



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 639

Bogotá, D. C., lunes, 10 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 18 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 183 DE 2020 SENADO

por el cual se dignifica la práctica rural (servicio social obligatorio) en Colombia para el talento humano en salud y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY N° ____ DE 2020 SENADO

“Por el cual se dignifica la práctica Rural (Servicio Social Obligatorio) en Colombia para el Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones”

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:

Artículo 1°. Objeto: El presente proyecto tiene por objeto establecer garantías laborales en favor del Talento Humano en Salud que debe prestar el Servicio Social Obligatorio en Colombia.

Artículo 2°. De los Principios generales.

IGUALDAD: Los profesionales en Servicio Social Obligatorio y el personal de planta de las entidades que sean habilitadas con plazas de Servicio Social Obligatorio, deberán tener igual trato en todo sentido, no se admiten tratos discriminatorios.

DIGNIDAD: Para todos los efectos, los profesionales en Servicio Social Obligatorio, deben tener de un trato digno que implique el establecimiento de garantías reales que permitan un goce efectivo de derechos.

ÉTICA: En consonancia con la ley 1164 de 2007, y al pertenecer el personal en Servicio Social Obligatorio al talento humano en salud, su desempeño debe estar enmarcado en la garantía fundamental de la vida y la dignidad del ser humano.

PROGRESIVIDAD: Las normas que regulen el desempeño laboral de los profesionales en Servicio Social Obligatorio, deberán propender por generar avances positivos en materia de derechos y garantías.

EFFECTIVIDAD: Las normas que regulen la prestación del Servicio Social Obligatorio, deben propender por establecer criterios claros que dejen de lado todo tipo de ambigüedad, para dar paso a la eficacia frente a la ejecución de las mismas.

RECIPROCIDAD: En concordancia con la Ley 1164 de 2007,

Artículo 3°. Exoneraciones. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el Comité del Servicio Social Obligatorio podrá exonerar de la prestación del mismo a otros egresados en situaciones diferentes a las ya reguladas en el Servicio Social Obligatorio, teniendo en cuenta condiciones como el padecimiento de enfermedades catastróficas previamente verificadas, el incumplimiento del pago de la remuneración durante la prestación del servicio, en los términos del artículo 7° de la presente ley, entre otras; siempre y cuando se acredite la situación aducida, según los criterios que fije el mismo.

Artículo 4°. Duración del Servicio Social Obligatorio. La duración del Servicio Social Obligatorio será de un año por regla general, con las excepciones contenidas en la presente ley y demás normas concordantes.

No obstante, lo anterior se establece además como excepción al término de un (1) año, el caso de los rurales con plazas asignadas alejadas de las cabeceras municipales, de difícil acceso o en las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado, eventos en los cuales la duración del rural será de seis (6) meses.

Artículo 5°. Vinculación De Los Profesionales en Servicio Social Obligatorio: Los profesionales en Servicio Social Obligatorio deberán ser vinculados por medio de contrato laboral o vinculación legal y reglamentaria; en ningún caso podrán ser vinculados bajo una modalidad distinta, so pena de que la plaza sea sancionada. Los profesionales objeto del presente artículo deberán obtener remuneración idéntica a la de los médicos de planta de la institución donde estén desempeñando su Servicio Social Obligatorio y garantizar su afiliación al sistema general de seguridad social y riesgos profesionales.

<p>Artículo 6°. Funciones de inspección, vigilancia y control en el Servicio Social Obligatorio. Las Secretarías Departamentales de Salud o quienes hagan sus veces, o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en su respectivo territorio, tendrán adicionalmente, las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Velar por que las entidades de salud que tengan plazas asignadas de Servicio Social Obligatorio, cumplan a cabalidad con los pagos por concepto de remuneración a los profesionales en el ejercicio del mismo; Investigar situaciones en donde se vea comprometida la integridad física y mental del profesional en Servicio Social Obligatorio y que tengan relación directa con la prestación del servicio; Sancionar a las plazas donde no se esté cumpliendo con las obligaciones propias de dichas entidades en razón de la contraprestación de los servicios ejercidos por los profesionales. Dicha sanción consistirá en el hecho de no habilitar la plaza por dos (2) periodos de sorteo de Servicio Social Obligatorio, y en caso de reincidencia, dicha inhabilitación será durante cuatro (4) periodos de sorteo de Servicio Social Obligatorio; Revisar que las plazas que sean habilitadas para el Servicio Social Obligatorio cuenten con los recursos e insumos necesarios para una óptima prestación del servicio de salud de acuerdo al nivel de atención en el que se encuentre. <p>Parágrafo 1°. Una vez verificado el no pago de la entidad prestadora del servicio de salud por el servicio prestado por el profesional de la salud, las Secretarías Departamentales de Salud o quienes hagan sus veces, o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá informarán de ello de manera inmediata a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza su función de control sancionatorio, y aplique las sanciones previstas en el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>Parágrafo 2°. Las Secretarías Departamentales de Salud o quienes hagan sus veces, o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se abstendrán de habilitar plazas para el sorteo de servicio social obligatorio, en las Empresas Sociales del Estado que se encuentren clasificadas en riesgo medio o alto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 7°. Procedimiento ante las Secretarías Departamentales de Salud o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Cuando la entidad prestadora del servicio de salud incumpla con los pagos pactados frente al profesional del servicio social obligatorio, el profesional en Servicio Social Obligatorio, podrá solicitar iniciación del trámite de investigación ante la Secretaría y/o Dirección Departamental de Salud o quien haga sus veces, o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en su respectivo territorio, para lo cual tendrá quince (15) días hábiles subsiguientes al recibo de la petición, queja o reclamo para dar apertura al trámite, corriendo traslado a la entidad de salud de los cargos que se le imputen. Dicha entidad a su vez contará con cinco (5) días hábiles una vez vencidos los quince (15) anteriores, para pronunciarse con relación a los hechos denunciados.</p> <p>La entidad contará con quince (15) días hábiles siguientes a la decisión de la entidad competente, para efectuar los pagos totales correspondientes, vencido dicho término, el profesional que no reciba pago, debe informar dicha situación ante la Secretaría Departamental de Salud o a la Secretaría Distrital del Salud de Bogotá, para que registre la inhabilitación de dicha plaza por dos periodos de sorteo, e informe de ello a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia, y quedará en libertad de renunciar a la plaza.</p> <p>Para los casos relacionados con las otras causales, la entidad contará con quince (15) días hábiles para pronunciarse frente a los hechos que se le endilguen, comprometiéndose a que, si efectivamente dichos acontecimientos ocurrieron, la situación se normalice, una vez vencidos los términos, la Secretaría Departamental de Salud o a la Secretaría Distrital del Salud de Bogotá decidirán de acuerdo con la investigación si autoriza la exoneración o reubicación del profesional en Servicio Social Obligatorio. Para todos los casos, de no existir plaza libre para que el profesional realice el período faltante para culminar el Servicio Social Obligatorio, la Dirección Departamental de Salud o a la Secretaría Distrital del Salud de Bogotá estudiarán la posibilidad de exonerar por el término que le quede para completar el mismo.</p> <p>Artículo 8°. Jornada laboral. La vinculación laboral a la que se refiere el artículo 5° de la presente ley corresponde a jornadas laborales entre cuarenta y cuatro (44) horas semanales y máximo sesenta y seis (66) horas, sin que exceda este límite bajo ningún término. Deberá tenerse en cuenta que las jornadas que excedan las 44 horas</p>
<p>semanales deberán estar sustentadas en la necesidad del servicio y serán excepcionales y debidamente justificadas.</p> <p>Parágrafo. El profesional en Servicio Social Obligatorio que exceda el término mínimo de 44 horas a la semana establecido en el presente artículo, tendrá un (1) día de descanso compensatorio por cada ocho (8) horas laboradas en exceso de la jornada ordinaria.</p> <p>Artículo 9°. Descansos. Los profesionales a los que se refiere esta ley tendrán derecho, mínimo cuatro (4) días de descanso al mes, sin que se encuentren en condición de disponibilidad en el marco del ejercicio laboral subyacente al Servicio Social Obligatorio.</p> <p>Artículo 10. Disponibilidades. Las horas de disponibilidad efectivas deberán ser tenidas en cuenta dentro de la jornada ordinaria; en ningún caso las disponibilidades podrán ser tenidas como días libres.</p> <p>Artículo 11°. Remisiones: Las remisiones deberán ser tenidas en cuenta dentro de la jornada ordinaria y para el cumplimiento de las mismas, la entidad de salud deberá proveer el transporte necesario para el desplazamiento que se genere a partir de estas.</p> <p>Artículo 12. Pólizas: La decisión del tipo de póliza de responsabilidad civil para el aseguramiento de riesgos queda a libertad del profesional en el ejercicio de Servicio Social Obligatorio; en ningún caso, las entidades de salud públicas o privadas, podrán obligar al profesional a que adquiera una póliza determinada, cuyo monto asegurado no podrá exigirse por una cifra superior a doscientos millones de pesos (\$ 200.000.000).</p> <p>Artículo 13°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA Senador de la República </div> <div style="text-align: center;">  JOSE AULO POLO NARVAEZ Senador de la República </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  JORGE EDUARDO LONDOÑO ULLOA Senador de la República </div> <div style="text-align: center;">  ANTONIO ERESMID SANGUINO PAÉZ Senador de la República </div> </div>	<p style="text-align: center;">EXPOSICIÓN DE MOTIVOS</p> <p>I. OBJETO DE LA INICIATIVA</p> <p>El presente proyecto de ley busca dignificar la situación laboral de los profesionales en Servicio Social Obligatorio en nuestro país de profesiones de la salud en Colombia. Estos profesionales que a la luz de la normatividad imperante no cuentan con garantías legales que les permitan un ejercicio justo del año rural.</p> <p>II. CONTEXTO DE LA INICIATIVA</p> <p>i. ANTECEDENTES</p> <p>El presente proyecto de ley tiene como antecedente principal el Proyecto de Ley No. 237 de 2019. Por trámite de legislatura, el proyecto de ley no pudo surtir segundo debate en la legislatura inmediatamente anterior en el Senado y se hundió. No obstante, tuvo un recorrido legislativo muy importante que, a su vez, es el aliciente principal para volverlo a radicar en la presente legislatura en beneficio de miles de profesionales de la salud del presente y el futuro de Colombia.</p> <p>Así pues, es muy importante señalar que esta iniciativa, radicada nuevamente, fue construida en consenso con organizaciones del gremio de la salud en mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social. El entonces Viceministro de Salud Pública Iván Darío González asistió a mesas de trabajo y reuniones con el Senador Juan Luis Castro Córdoba, autor de la iniciativa, en las que se manifestó un claro interés de modernizar una figura de enorme importancia para el sector salud del país como el Servicio Social Obligatorio. Ello conllevó a que el Ministerio de Salud y Protección Social emitiera concepto positivo al entonces Proyecto de Ley No. 237 de 2019, tal como consta en la Gaceta No. 043 de 2020 de la Secretaría General del Senado de la República.</p>

