientarse hacia políticas de salud pública** evaluadas e implementadas con un enfoque empírico y las leyes que regulan la producción deben **orientarse hacia políticas sostenibles**.

---

1 La siguiente propuesta está desarrollada a partir de experiencias colectivas de trabajo como la red RAISS <http://www.raisscolombia.org>, el área de prevención y juventud de la Corporación Acción Técnica Social [www.acciontecnica.com](http://www.acciontecnica.com), Estudiantes por una política de drogas sensata capítulo Colombia, Dosis de personalidad <http://www.dosisdepersonalidad.com/>, el Blog de Jorge Colombo “La droga, ¿y Colombia?” <http://blogs.elspectador.com/ladrograycolombia/>, entre otros profesionales, funcionarios públicos, investigadores, ciudadanos y consumidores de SPA.

El tema del consumo de sustancias psicoactivas es complejo y para entenderlo toca superar la dialéctica según la cual existe únicamente dos categorías de usuarios, **los no consumidores y los consumidores**, sin entrar a distinguir entre estos últimos los diferentes tipos: experimental, recreativo, habitual, compulsivo, problemático y dependiente [1]. La taxonomía de consumidores no debe corresponder a una posición filosófica sino a la realidad.

Entendiendo el derecho al libre desarrollo de la personalidad como un mecanismo de protección de las minorías, un consumidor de sustancias psicoactivas no puede ser penalizado ni privado de su libertad por el hecho de consumir sin otra limitación que impongan los derechos de los demás y el orden jurídico. Así mismo se deben prohibir los tratamientos obligatorios.

## 1. Marco Internacional

1. En el mundo entero se reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas puede arruinar muchas vidas, pero la estrategia actual no ha sido efectiva ni en reducir el uso ni en mitigar el daño, al contrario los ha empeorado<sup>i</sup>.
2. Un gran número de legisladores, científicos, especialistas de la salud, políticos y agentes de la ley han llamado a un cambio radical en la política de control de psicoactivos. Entre estos se encuentran los firmantes de la Comisión Global de Políticas de Drogas<sup>ii</sup> y de la Declaración de Viena<sup>iii</sup>.
3. La cadena de producción, transporte, preparación y consumo es un fenómeno cada vez más local y menos global<sup>iv</sup>, lo cual requiere que las comunidades encaren la realidad del consumo y busquen minimizar los daños relacionados a este.
4. Aplicar las leyes que penalizan el porte o el consumo de sustancias psicoactivas distrae a las autoridades de combatir crímenes que directamente afectan a terceros [2].
5. La tendencia entre los países de occidente es apartarse del paradigma impuesto por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) [3].
6. La política pública de control de sustancias psicoactivas hasta ahora más liberal fue implementada por Portugal en el 2001. Diez años después, el experimento ha desmentido muchos mitos alrededor de la necesidad de aferrarse al paradigma de la JIFE: el uso de psicoactivos entre los adolescentes ha disminuido, el número de consumidores problemáticos se ha reducido, se ha incrementado el porcentaje de adictos que buscan tratamiento, se redujo el hacinamiento en las cárceles y la justicia se ha agilizado<sup>v</sup>.
7. Los programas de intercambio de agujas, de sustitución de opiáceos y de prescripción de heroína [4] han demostrado su eficacia: se ha reducido el número de muertos entre los consumidores, han logrado que los adictos rehagan su vida y ha reducido el número de contagios del VIH entre usuarios<sup>vi vii</sup>[5].
8. En varios países se han formado iniciativas civiles de consumidores de psicoactivos que buscan minimizar el impacto que su consumo tiene en la sociedad [6]. Tales iniciativas deben ser aceptadas y legitimadas por el Estado.
9. A Estados Unidos cada vez se le dificulta más financiar la “Guerra contra las Drogas” fuera de su país<sup>viii ix</sup>. Seguir la estrategia actual obligaría a los países productores a financiar con sus propios recursos programas en los cuales el senado de los Estados Unidos no ve resultados.
10. Estudios muestran que sustancias psicoactivas actualmente fiscalizadas (por ej. Psilocibina<sup>x</sup>, MDMA<sup>xi</sup>, LSD<sup>xii</sup> y Cannabis) tienen potencial para usos médicos hasta hoy ignorados. Estos estudios están permitidos por los tratados internacionales de control de sustancias

psicoactivas y no deben ser obstruidos sino promovidos.