<p>ii. PANORAMA ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN</p> <p>En repetidas ocasiones los profesionales en Servicio Social Obligatorio (en adelante SSO), se ven enfrentados a circunstancias adversas y a falta de garantías laborales que precarizan su labor, enfrentando situaciones que desbordan sus capacidades, lo cual dista mucho del loable propósito tanto social como de enriquecimiento profesional, con el que se concibió el SSO.</p> <p>El SSO, es el término en el cual los recién egresados de los programas de: medicina, enfermería, bacteriología y odontología, prestan a la comunidad sus servicios como profesionales de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud. Dicho servicio social se convierte en el requisito previo que deben cumplir los profesionales de la salud en aras que se les otorgue, por parte del colegio médico colombiano y los entes competentes para cada una de las profesiones de la salud, el registro profesional que los acredite para su desempeño laboral. Este requisito se estableció en primer término en la ley 50 de 1981, posteriormente en el artículo 33 de la ley 1164 de 2007, y se encuentra reglamentado por las resoluciones 1058 de 2010, 2358 de 2014, 6357 de 2016 y 4968 de 2017.</p> <p>Inicialmente fue creado con la ley 50 de 1981, norma que regulaba aspectos tan importantes como la igualdad salarial y prestacional que debería existir entre el profesional en SSO y el personal de planta, lo anterior de cara a la igualdad de tareas desempeñadas entre unos y otros profesionales. Dicha norma establecía, además, que cuando el año rural se hacía en plazas donde el orden público estuviese alterado y con difícil acceso a los servicios de salud, su duración sería de seis meses. Establecía además la prohibición de contratación de los profesionales de manera indirecta y, bajo dicha regulación, eran muchos más los profesionales a quienes les resultaba atractivo desempeñarse en las plazas de rural.</p> <p>En la actualidad, en virtud de los cambios que se suscitaron a las normas que regulan el SSO, el panorama laboral de nuestros profesionales de la salud recién egresados, está muy lejos de ser lo que en otros tiempos era para convertirse en un año al que pocos profesionales quieren enfrentar. Lo anterior afecta, no solo a quienes deben cumplir con el requisito del SSO, sino a la comunidad en general. Es imperativo reiterar que en muchos rincones del país resulta necesario el servicio prestado por los rurales, pues es la única forma que tienen sus pobladores de acceder a los servicios de salud.</p>	<p>Resulta necesario analizar y hacer frente a las diversas problemáticas que vienen enfrentando nuestros profesionales de la salud, de cara no solo a la necesidad que tienen estos últimos, sino a la necesidad que le asiste a muchas poblaciones de Colombia en cuanto a tener las plazas ocupadas por los rurales asignados. Lo anterior resultaría mucho más sencillo bajo un marco de contratación con garantías mínimas y en donde los elementos circundantes fueran la equidad y la justicia. Situaciones como la falta de recursos que hoy impera en el sector salud, no pueden convertirse en la justificación para la explotación laboral de nuestros profesionales en SSO.</p> <p>Son muchísimos los casos en los que se evidencia que, una vez estos profesionales llegan a cumplir su año rural, más que encontrar experiencias que enriquezcan su quehacer profesional, se encuentran con situaciones que desbordan sus capacidades tanto físicas como mentales; estas situaciones distan mucho del loable propósito tanto social como profesional del SSO. Las anteriores problemáticas resultan ser el marco de lo que se quiere abordar con el proyecto de ley que aquí se trata.</p> <p style="text-align: center;">COMPETENCIA.</p> <p>La iniciativa de este proyecto de ley se encuentra acorde con los artículos 154, 158 y 169 de la Constitución Política, las cuales hacen alusión sobre el origen de la iniciativa legislativa, la unidad de materia y al título de la ley. De igual forma, la iniciativa que nos compete se encuentra conforme a lo establecido en el artículo 140 numeral 1°, de la ley 5° de 1992.</p> <p style="text-align: center;">MARCO CONSTITUCIONAL LEGAL Y JURISPRUDENCIAL</p> <p>En nuestro país la norma que en principio creó el SSO fue la ley 50 de 1981; en dicha norma se establecían parámetros para el ejercicio del rural que resultaban favorables e incidían de manera directa en la no deserción de los profesionales de la salud frente a las plazas asignadas. Dichas circunstancias eran: (i) El tiempo de prestación del SSO que se hacía por regla general por el término de seis meses, pues se establecía que cuando hubieren asignado al profesional a una plaza donde el orden público estuviese alterado y con difícil acceso a los servicios de salud, el año de rural se hacía por dicho</p>
<p>término; (ii) la asignación salarial entre personal de planta y en SSO era igual, y (iii) existía prohibición taxativa en punto a la no posibilidad de contratación de personal en SSO a través de formas de contratación que no fueran directas, además, bajo su vigencia la asignación de plazas se hacía por departamentos.</p> <p>La ley 1164 de 2007, Ley de talento humano en salud, en el artículo 33 dispuso crear nuevamente el SSO para los profesionales de la salud. Posteriormente, en el año 2010, se emite la resolución 1058, punto de quiebre de la pérdida de garantías laborales de los profesionales en SSO, pues en virtud de la misma se aumenta el tiempo de prestación del servicio social a un año para todas las plazas, sin tener en cuenta si se encuentra o no alejada del lugar de domicilio del profesional asignado, o si los servicios de salud eran o no de difícil acceso. Adicionalmente, se establecieron sanciones para quienes renunciaran a las plazas y se permite la contratación de los profesionales a través de contratos de prestación de servicios, dicha resolución crea el sistema para proveer plazas a través de sorteo público y dispone que la asignación de las mismas se podía hacer a nivel nacional.</p> <p>Posteriormente, se expidió la resolución 2358 de 2014, a través de la cual se establece de manera concreta la posibilidad de que las asignaciones salariales para quienes se desempeñaran en su año de SSO, fueran inferiores a la del personal de planta, pues dicha norma deroga expresamente el artículo 15 de la resolución 1058, que aún conservaba dicha prerrogativa.</p> <p>Los comités de Servicio Social Obligatorio, fueron creados por la resolución 1058 de 2010, como instancia consultiva para nuestros profesionales en SSO; entre sus funciones tienen las de decidir sobre casos de convalidación y exoneración de plazas, son estos comités los encargados además de validar la disponibilidad presupuestal de las plazas al momento de habilitarlas. Por haber sido creados como órgano consultivo del Ministerio de Salud y Protección Social y atender situaciones sobre convalidación y exoneración, los profesionales de la salud presentan ante dichas entidades quejas relacionadas con: Falta de pagos, jornadas excesivas, situaciones de violencia, falta de insumos, enfermedades y demás circunstancias que pudieren desencadenar en una solicitud de exoneración. Sin embargo, la respuesta en muchas ocasiones es insuficiente y no resuelve de fondo la problemática que se somete a discusión.</p> <p>Lo anterior tiene que ver con la falta de especificidad de la norma en cuanto a regular concretamente las funciones asignadas a los mismos y el hecho de que debe indicarse</p>	<p>de manera taxativa qué hechos constituyen o no causal de exoneración, convalidación o reubicación de plaza. Algunos esfuerzos se han hecho sobre el particular, pues en la actualidad la resolución 6357 de 2016, la cual adicionó el literal e del artículo 4° de la resolución 1058 de 2010, establece la violencia como causal de exoneración; sin embargo, supuestos como: Falta de pagos, enfermedades y jornadas excesivas aún no se encuentran como situaciones frente a las cuales el comité tenga competencia. Lo anterior resulta un tanto contradictorio, pues la resolución 1058 de 2010 dispone que dichos órganos deben verificar capacidad presupuestal de las plazas en aras de habilitarlas. Si ello es así, ¿por qué se presentan casos de tardanza o ausencia total en los pagos?</p> <p>Es necesario que se tracen direccionamientos claros y que se disponga de un procedimiento que se pueda adelantar ante los Comités frente a problemáticas como las descritas anteriormente, en aras de ofrecer garantías reales que estén en sincronía con la protección a los derechos fundamentales a la vida, a la salud, al mínimo vital y móvil y al trabajo en condiciones dignas. Así pues, lo que se somete a discusión son las condiciones del ejercicio de la profesión de quienes cubren un servicio esencial como lo es la salud. Lo pretendido, mediante el presente proyecto de ley, es la unidad de criterios que permitan justicia efectiva y oportuna a la hora de definir las situaciones planteadas ante los Comités de SSO y que, de parte de las entidades prestadoras de servicios de salud, se actúe de cara a los derechos que como trabajadores tienen nuestros rurales.</p> <p>Reprimir a nuestro profesional de la salud a través de sanciones por no aceptación de las plazas no es la salida. Por el contrario, el escenario respetuoso de garantías fundamentales es establecer garantías mínimas y efectivas frente al desconocimiento de derechos laborales. Ello tornaría la posibilidad del año rural en una situación favorable para nuestros profesionales, lo cual tendría una incidencia directa en la aceptación de las plazas; quienes presten el SSO no lo deben hacer por el miedo a no ser sancionados, sino más bien por el deseo de impactar de manera favorable en la comunidad a través de la prestación del servicio de salud.</p> <p>Se considera que para generar un cambio que permita mitigar la ausencia de profesionales de la salud en algunos lugares de nuestro territorio nacional, debe actuarse con coherencia estableciendo incentivos para estos valientes. No puede obviarse que estos profesionales deciden aceptar el reto de prestar su servicio social en sitios alejados de sus lugares de domicilio; muchas veces en poblaciones que les resultan desconocidas, en las cuales el pago se torna incierto, pues ciertamente el</p>