11. Las políticas públicas, locales y globales, que le hacen frente al consumo ahora se diseñan e implementan consultando organizaciones y asociaciones de usuarios y consumidores. En los países de occidente, el número de estas organizaciones tales como ASUD, ENCOD, IMPUD, SSDP está en aumento.

## **2. Contexto/ Resultados/ Antecedentes de la estrategia actual**

1. La estrategia actual en el país no ha sido un mecanismo efectivo para acabar con la estructura criminal detrás del narcotráfico<sup>xiii</sup> [7]. Recrudescer la política de control de estupefaciente vigente no mejorará este panorama.
2. La estrategia actual para atacar la producción de cocaína en el país no ha funcionado [8]. Colombia, a pesar de los grandes esfuerzos, sigue siendo hoy el principal proveedor de cocaína.
3. La asistencia anti-narcóticos de Washington no ha logrado aún reducir significativamente o minar el tráfico de psicoactivos en Latinoamérica<sup>xiv</sup>.
4. En varios países, las leyes de control de psicoactivos que van de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen han minado el acceso a la morfina<sup>xv</sup>. Colombia hoy tiene un buen sistema de acceso a paliativos contra el dolor<sup>xvi</sup> y debe procurar no entorpecer este logro, sino por el contrario mejorarlo.
5. El componente militar del Plan Colombia que promueve el uso de químicos herbicidas como arma para destruir la coca viola el artículo 81 de la Constitución Política [9].
6. Se ha establecido una correlación entre la intensidad con la que una comunidad libra la “Guerra contra las Drogas” y la violencia que esta experimenta<sup>xvii</sup>.
7. En muchos países del mundo las leyes anti-drogas han traído porcentajes de encarcelación sin precedentes lo que ha conllevado a una crisis en el sistema penal<sup>xviii</sup>. Esto ha afectado negativamente el funcionamiento social de comunidades enteras. En particular por la discriminación con la que estas leyes se aplican.
8. El 74% de los infractores de la ley penal bajo cualquier tipo de medida de protección ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal. Esto no indica una causalidad consumidor-luego-criminal, sino que hace palpable el alto grado de exposición a las sustancias psicoactivas ilegales en el que se encuentra la población vulnerable, descontenta o inquieta.
9. El recrudescimiento de las penas para los consumidores conlleva al empeoramiento de la salud pública y de las condiciones carcelarias [10].
10. La severidad de la política de control de psicoactivos de un país no tiene relación con el número de consumidores<sup>xix</sup> [11].
11. Como evidencia del aumento de consumo esta la explosión de usuarios de heroína en ciudades como Pereira, Cúcuta, Medellín y Santander de Quilichao. El consumo de drogas por vía intravenosa requiere especial atención por el riesgo de transmisión del VIH.
12. Leyes punitivas han alejado a los consumidores de los servicios asistenciales y de prevención y los empuja a ambientes donde aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (por ej. VIH, hepatitis C y B, y tuberculosis) socavando así los sistemas públicos de salud<sup>xx</sup> [12].
13. El mercado global de sustancias ilícitas es enorme, esta estimado en U\$320.000 millones<sup>xxi</sup>. Este lucro sigue completamente fuera del control del gobierno, fomenta el crimen, la violencia y la corrupción en incontables comunidades y ha desestabilizado países enteros

como Colombia. Cada año en nuestro país se lavan U\$8.000 millones del narcotráfico<sup>xxii</sup>, comparable a un quinto de los U\$40.000 millones que exporta legalmente Colombia<sup>xxiii</sup>.

14. Miles de millones de dólares han sido malgastados en la estrategia de la “Guerra contra las Drogas”, en un intento por controlar las sustancias psicoactivas que, no solo no logra los objetivos indicados, sino que directa o indirectamente contribuye a los estragos arriba mencionados<sup>xxiv</sup>.
15. El 9.1% del total de los colombianos, es decir cerca de 4 millones de personas han probado alguna vez una sustancias psicoactiva ilegal<sup>xxv</sup>. Sumando los actuales consumidores de marihuana, cocaína, drogas de síntesis, basuco y heroína, dan más de medio millón de personas<sup>xxvi</sup>. Tipificar todo consumo como un acto punible minaría entonces el imperio de la ley.
16. Sigue vigente la sentencia C221 de 1994 que permite el porte y consumo de la dosis personal. La reforma constitucional 002 de 2009 que la prohíbe aún no ha sido reglamentada. Los Ministerios del Interior, de Hacienda y de Protección Social han considerado la reglamentación inviable técnica y financieramente.