<p>profesional de la salud, cuya plaza está alejada de su lugar habitual de vivienda, incurre en unos gastos y hace un mayor esfuerzo que uno que labore y viva en el mismo lugar.</p> <p>Para ilustrar mejor la problemática que en la actualidad se presenta frente a la falta de herramientas jurídicas eficaces para nuestros profesionales en SSO, es pertinente poner en conocimiento respuesta emitida por el Comité de Servicio Social Obligatorio de la secretaria de salud departamental de la gobernación del Casanare. En la misma se referencia una reclamación interpuesta por falta de pago de salarios atrasados e imposición de jornadas laborales que excedían los límites legales por parte del hospital donde el profesional de la salud venía cumpliendo su año rural. En dicha oportunidad se determinó que: "... Atendiendo su respuesta el comité de servicio social obligatorio, en reunión del 22 de diciembre de 2015, conceptúa que por tratarse de un asunto de autonomía administrativa de red de salud de Casanare E.S.E., que media en una relación contractual debe ser resuelto por dicha entidad. Se conmina a red de salud de Casanare E.S.E. para que dé solución a su petición con la mayor celeridad del caso".</p> <p>En otras ocasiones, la respuesta se orienta a indicar que tienen en sus manos las vías judiciales en aras de obtener los pagos, lo cual resulta absurdo, dado que el rural en principio no tiene tiempo para enfrentar durante su año de SSO demandas para obtener pago de salarios. Por otro lado, tampoco tienen dinero para pagar honorarios de abogado en aras de adelantar dicho trámite; como último aspecto, y no menos importante, la tensión que enfrenta un trabajador al momento de demandar a su empleador hace que este tipo de demandas nunca se presenten, pues la mayoría de litigios laborales entre empresa y empleado se presentan cuando aquel ya no presta servicio alguno para la parte que pretende demandar.</p> <p>Consideramos conveniente que la normativa desarrollada en el presente proyecto de ley obedece a una propuesta que logre mejorar los escenarios legales actuales en relación con el SSO. La necesidad de una regulación atinente al servicio social obligatorio se genera teniendo muy presente la problemática actual de nuestros profesionales, en aras de establecer pautas que les permitan tener todas las garantías durante el tiempo de desempeño del SSO, pues si bien la economía de nuestra salud está colapsada, ello no es óbice para que se sigan cometiendo abusos como los que hoy en día se presentan.</p> <p>La necesidad de este proyecto de ley se presenta además en concordancia con lo dispuesto por la Corte Constitucional que en sentencia T-249 de 2015, exhorta al</p>	<p>Ministerio de Salud puntualmente a que: "Se revise la forma en que se asigna este recurso y determine estímulos necesarios para conseguir que las personas se interesen en prestar sus servicios allí". A nuestro criterio uno de los incentivos que se pueden plantear en favor del personal de la salud que hace Servicio Social Obligatorio es reducir a seis meses el término del rural como ocurría en vigencia de la ley 50 de 1981, esta posibilidad en concordancia con la ley 1164 de 2007, que plantea que el rural será de mínimo seis meses.</p> <p>En cuanto a la jornada laboral, hay que precisar que, según lo dispuesto en el artículo 33 del decreto 1042 de 1978, la jornada máxima legal para los empleados públicos nacionales es de 44 horas semanales. Adicionalmente, lo establecido en el artículo 21 de la misma norma dispone que los empleos de tiempo completo tienen una jornada diaria de 8 horas, jornada que es aplicable a los empleados públicos territoriales, entre ellos a los que laboren en entidades prestadoras de servicios de salud, en virtud de la sentencia C-1063 de 2000, proferida por la Corte Constitucional.</p> <p>Adicionalmente, para los empleados públicos que cumplen funciones en el campo médico asistencial en las entidades prestadoras de servicios de salud, el artículo 12 de la ley 269 de 1996, determina que su jornada máxima podrá ser de 12 horas diarias, sin que en la semana exceda las 66 horas. Lo anterior únicamente aplica para aquellas personas que tengan más de una vinculación con el estado.</p> <p>Al respecto, la Corte Constitucional mediante sentencia C-024 de 1998, señaló que "la protección al trabajo establecido por mandato del artículo 25 constitucional, incluye la fijación de jornadas máximas, dentro de las cuales los trabajadores presten los servicios propios de la relación laboral y estén sometidos a las órdenes del patrono. La jornada permanente, indefinida e ininterrumpida, sin periodos de descanso razonable previamente estipulados, atentos contra la dignidad del trabajador, cercena su libertad, pone en peligro sus derechos a la salud y a la vida, y causa daño a su familia, por lo que resulta contraria al ordenamiento superior (...)".</p> <p>En el artículo 13 de la Constitución ha consagrado el derecho a la igualdad, para que la misma sea disfrutada de manera real y efectiva a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. De igual forma, el artículo 25 de la constitución nacional estipula el derecho al trabajo como un derecho fundamental y una obligación social, objeto de especial</p>
<p>protección por parte del estado. El trabajo, al tenor del mismo precepto, es un derecho subjetivo que logra eficacia cuando se ejerce en condiciones dignas y justas.</p> <p>Estas condiciones refieren, a su vez, la garantía de los contenidos mínimos de que trata el artículo 53 de la carta, entre los cuales se encuentran la remuneración mínima, vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; y la primacía de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos en las relaciones laborales. Es a partir de estos contenidos que se estructura la protección constitucional del principio de a trabajo igual salario igual, tradicional en el derecho laboral colombiano.</p> <p>Sobre la materia expuesta, la jurisprudencia de la Corte ha delimitado el concepto del principio de a trabajo igual, salario igual, al señalar mediante sentencia T-644 de 1998: "Esta corporación ha sostenido que del carácter fundamental del derecho al trabajo y de la especial protección ordenada al estado por este precepto constitucional, se desprende la exigencia legal y judicial del respeto por la dignidad y la justicia en la relación laboral". Estrechamente relacionado con lo anterior, se encuentra la obligación a cargo del patrono de proporcionar una remuneración acorde con las condiciones reales del trabajo, puesto que el salario es "la causa o el motivo, desde el punto de vista de quien se emplea, para establecer vinculación laboral".</p> <p>Aun cuando existen normas que regulan la jornada de trabajo y que podrían ser aplicadas a los profesionales en SSO, por tratarse de una prestación del servicio regida incluso por normas propias, muchas entidades de salud se amparan en la falta de normas puntuales para cometer abusos contra el personal de salud en SSO. Dichos abusos relacionados con el indebido manejo de disponibilidades y sobrecarga laboral manifiesta. Lo anterior subyace en una necesidad absoluta para legislar de manera puntual sobre estos tópicos, en los términos en los que se ha venido argumentando.</p> <p>III. PROPOSICIÓN</p> <p>En virtud de lo anterior, solicito a la Secretaría General del Senado dar inicio al trámite legislativo respectivo del presente proyecto de ley: "Por el cual se dignifica la práctica Rural (Servicio Social Obligatorio) en Colombia para el Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA Senador de la República </div> <div style="text-align: center;">  JOSE-AULO POLO NARVAEZ Senador de la República </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  JORGE EDUARDO LONDOÑO ULLOA Senador de la República </div> <div style="text-align: center;">  ANTONIO ERESMID SANGUINO PAÉZ Senador de la República </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <p>SECCIÓN DE LEYES</p> <p>SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</p> </div> <p>Bogotá D.C., 30 de julio de 2020</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 183/20 Senado "POR EL CUAL SE DIGNIFICA LA PRÁCTICA RURAL (SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO) EN COLOMBIA PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA, JOSÉ AULO POLO NARVAEZ, JORGE EDUARDO LONDOÑO ULLOA, ANTONIO ERESMID SANGUINO PAÉZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA Subsecretario General</p> <p style="text-align: center;">PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 30 DE 2020</p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>CÚMPLASE</p> <p>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>ARTURO CHAR CHALJUB SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA</p>

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 189 DE 2020
SENADO**

por medio del cual se establece un marco de regulación y control del cannabis de uso adulto, con el fin de proteger a la población colombiana de los riesgos de salud pública y de seguridad asociados al vínculo con el comercio ilegal de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY N° _____ DE 2020

Por medio del cual se establece un marco de regulación y control del cannabis de uso adulto, con el fin de proteger a la población colombiana de los riesgos de salud pública y de seguridad asociados al vínculo con el comercio ilegal de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto:

La presente ley tiene como objeto crear un marco regulatorio para el cultivo, producción, almacenamiento, transformación, comercialización y uso del cannabis y sus derivados para uso adulto, con el fin de proteger a la población colombiana de los riesgos de salud pública y de seguridad asociados al vínculo con el comercio ilegal de sustancias psicoactivas.

Artículo 2°. Principios rectores. Los principios por los cuales se regirá la regulación del cannabis son los siguientes:

- a) **Derechos humanos:** Las políticas de drogas deben diseñarse, implementarse e interpretarse de acuerdo con las obligaciones que ha adquirido el estado colombiano en materia de derechos humanos, bajo los principios de dignidad humana, no discriminación y la universalidad e interdependencia de derechos.
- b) **Salud pública:** El Estado deberá promover una política de drogas que proteja, promueva y garantice el derecho que tienen todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales a lo largo del curso de la vida.

Así mismo, el Estado deberá garantizar el tratamiento de los usuarios problemáticos de drogas, toda vez que exista consentimiento informado del usuario
- c) **Lucha contra los eslabones más fuertes del narcotráfico:** El Estado deberá diseñar e implementar estrategias para reducir la incidencia y las afectaciones del narcotráfico y sus rentas ilícitas, a partir de la evidencia y a través de acciones que salvaguarden los derechos fundamentales.
- d) **Construcción de paz:** La política nacional de drogas deberá propender por la implementación del *Acuerdo Final de Paz para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*, materializando el compromiso de poner en marcha de una nueva visión que afronte el problema de las drogas de uso ilícito a partir de un enfoque general de derechos humanos y salud pública, diferenciado y de género.

Artículo 3°. Definiciones. Para efectos de la presente ley se adoptarán las siguientes definiciones:

Sustancia psicoactiva (SPA): Es toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, controlada o de libre comercialización, que al ser consumida o introducida en el organismo vivo puede producir dependencia y/o tolerancia y/o alterar la acción psíquica, ocasionando un cambio inducido en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.

Estupefaciente: Cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, y que haya sido catalogada como tal en los convenios internacionales y adoptada por la legislación colombiana.

Planta de cannabis: Se entiende toda planta del género cannabis

Cannabis: Se entienden las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe.

Cannabis psicoactivo: Sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe, cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es igual o superior al 1% en peso seco.

Cannabis no psicoactivo: La planta, sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es inferior a 1% en peso seco.

Cannabis medicinal: El término *marihuana medicinal* se refiere al uso de toda la planta de marihuana sin procesar, o de sus extractos básicos, para tratar ciertos síntomas de enfermedades y otros trastornos

Uso adulto de cannabis: Se entiende como el uso del cannabis psicoactivo exclusivamente por parte de mayores de edad.

Autocultivo: Pluralidad de plantas de cannabis en número no superior a veinte (20) unidades, de las que pueden extraerse estupefacientes, para uso personal o colectivo, sin fines de comercialización o lucro.