### **3. Principios**

#### **1. Sobre los Principios Fundamentales**

- Todas las actividades relacionadas a la política de control de sustancias psicoactivas se deben desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
- La política de sustancias psicoactivas debe centrarse en reducir las consecuencias nocivas del consumo de psicoactivos y no en las dimensiones del consumo y de los mercados de estas sustancias.
- La política de sustancias psicoactivas se debe desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y de las pruebas empíricas.
- La política de sustancias psicoactivas y las actividades relacionadas a esta deben procurar fomentar la integración social de grupos marginados y no centrarse en medidas punitivas contra estos.
- El gobierno debe construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad para debatir y desarrollar la política de sustancias psicoactivas.

#### **2. Sobre la Justicia Penal**

- Las leyes deben distinguir los diferentes actores vinculados al mercado de sustancias psicoactivas: consumidores experimentales, consumidores ocasionales, consumidores frecuentes, consumidores adictos, consumidores problemáticos, traficantes sociales, cultivadores, químicos, correos humanos, traficantes comerciales y lavadores de activos.
- Las estrategias de aplicación de la ley deben estructurarse de manera que persigan la reducción de la violencia y de la corrupción asociadas al mercado de las sustancias psicoactivas.
- Las estrategias de aplicación de la ley deben desviar a los autores de delitos menores de procesos judiciales o de sentencias penitenciarias.
- La política de sustancias psicoactivas debe crear estrategias de gestión de consumo

para centros penitenciarios.

3. Sobre los programas sociales y sanitarios
  - Los programas más eficaces de prevención de consumo de psicoactivos son los que fomentan la cohesión social en las comunidades y los que fortalecen los factores de protección y no las campañas que se centran en mensajes.
  - Los tratamientos para la adicción a psicoactivos deben basarse en el principio de que la adicción es una enfermedad administrable o tratable y no una falta moral o un delito.
  - Se deben implementar programas de reducción de daños asociados al consumo de psicoactivos.
4. Sobre el fortalecimiento de las comunidades
  - Las iniciativas impulsadas por la política de sustancias psicoactivas deben centrarse en reducir la violencia asociada al mercado de psicoactivos en lugar de enfocarse en reducir el tamaño de este.
  - La medida más eficaz para desviar a los agricultores de los cultivo ilícitos es el fomento de medios de vida alternativos y no la erradicación.
  - Las políticas de sustancias psicoactivas deben promover la protección de los derechos de los pueblos indígenas.

#### IV Orientaciones

1. Se usa la categoría **Sustancias Psicoactivas (SPAs)** porque esta incluye tanto las legales como las ilegales. Desconocemos la palabra droga porque ha sido el vehículo para el estigma, el prejuicio, la guerra y la exclusión.
2. Invitamos a **salir del closet psicoactivo** y no a la autoexclusión. Los consumidores de SPA se deben reconocer como ciudadanos funcionales y productivos social, económica y políticamente.
3. Los consumidores no son **ni enfermos, ni delincuentes**. Se prefiere el término consumidor recreativo, porque son personas que se preocupan por la salud física, social y mental. El abuso siempre será perjudicial.
4. **La prevención del consumo en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes**, debe estar basado en evidencia científica y debe dejar a un lado el miedo y el prejuicio como herramientas formadoras.
5. **Los niños y las niñas, los adolescentes, los jóvenes, los discapacitados, la población carcelaria, los habitante de la calle y las trabajadoras sexuales** son poblaciones de atención prioritaria en el consumo de SPAs.
6. **Las políticas represivas vigentes matan más y ocasionan más daños a la sociedad que las sustancias psicoactivas.**

7. **Colombia debe liderar el debate internacional** de cambio de paradigma de control de SPAs ilegales. El país tiene la tradición cultural y la autoridad moral necesaria para orientar este cambio.