Cultivo: Actividad destinada a la obtención de semillas para siembra, grano y plantas de cannabis, que comprende desde la siembra hasta la cosecha.

Cosecha: Producto del cultivo obtenido de la planta de cannabis.

Fabricación: Procedimientos, distintos de la producción, para obtener derivados de cannabis.

- e) **Libre desarrollo de la personalidad:** El Estado no podrá imponer un ideal de excelencia humana. Cada individuo podrá elegir el plan de vida que considere válido y desarrollar libremente su personalidad, siempre que esto no afecte los derechos de terceros.
- f) **Sujetos de especial protección:** Deberán garantizarse los derechos de los niños, niñas y adolescentes, restringiendo y previniendo su acceso a las sustancias psicoactivas, a través de estrategias basadas en la evidencia y los derechos humanos.
- g) **Justicia social a través de medidas afirmativas:** La política nacional de drogas deberá ser también un mecanismo de reparación a la población colombiana, especialmente para quienes históricamente han sufrido las consecuencias directas asociadas con la guerra contra las drogas en territorio nacional.

En este sentido, los pequeños productores, especialmente los que tengan otros factores diferenciales como ser víctimas del conflicto armado o sean mujeres cabeza de familia, tendrán un tratamiento diferencial en la cadena de producción y comercialización del cannabis, garantizando su acceso preferencial a este mercado, con el objetivo de subsanar los factores históricos y estructurales relacionados con su victimización. Así mismo, en la política nacional de drogas deberán desarrollarse y fortalecerse políticas específicas que atiendan las particularidades de campesinas y campesinos.

- h) **Autodeterminación de los pueblos:** El Estado deberá proteger, reconocer, respetar y garantizar el ejercicio y goce de los derechos fundamentales de los Pueblos Indígenas al territorio, autonomía reglamentaria, gobierno propio y libre determinación.
- i) **Enfoque de género:** El enfoque de género deberá ser transversal a la política nacional de drogas, bajo un esquema de interseccionalidad que tenga en cuenta aspectos como la etnia, el nivel socioeconómico, la edad, orientación sexual, entre otros.
- j) **Protección ambiental:** En la producción de cannabis se deberá proteger el medio ambiente y la biodiversidad y se impulsará un modelo de regeneración de la agricultura.
- k) **Acceso a la información:** Las personas usuarias y no usuarias de cannabis tienen derecho a acceder a la información relativa a las consecuencias y efectos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.
- l) **Tipología del consumo:** En el diseño y la implementación de la política nacional de drogas se tendrán en cuenta los distintos tipos de consumo de sustancias psicoactivas, dándole un tratamiento diferenciado y específico a cada uno según sus características.
- m) **Participación significativa:** Todas las personas tienen derecho a participar en la vida pública. Esto incluye participar en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de drogas, en particular aquellos directamente afectados.

Transformación: Actividad por medio de la cual se obtiene un derivado a partir del cannabis.

Narcotráfico: Comercio ilícito mundial que incluye el cultivo, la fabricación, la distribución y la venta de sustancias psicoactivas declaradas ilícitas.

Narcomenudeo: Mutación del fenómeno del narcotráfico. La transformación de grandes carteles de ladroga a organizaciones fragmentadas, así como la innovación de sus estrategias.

Pequeño productor: Serán considerados como pequeños cultivadores, productores y comercializadores nacionales de cannabis, las personas naturales que cuenten con un área total destinada al cultivo de cannabis que no supere 0,5 hectáreas (ha). En aquellos territorios en que se adelanten Planes Nacionales Integrales de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito esta área podrá ajustarse sobre la base de las decisiones adoptadas por las instancias territoriales contempladas en dicho Programa con el fin de atender a las particularidades territoriales derivadas de la implementación del Acuerdo Final de Paz

Licencia: Es la autorización que da la autoridad de control de la que trata el artículo 28° de esta ley, a través de un acto administrativo, para la realización de las actividades relacionadas con el manejo de las semillas para siembra, el cultivo de plantas de cannabis, la transformación y la comercialización del cannabis y sus derivados psicoactivos y no psicoactivos.

Enfoque de salud pública: La salud pública es un enfoque para mantener y mejorar la salud de las poblaciones, que se basa en los principios de justicia social, atención a los derechos humanos y la equidad, políticas y prácticas basadas en evidencia y aborda los determinantes de salud en los diferentes ciclos de vida. Esto incluye abordar los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las inequidades sociales y de salud.

Reducción de riesgos y daños: Se refiere al conjunto de políticas y programas orientados a que las comunidades reciban la información y las herramientas necesarias para mitigar los daños y los riesgos de salud, sociales y económicos asociados al consumo de drogas.

Consumidor problemático: Hace referencia al consumidor cuyos patrones de uso de sustancias derivan en claros inconvenientes que les impiden el normal desarrollo del funcionamiento a nivel de salud, estabilidad psicológica, social y económica, así como del entorno. Puede darse independientemente de si el consumo es ocasional o frecuente.

Consumidor no problemático: Hace referencia al consumidor que utiliza la sustancia con cierta regularidad. Entre sus principales objetivos está la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. Es un consumo pasajero, asociado a situaciones concretas y en algunos casos a épocas o etapas de la vida sin dejar consecuencias que le impidan desarrollar su vida.

Justicia social: Principio que hace alusión a la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales, y el respeto igualitario de los derechos humanos, para así la dignidad de todas las personas y la cohesión social

**CAPITULO II
COMPETENCIAS**

Artículo 4°. El Estado regulará las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, fabricación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, transporte, comercialización, transformación, distribución, uso y posesión de las semillas de la planta de cannabis, del cannabis y de sus derivados, así como los productos que los contengan, para uso adulto.

Artículo 5°. Competencias. Compete al Ministerio de Justicia y del Derecho, al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, y al Ministerio de Educación Nacional, de acuerdo con sus competencias, reglamentar de manera articulada lo concerniente a la importación, exportación, plantación, cultivo, fabricación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, transporte, comercialización, transformación, distribución y uso de las semillas de la planta de cannabis, del cannabis y de sus derivados, así como los productos que los contengan para uso adulto.

Parágrafo 2. Los Ministerios indicados en este artículo presentarán informe semestral sobre los avances de esta reglamentación al comité técnico del que trata el artículo 31° de la presente ley.

Parágrafo 3. Con la expedición de esta ley se levantan las prohibiciones que sobre este artículo existan a nivel nacional.

Artículo 6°. El Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA), del que trata el capítulo III de la presente ley, regulará y coordinará la implementación de la política nacional relativa a la importación, exportación, plantación, cultivo, fabricación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, transporte, comercialización, transformación, distribución y uso de las semillas de la planta de cannabis, del cannabis y de sus derivados, así como los productos que los contengan para uso adulto, medicinal y científico.

Lo anterior de acuerdo con la reglamentación fijada por los ministerios referenciados en el artículo 5° de la presente ley.

Artículo 7°. El Ministerio de Salud reglamentará los mecanismos a través de los cuales las personas mayores de edad podrán acceder al cannabis para uso adulto de forma segura, informada y por fuera de los riesgos de seguridad y salud pública que representa el vínculo con el mercado ilegal de esta sustancia.

Parágrafo 1. Las vías de acceso al cannabis para uso adulto, sin excepción, deberán tener un enfoque de derechos, salud pública, reducción del daño y determinantes sociales, en los términos de los capítulos V y VI de la presente ley.

**CAPITULO III
RESTRICCIONES**

Artículo 8° Los menores de 18 años no podrán acceder ni consumir cannabis, salvo el cannabis medicinal.

Artículo 9°. Se prohíbe a toda persona natural o jurídica el comercio, distribución, donación, regalo, suministro y venta, directa e indirecta, de productos de cannabis y sus derivados, en cualquiera de sus presentaciones, a menores de dieciocho (18) años.

El comprador de cannabis y sus derivados debe demostrar que ha alcanzado la mayoría de edad a través de un documento de identidad.

Así mismo, queda prohibido emplear a menores de edad en actividades de comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos de cannabis.