## V. Propuestas

- 1 **Aprovechar el capital humano.** Todo aquello que afecte a los consumidores de SPAs debe ser consultado y concertado con dicha comunidad. Para diseñar e implementar políticas de control efectivas es necesaria la participación de los consumidores en las instancias que discuten sobre SPAs legales e ilegales.
- 2 Reconocer **los derechos humanos y la salud pública** como el punto de partida de cualquier acción efectiva para tratar el fenómeno de consumo de SPAs.
- 3 Reconocer que **el consumo de SPAs es una realidad que la ley no va a eliminar**, por tanto la prioridad es preocuparse por la salud.
- 4 Reconocer que el consumo de SPAs puede ser **experimental, recreativo, habitual, compulsivo, problemático o dependiente** y que cada uno se debe tratar de forma diferente.
- 5 Generar un **sistema de alertas tempranas** sobre las SPA ilegales que indique los riesgos y las consecuencias sobre la salud.
- 6 **Rechazar el tratamiento obligatorio.** Reconocer el derecho de autonomía y de autodeterminación. Nadie más que el propio consumidor puede decidir cuándo, cómo y dónde terminar su consumo.
- 7 **Aumentar la oferta y mejorar la calidad de los centros de tratamiento** para quienes deseen abandonar el consumo y necesiten ayuda. Garantizar el cubrimiento de tratamientos que ya están en el POS.
- 8 **Permitir el porte y consumo de la dosis personal de SPA ilegales.**
- 9 **Permitir el autocultivo de marihuana y de coca** como mecanismo de lucha contra el narcotráfico y de cuidado de la salud de los consumidores.
- 10 Crear un **sistema de regulación, control y dispensación de sustancias ilegales** como opción frente a la legalización. En particular se debe implementar un sistema de regulación para los productos a base de coca y marihuana.
- 11 **Crear servicios de salud especializados** para el cuidado de la salud de quienes consumen y no desean o no pueden dejar de hacerlo.
- 12 Crear herramientas para la **mitigación y reducción de riesgo y daño** de quienes consumen y no quieren o no pueden abandonar el consumo pero se preocupan por su

salud.

- 13 Educar en el tema de SPAs a los funcionarios públicos y a la sociedad en general.** Los maestros, policías, funcionarios públicos y operadores del sistema de salud no pueden promover la estigmatización sino que deben combatirla.
- 14 Promover la investigación y el estudio** de los beneficios de las SPAs ilegales en campos como la medicina, la biología, la psicología y la química.
- 15 Destinar el 40% de los bienes incautados al narcotráfico para la prevención, mitigación y superación del consumo,** así como para la generación de oportunidades para las poblaciones vulnerables.
- 16 Abandonar la represión y persecución** de los no consumidores hacia los consumidores, reemplazándola por **la convivencia y conciliación.**
- 17 Reconocer la búsqueda del placer** en el consumo de SPAs, y no entender este como la búsqueda de la enfermedad, la fuga de los problemas o la incapacidad mental o física.
- 18 Reconocer como un atropello de la fuerza pública** el desconocimiento de los derechos de los consumidores, su estigmatización, su persecución y su exclusión.

## Notas

[1]: El manual “La prevención en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de SPA y mitigación del impacto, para líderes de organizaciones juveniles.” realizado con el apoyo técnico de la Corporación Acción Técnica Social en el marco del convenio entre el Ministerio de la Protección Social y la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito) define los diferentes tipos de consumidos así:

*Experimental.* Todo consumo de SPA empieza por aquí. El individuo prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer. No tiene intenciones de hacerlo de nuevo porque tal vez los efectos no fueron placenteros, no le ve un sentido a continuar haciéndolo, o tal vez porque no va de acuerdo a su estilo de vida o forma de pensar. También porque simplemente ha saciado una curiosidad y tiene otras prioridades para su vida.

*Recreativo.* Se empieza a presentar el consumo con cierta regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio (rumba, paseos). No compra ni guarda, lo hace con gente que conoce y confía sólo cuando siente deseos de hacerlo. Su objetivo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute, el “aguante” para la fiesta y para facilitar la relación con sus pares. Aunque consume con su círculo de amigos, no todos son consumidores. También ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de SPA. No piensa en el consumo como un “escape” o una “solución” a sus problemas porque tiene la capacidad de buscar diferentes alternativas frente a estos. Se da como un consumo pasajero asociado a situaciones concretas, y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias

evidentes. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo.

*Habitual.* Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una Sustancias Psicoactiva de preferencia (quizás después de probar con muchas otras), un refuerzo permanente y un gusto por lo que siente. Por eso la frecuencia y la cantidad aumentan. La SPA juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la Sustancia puede desarrollar una dependencia física o psicológica, y tarde o temprano empezará a tener problemas cada vez más evidentes; la vida empieza a desestabilizarse.

*Compulsivo.* Se depende de la SPA pero no sólo de ella sino de los amigos y del estilo de vida que desarrolla en torno a ella. Es probable que ese “estilo de vida” no sea sólo el consumo sino el círculo de amigos, el reconocimiento y aceptación dentro del grupo, pero puede desarrollar también un consumo solitario y aislado, sin amigos, y sin mayores actividades. Aquí el uso de la sustancia se da por necesidad y muchas veces para evitar sentirse mal física o psicológicamente. La vida se organiza para garantizarse la droga y poder consumirla.

*Consumo problemático.* Está determinado por el impacto que éste tiene sobre la salud (consecuencias visibles, enfermedades crónicas) y la aparición de consecuencias de tipo social con una connotación negativa (deterioro, aislamiento, conductas problemáticas). Se caracteriza porque se presenta el uso de una o varias SPAs en situaciones que pueden significar peligro: pérdida de velocidad de respuesta y reflejos (maneja, atravesando una calle u operando una máquina), dificultades o incapacidad para cumplir con las responsabilidades laborales, académicas o familiares (ausentismo, bajo desempeño, aislamiento, abandono o descuido de intereses y responsabilidades).

*Dependencia.* Puede darse de manera abrupta o progresivamente, según la(s) sustancia(s) que se esté(n) usando. Se depende cuando no se puede dejar de consumir, porque si se deja de consumir vienen síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. La vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de sustancia y se entra en el círculo vicioso de conseguir–consumir–conseguir. El consumidor siente que es imposible resistir el deseo de consumir, que ha perdido el control; siente una fuerte ansiedad al bajar el efecto, que sólo se alivia al consumir de nuevo. Hay dos tipos de dependencia: física y psicológica.

Resaltamos que para todos los casos el consumidor es un ciudadano con plenos derechos y garantías.

[2]: En los Estados Unidos en 1963, antes de la “Guerra contra las drogas”, el 85% de los casos homicidios eran resueltos, hoy son menos del 60%<sup>xxvii</sup>.

[3]: Varios países de Europa (por ej. Bélgica, Noruega, Portugal, República Checa, Suiza) y la mayoría de los países de Suramérica han descriminalizado el consumo de psicoactivos. El parlamento israelí ha formado un comité para estudiar la posibilidad de legalizar algunos estupefacientes y hay una propuesta de ley en el congreso de los Estados Unidos para legalizar la marihuana.



[4]: Implementados por ejemplo en Suiza, Vancouver e Irán entre muchos otros<sup>xxviii</sup>.

[5]: El consumo más problemático de psicoactivos se encuentra entre los consumidores de opiáceos (por ej. la heroína).

[6]: En España, Bélgica, Alemania, California y Nueva Zelanda se han formado clubes de consumidores de marihuana y de coca. Estas organizaciones son grupos de consumidores habituales que auto-cultivan en un cooperativa lo que van a consumir y así su consumo no financia el mercado ilícito, y lo que consumen no está contaminado. También existen colectivos que buscan informar a los consumidores sobre los riesgos que conlleva el consumo de psicoactivos.

[7]: En Colombia, el 98% de las personas encarceladas por droga no tenían, o no se les pudo probar, un vínculo importante con el narcotráfico<sup>xxix</sup>.

[8]: La capacidad de producción de cocaína sigue siendo hoy la misma que en el 2001, antes de que empezara el Plan Colombia.

[9]: “Artículo 81. Queda prohibida la fabricación, importación, posesión y uso de armas químicas, biológicas y nucleares, así como la introducción al territorio nacional de residuos nucleares y desechos tóxicos.”