Parágrafo 1. La persona, natural o jurídica, que incumpla este artículo incurrirá en las penas establecidas en el Código Penal Colombiano.

Artículo 10°. Queda prohibido estar bajo los efectos del THC para conducir cualquier vehículo, equipo o maquinaria peligrosa donde se ponga directamente en riesgo la vida de terceros.

El Ministerio de salud reglamentará los niveles de THC permitidos para conducir.

El método de detección del nivel de THC debe estar sustentado en evidencia científica y no a discrecionalidad subjetiva de las autoridades competentes.

**CAPITULO IV
VÍAS DE ACCESO SEGURO E INFORMADO AL CANNABIS PARA USO
ADULTO**

Artículo 11° Autocultivo: Está permitido, sin requerir una licencia, el cultivo en propiedad privada de plantas de cannabis en número no superior a veinte (20) unidades, de las que pueden extraerse estupefacientes, para uso personal o colectivo, siempre y cuando no tengan fines de comercialización o lucro.

Parágrafo 1. Las personas que por motivos de salud requieran sembrar y cultivar más de veinte plantas de Cannabis, podrán solicitar un permiso al Ministerio de Salud.

Artículo 12° Dispensarios de cannabis: Por medio de una licencia otorgada por el Estado, habrá establecimientos autorizados para sembrar, cultivar, cosechar, almacenar y transformar y comercializar cannabis para uso adulto.

Parágrafo 1: Los dispensarios de cannabis podrán ser de naturaleza pública o privada. Los dispensarios de naturaleza pública tendrán la obligación de ofrecer precios accesibles para consumidores de distintos niveles socioeconómicos, con el fin de desincentivar la recurrencia al mercado ilegal.

Parágrafo 2. Los establecimientos de los que trata este artículo deberán cumplir con los principios de salud pública expuestos en el artículo 13° de la presente ley.

Parágrafo transitorio: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.

Artículo 13° Clubes o asociaciones: Por medio de una autorización del Estado, se consentirá la asociación de personas mayores de edad, que voluntariamente deseen unirse para consumir, plantar y almacenar auto cultivos de cannabis medicinal y de uso adulto, en la cantidad que reglamente la ley.

Estas asociaciones funcionarán como Entidades sin Ánimo de Lucro (ESAL), de carácter asociativo y solidario, de acuerdo con el marco constitucional, legal y jurisprudencial vigente para las asociaciones.

Parágrafo 1. Las asociaciones deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Dedicarse únicamente a la producción de Cannabis, derivados del Cannabis y accesorios del Cannabis;
- b) Tener el número de socios que reglamente la ley;
- c) Cumplir con los principios de salud pública expuestos en los capítulos 5 y 6 de la presente ley.

Parágrafo 2. Las asociaciones tendrán las siguientes restricciones:

- a) Proveer cannabis, o cualquiera de sus derivados, a personas que no pertenezcan a la asociación;
- b) Producir más de la cantidad de cannabis reglamentado por ley;
- c) Consumir bebidas alcohólicas o algún otro estupefaciente dentro de sus instalaciones.
- d) Llevar a cabo cualquier acción de promoción, publicidad y patrocinio de la asociación, de cannabis o de sus derivados.

Parágrafo transitorio: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.

Artículo 14° Tiendas en línea: El Estado habilitará sitios web autorizados para la venta exclusiva de cannabis y productos derivados.

Durante el proceso de compra y en la posterior entrega se deben establecer protocolos estrictos para verificar que el solicitante es mayor de edad.

Parágrafo 1. Los sitios virtuales para la compra de cannabis deben cumplir con los principios de salud pública y prevención del consumo de los capítulos 5 y 6 de la presente ley.

Parágrafo transitorio: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.

Artículo 15° Los demás que disponga la ley. Las autoridades de las entidades territoriales tendrán autonomía para incluir dentro de sus planes de gobierno otros mecanismos de acceso al cannabis para uso adulto que se ajusten de forma más conveniente a sus contextos locales y las necesidades particulares de su jurisdicción, siempre y cuando estos mecanismos tengan como base los principios rectores expuestos en el artículo 2° de la presente ley y cumplan con los principios de salud pública expuestos en los capítulos 5 y 6 de la presente ley.

Parágrafo 1: La entidad territorial deberá diseñar y validar el mecanismo de acceso al cannabis a través de una instancia de participación, con base a la legislación sectorial vigente, fundamentalmente con la participación de los actores que se vean directamente afectados como consumidores (problemáticos y no problemáticos), licenciatarios, cultivadores, policía, y educadores.

**CAPITULO V
DISPOSICIONES RELATIVAS A LA SALUD PÚBLICA**

Artículo 16°. Reducción de daños y riesgos. El enfoque de reducción de daños y riesgos debe ser transversal a los mecanismos de acceso al cannabis de uso adulto que requieran de una licencia o autorización estatal.

Quien comercie, venda, distribuya o suministre productos de cannabis para uso adulto y sus derivados tendrá las siguientes obligaciones:

<p>a) Desarrollar y difundir información clara y coherente sobre los posibles riesgos y efectos del consumo de cannabis y sus derivados.</p> <p>b) Incluir en sus productos o empaquetados leyendas de reducción de daños en las que se describa los posibles riesgos y efectos del consumo de cannabis y sus derivados.</p> <p>c) Especificar de forma clara y visible el tipo de cannabis, composición química, cantidad exacta de los constituyentes psicoactivos del cannabis, y otra información relevante, con el fin de garantizar un acceso seguro e informado al consumidor.</p> <p>d) Proporcionar un cannabis que cumpla con los estándares de calidad fijados por el Ministerio de Salud y estar libre de subproductos nocivos.</p> <p>e) En ninguna circunstancia se pueden ubicar las ventas de cannabis junto con las ventas de otras sustancias controladas como alcohol, tabaco y / o productos farmacéuticos.</p> <p>f) Disponer de estrategias para identificar el consumo problemático y recomendar una ruta de atención al usuario.</p> <p>Artículo 17°. Trazabilidad. Todos los mecanismos de acceso al cannabis de uso adulto que requieran de una licencia o autorización estatal deben proporcionar al consumidor información clara y visible sobre la trazabilidad del cannabis y sus derivados (desde la semilla hasta la venta).</p> <p>Artículo 18°. Promoción de la salud. La regulación del cannabis deberá estar acompañada de políticas y programas que fortalezcan la capacidad de la comunidad y las habilidades individuales para promover comportamientos saludables.</p> <p>Artículo 19°. Las intervenciones de salud pública deben diferenciar los distintos tipos de consumidores. Así mismo, se deben abordar los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las inequidades sociales y de salud.</p> <p>Artículo 20°. El Ministerio de Salud desarrollará herramientas para capacitar a los médicos y otros profesionales de servicios sociales y de salud a tratar a las personas con un consumo problemático de cannabis.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO VI DISPOSICIONES RELATIVAS A LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO</p> <p>Artículo 21° Empaquetado y etiquetado. El empaquetado y etiquetado del cannabis de uso adulto, sus derivados y accesorios no podrán a) ser dirigidos a menores de edad o ser especialmente atractivos para estos; b) sugerir que usar cannabis contribuye al éxito en cualquier área de la vida; c) contener publicidad falsa o engañosa recurriendo a expresiones tales que disminuyan la percepción del riesgo como "suaves", "saludable", "relajante".</p>	<p>Parágrafo 1. Todos los productos que contienen cannabis deben venderse en envases resellables y a prueba de niños.</p> <p>Parágrafo 2. En todos los productos cannabis para uso adulto y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente, según la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>En los empaques del cannabis para uso adulto y sus derivados comercializados en el país, dichas frases de advertencia y pictogramas deberán aparecer en las superficies del empaque, ocupando el 30% del área. El texto será escrito en castellano.</p> <p>Parágrafo 3. Todos los empaques de cannabis para uso adulto y sus derivados importados para ser comercializados en Colombia deberán incluir en la superficie del empaquetado el país de origen y la palabra "importado para Colombia".</p> <p>Artículo 22. Se prohíbe la fabricación y comercialización de productos a base de cannabis en forma de dulces, juguetes u otras formas que puedan resultar atractivos para los menores de edad.</p> <p>Artículo 23°. Contenido en los medios de comunicación dirigidos al público en general. Ninguna persona natural o jurídica, de hecho o de derecho, podrá promocionar el cannabis para uso adulto y sus derivados en redes sociales, radio, televisión, cine, medios escritos como boletines, periódicos, revistas o cualquier documento de difusión masiva, producciones teatrales u otras funciones en vivo, funciones musicales en vivo o grabadas, video o filmes comerciales, discos compactos, discos de video digital o medios similares.</p> <p>Parágrafo. Los operadores de cable, los operadores satelitales y los operadores de televisión comunitaria que estén debidamente autorizados por la Comisión Nacional de Televisión no permitirán la emisión de comerciales o publicidad de cannabis y sus derivados.</p> <p>Artículo 24°. Publicidad en vallas y similares. Se prohíbe a toda persona natural o jurídica la fijación de vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del cannabis para uso adulto y sus derivados.</p> <p>Artículo 25°. Promoción. Prohíbese toda forma de promoción del cannabis para uso adulto y sus derivados.</p> <p>Artículo 26°. Prohibición del patrocinio. Prohíbese el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas cultivadoras, productoras, importadoras o comercializadoras de del cannabis para uso adulto y sus derivados o a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción, directa o indirecta del consumo de productos del cannabis para uso adulto y sus derivados.</p>
<p>Artículo 27°. Impuesto al cannabis de uso adulto. El Estado fijará un impuesto al cannabis para uso adulto.</p> <p>El 50% de los recursos derivados del impuesto al que hace referencia este artículo tendrán una destinación específica a prevención del consumo de sustancias psicoactivas; el 25% para la sustitución de cultivos y el desarrollo sostenible. El 25% restante se destinará al funcionamiento del Instituto de Regulación de Sustancias Psicoactivas y a otros gastos derivados de la implementación de la presente Ley.</p> <p>El impuesto deberá ser fijado de tal manera que se eviten los incentivos para que los consumidores recurran al mercado ilegal.</p> <p>Parágrafo 1. Los recursos derivados del impuesto al cannabis que se destinen a prevención del consumo deberán financiar la <i>prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida</i>, en los términos del artículo 8.2.1.1 de la Resolución 089 de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La lógica del impuesto del que trata este artículo no será de recaudo sino de medida saludable.</p> <p>Parágrafo 2. Los beneficiarios de los que trata el artículo 37° estarán exentos del impuesto al cannabis de uso adulto por el periodo que reglamente la ley.</p> <p>Parágrafo transitorio: El Congreso de la República reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO VII DEL INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA REGULACIÓN DEL CANNABIS (ICORECA)</p> <p>Artículo 28°. Instituto colombiano para la regulación del cannabis. Créese el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA), como una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía técnica, administrativa, patrimonial y presupuestal.</p> <p>Parágrafo 1. El Congreso de la República reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de 1 año posterior a la expedición de la presente ley.</p> <p>Artículo 29°. Misionalidad del Instituto. El Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) tendrá como misión:</p>	<p>a) Asegurar la correcta aplicación de la política nacional de regulación en materia de cannabis para uso adulto, médico y científico, de acuerdo con las respectivas reglamentaciones.</p> <p>b) Regular las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, elaboración, acopio, transporte, comercialización, transformación, distribución y uso de las semillas de la planta de cannabis, del cannabis y de sus derivados, en el marco de las disposiciones de la presente ley y legislación vigente.</p> <p>c) Promover y proponer acciones tendientes a reducir los riesgos y los daños asociados al uso problemático de cannabis, de acuerdo con las políticas definidas por el Ministerio de Salud y las demás autoridades competentes.</p> <p>d) Fiscalizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley.</p> <p>e) Promover la investigación científica y medicinal sobre el cannabis.</p> <p>Artículo 30°. Facultades del Instituto. Son facultades del Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA):</p> <p>a) Otorgar las licencias correspondientes para la importación, exportación, plantación, cultivo, fabricación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, transporte, comercialización, transformación, distribución y uso de las semillas de la planta de cannabis, del cannabis sus derivados y los productos que los contengan para uso adulto, medicinal y científico, así como sus prórrogas, modificaciones, suspensiones y supresiones, conforme con lo dispuesto en la presente ley y en la reglamentación respectiva.</p> <p>b) Autorizar las asociaciones sin ánimo de lucro como mecanismo de acceso al cannabis.</p> <p>c) Controlar y fiscalizar la plantación, cultivo, cosecha, producción, acopio, transporte, distribución y expedición de semillas de cannabis, cannabis y sus derivados, así como todas las disposiciones a su cargo</p> <p>d) Certificar y vigilar el cannabis para uso adulto, sus derivados y los productos que los contengan</p> <p>e) Formular y aplicar las políticas públicas dirigidas a regular y controlar plantación, cultivo, cosecha, producción, acopio, transporte, distribución y expedición de semillas de cannabis, cannabis y sus derivados, de conformidad con lo reglamentado en la ley.</p> <p>f) Realizar seguimiento al otorgamiento o al cumplimiento de las licencias otorgadas en el rango de sus competencias.</p>