[10]: El escalamiento de las penas para los consumidores impuesta por la nueva legislación italiana de 2006 en materia de psicoactivos trajo hacinamiento carcelario y, aunque el número de consumidores ha subido, el número de personas que buscaron tratamiento en el 2010 es menos de un 10% del número en 2006<sup>xxx</sup>.

[11]: El índice de consumidores en países con políticas más severas (ej. Estados Unidos) no es menor que en países con políticas más liberales (ej. Portugal, Suiza, Holanda).

[12]: Los tres países con los peores índices de enfermos de hepatitis entre la población de usuarios de drogas por vía intravenosa son Rusia, China y Estados Unidos<sup>xxxi</sup>. Los tres comparten leyes severas contra los usuarios. Rusia, por su política anti-drogas, es uno de los pocos países en el mundo donde la epidemia del VIH no ha sido contenida<sup>xxxii</sup>.

---

i Comisión Global de Políticas de Drogas, Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas, 2011.

ii Ibid.

iii Comité de redacción de la Declaración de Viena, 2009.

iv Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, World Drug Report 2011.

v C.E. Hughes, A. Stevens, What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs, *Brit. J. Criminol.* 50, 2010, 999-1022.

vi Des Jarlais, Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS* 2000; 14 (suppl 1): S41-6.

vii T. Kerr, et al., Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study.

viii U.S. Government Accountability Office, Department of State's Counternarcotics Performance Management System, GAO-11-564R, Mayo 26, 2011.

ix B. Bennett, US can't justify its drug war spending, reports say, *Los Angeles Times*, Junio 9, 2011.

x R.R. Griffiths, et al., Psilocybin occasioned mystical-type experiences: immediate and persisting dose-related effects,

- 
- Psychopharmacology, Junio 15, 2011.
- xi M.C. Mithoefer, The safety and efficacy of  $\pm$ 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study, *Journal of Psychopharmacology* 0 (0), 1-14, 2010.
- xii E. Seifert, Solothurner Psychiater: LSD hilft, Ängste zu mildern, *Aargauer Zeitung*, Julio 20, 2011.
- xiii Peter Chalk, RAND Corporation, *The Latin American Drug Trade, Scope, Dimensions, Impact, and Response*, 2011.
- xiv Ibid.
- xv Human Right Watch, *Global State of Pain Treatment, Access to Medicines and Palliative Care*, Mayo, 2011
- xvi Ibid.
- xvii International Centre for Science in Drug Policy, *Effect of Drug Law Enforcement on Drug-Related Violence: Evidence from a Scientific Review*, 2010.
- xviii TNI/WOLA, *Systems overload: Drug laws and prisons in Latin America*, Marzo, 2011.
- xix L. Degenhardt, W.-T. Chiu, N. Sampson, R.C. Kessler, J.C. Anthony, et al *Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys*. *PloS Med* 5(7): e141, 2008.
- xx C. Davis, S. Burris, D. Metzger, J. Becher, K. Lynch, *Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program utilization: Philadelphia, Pennsylvania*, *American Journal of Public Health* 95:233, 2005.
- xxi Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *World Drug Report 2005*.
- xxii EFE, 'Cada año se lavan 8 mil millones de dólares en el país': Fiscal, *El Tiempo*, Julio 28, 2011.
- xxiii CIA World Factbook, 2011.
- xxiv The National Centre on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, *Shoveling up: The impact of substance abuse on State budgets*, 2001.
- xxv Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Estupeficientes, *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, Informe final*, 2008.
- xxvi Ibid.
- xxvii John Anderson, 'War on Drugs' distracts from fighting crime, *Time Colonist*, Julio 26, 2011.
- xxviii C. Cook, N. Kaneaf, *The Global State of Harm Reduction 2010: Key issues for broadening the response*, International Harm Reduction Association, 2010.
- xxix Ibid. xviii.
- xxx Il secondo Libro Biando sulla legge Fini-Giovanardi, Julio, 2011.
- xxxi P.K. Nelson, et al., *Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews*, *The Lancet*, Julio 28, 2011.
- xxxii M. Schwirtz, *Inadequate Fight Against Drugs Hampers Russia's Ability to Curb H.I.V.*, *New York Times*, Enero 16, 2011.



[echelecabeza@gmail.com](mailto:echelecabeza@gmail.com) – [www.echelecabeza.tk](http://www.echelecabeza.tk)