<p>g) Determinar y aplicar las sanciones pertinentes por infracciones a las normas regulatorias establecidas en esta ley y en su reglamentación</p> <p>h) Celebrar convenios con instituciones públicas o privadas a efectos del cumplimiento de sus cometidos, en especial con aquellas que yatiene asignada competencia en la materia.</p> <p>i) Dictar los actos administrativos necesarios y coordinarse con las entidades competentes para el cumplimiento de sus cometidos.</p> <p>j) Desarrollar, implementar y fortalecer estrategias dirigidas al retraso de la edad de inicio del consumo, el aumento de la percepción del riesgo del consumo y la reducción consumos problemáticos.</p> <p>k) Desarrollar, implementar y fortalecer estrategias dirigidas fortalecer a la prevención del consumo de cannabis en menores de edad, la promoción de estilos de vida saludables y la difusión de información relacionada con los peligros asociados a su consumo de cannabis.</p> <p>Artículo 31°.- Los órganos que integran Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> Junta Directiva Dirección Ejecutiva Comité técnico de licencias Comité asesor de política pública Comité de licencias para pueblos indígenas Dirección de Investigación Científica <p>Parágrafo 1. La Junta Directiva será el organismo de mayor jerarquía dentro del Instituto y estará integrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social Un (1) representante del Ministerio de Justicia y del derecho Un (1) representante del Ministerio de Agricultura y Medioambiente Un (1) representante del Ministerio de Educación Un (1) representante de la Superintendencia Nacional de Salud Un (1) representante del Fondo Nacional de Estupefacientes Un (1) representante del INVIMA Un (1) representante del SENA Un (1) representantes de los Consejos seccionales de estupefacientes Un (1) representante de los pueblos indígenas Un (1) representante de las comunidades campesinas Un (1) representantes de las asociaciones de consumidores <p>Parágrafo 2. La Dirección Ejecutiva administrará los recursos del Instituto.</p>	<p>Parágrafo 3. El Comité técnico de licencias será el encargado de hacer seguimiento al proceso de diseño, implementación, ejecución y cumplimiento de la reglamentación sobre el uso médico, científico y adulto del cannabis.</p> <p>Parágrafo 4. El Comité asesor de política pública será un comité de excelencia integrado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un (1) representante por cada una de las entidades referenciadas en el parágrafo 1 del presente artículo Dos (2) representantes de la comunidad médico-científica Tres (3) académicos o investigadores sobre política de drogas Cuatro (4) líderes de comunidades afectadas por cultivos ilícitos Un (1) representante de la Superintendencia Nacional de Salud Un (1) representante de las asociaciones de padres de familia Dos (2) representantes de los pueblos indígenas Dos (2) representantes de las comunidades campesinas Dos (2) representantes de las asociaciones de consumidores Un (1) representante de la fuerza pública Un (1) representante del sector privado del cannabis medicinal Un (1) representante del sector privado del cannabis para uso adulto. <p>El mecanismo de designación del comité asesor será reglamentado por el Ministerio de Salud en un plazo no mayor a dos (2) años después de la expedición de la presente ley.</p> <p>El Comité asesor de política pública deberá emitir un informe de recomendación de política pública de drogas al inicio de cada gobierno o cuando el Congreso de la República, o alguno de los ministerios encargados de fijar esta política así lo solicite. Así mismo, deberá publicar un informe bianual de seguimiento a la política pública sobre drogas, con énfasis en cannabis, de acuerdo con las recomendaciones elaboradas previamente.</p> <p>Parágrafo 5. El Comité de Licencias para Pueblos Indígenas será el encargado de hacer seguimiento al proceso de diseño, implementación, ejecución y cumplimiento de la reglamentación sobre adulto del cannabis para pueblos indígenas.</p> <p>Parágrafo 6. La Dirección de Investigación Científica, en asociación con el sector privado, la comunidad académica y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, tendrá como misión llevar a cabo estudios e investigaciones científicas y multidisciplinarias de la planta del Cannabis y sus principios activos, con el fin de contribuir al diseño de políticas públicas y decisiones de salud pública con respecto al cannabis</p> <p>Parágrafo transitorio. El Ministerio de salud reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.</p> <p>Artículo 32°: Mesa Técnica Intersectorial. Dos años después de la promulgación de la presente ley, El Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) convocará una Mesa Técnica Intersectorial, con el fin de evaluar la regulación de la cocaína como alternativa de lucha contra el narcotráfico.</p>
<p>Parágrafo 1: El trabajo de esta Mesa Técnica Intersectorial deberá materializarse en un informe que será de conocimiento público.</p> <p>Parágrafo 2: Esta mesa y su subsiguiente informe deberán contar con la participación del Comité Asesor de Política Pública del ICORECA y un mínimo de diez (10) expertos de la sociedad civil.</p> <p>Artículo 33°.- Constituirán los recursos del Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA):</p> <ol style="list-style-type: none"> La recaudación por concepto de licencias, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Impuesto al consumo, en el porcentaje que reglamente la ley Un aporte anual del Estado con cargo a Rentas Generales en el monto que determine el Presupuesto General de la Nación. Las herencias, legados y donaciones que acepte el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA). Dineros e incautación al narcotráfico, en el porcentaje que reglamente la ley. Los valores o bienes que se le asignen al Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) a cualquier título. El producido de las multas y sanciones que aplique por concepto del incumplimiento a la presente ley. Recursos de cooperación internacional. Todo otro recurso que perciba por aplicación de la legislación vigente. <p>Parágrafo transitorio. El Ministerio de salud reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO VIII LICENCIAS</p> <p>Artículo 34°. <i>Modalidades de otorgamiento de las licencias.</i> A través de un procedimiento administrativo el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) establecerá las modalidades en que puedan otorgarse cada una de las licencias, los requisitos, parámetros técnicos y jurídicos que el titular de estas debe cumplir, así como los requerimientos necesarios para la solicitud de modificaciones de las licencias.</p> <p>Parágrafo 1. Las modalidades de otorgamiento de las licencias realizarán una discriminación positiva para las áreas con influencia de narcotráfico y conflicto, teniendo en cuenta el mapeo realizado previamente por la Agencia de Desarrollo Rural, la Agencia de Renovación del Territorio y otras instituciones del Estado que tengan esta competencia.</p>	<p>Artículo 35°. <i>Cálculo de tarifas.</i> Para el cálculo de las tarifas de las licencias relativas al cannabis para uso adulto se aplicará el mismo procedimiento consagrado en artículo 9° de la Ley 1787 de 2016, el cual será ejercido por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA).</p> <p>Parágrafo 1. El cálculo de tarifas se realizará con base en una discriminación positiva para las áreas con influencia de narcotráfico y conflicto, teniendo en cuenta el mapeo realizado previamente por la Agencia de Desarrollo Rural, la Agencia de Renovación del Territorio y otras instituciones del Estado que tengan esta competencia.</p> <p>Artículo 36°. <i>Beneficios a pequeños productores.</i> El 35% de las licencias expedidas por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) deberán ser otorgadas de manera prioritaria a los pequeños productores que cumplan con dos más de los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Habitar en un territorio afectado por cultivos ilícitos; Ser víctima del conflicto armado; Estar afiliado al SISBEN; Pertenecer a un grupo étnico Ser mujer cabeza de familia. Estar inscrito en el Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS) <p>El Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA) definirá en qué casos estas licencias serán completamente gratuitas y en cuáles se cobrará algún monto, el cual en ningún caso podrá exceder el 20% del precio que fije el Estado para las licencias relativas al cannabis de uso adulto.</p> <p>Parágrafo 1. El estado deberá emprender acciones concretas para que el cannabis cultivado por estos beneficiarios sea competitivo y tenga una seguridad de mercado, que contribuya a la sostenibilidad y recomposición económica de los territorios.</p> <p>Parágrafo 2. Los beneficiarios de los que trata este artículo podrán generar alianzas, asociaciones u otras formas asociativas con capital privado, nacional o extranjero, que supere el monto fijado por la ley.</p> <p>En cualquier caso, el estado deberá fijar condiciones para que los beneficiarios de los que tratan los artículos 7° y 8° sean los principales beneficiarios de estas formas de asociación</p> <p>Parágrafo 3. El estado deberá proteger la industria y mano de obra local, así como lo relativo a los mecanismos de protección al cesante.</p> <p>Artículo 37°. Los licenciatarios para cultivo de cannabis de uso adulto que posean más de una (1) hectárea, estarán en la obligación de adquirir el 25% de flores a partir de pequeños productores.</p>

Artículo 38°. Sustitución de cultivos. Los pequeños agricultores y agricultoras que se encuentren inscritos al Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito PNIS, u otros programas de Desarrollo Alternativo que pudieran ponerse en marcha, podrán ser beneficiarios de las licencias relativas al cannabis de uso adulto.

Parágrafo 1. Los beneficiarios de este artículo podrán obtener las licencias con siembra preexistente de cannabis, siempre y cuando el área del cultivo no exceda la cantidad que reglamente la ley.

Parágrafo 2. El Estado deberá emprender acciones para que los pequeños agricultores y agricultoras de cultivos ilícitos que no están inscritos en el Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito PNIS puedan acceder a la sustitución de cultivos y ser beneficiarios de las licencias relativas al cannabis de uso adulto.

Parágrafo transitorio. El Congreso de la República reglamentará lo concerniente al presente artículo en un término máximo de dos años posteriores a la expedición de la presente ley.

Artículo 39°. El seguimiento al otorgamiento o al cumplimiento de las licencias relativas al cannabis de uso adulto tendrá los dos componentes que se expresan en el Artículo 7 de la Ley 1787 de 2016, los cuales serán ejercidos por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA).

Artículo 40°. No entrará en dominio público la información entregada a las autoridades competentes para obtener la licencia o la autorización de Estado.

**CAPITULO IX
AUTODETERMINACIÓN DE LOS PUEBLO INDIGENAS**

Artículo 41°. De conformidad con las facultades constitucionales y legales referentes a la autonomía y la libre autodeterminación de los pueblos indígenas, además del Convenio 169 de 1989, estas comunidades tendrán capacidad y autonomía reglamentaria frente al cultivo, producción, almacenamiento, transformación, comercialización y uso del cannabis y sus derivados para uso adulto.

Parágrafo 1. Esta reglamentación debe cumplir con los principios rectores de los que trata el artículo 2° de la presente ley.

Artículo 42°. Licencias para pueblos indígenas. De conformidad con libre autodeterminación de los pueblos indígenas, se crearán unas licencias especiales para pueblos indígenas relativas al cannabis de uso adulto y sus derivados, las cuales estarán reglamentadas por la jurisdicción especial indígena.

Las licencias de las que trata el presente artículo serán expedidas la autoridad indígena, bajo el acompañamiento y en coordinación del Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA).

**CAPITULO X
TRATAMIENTO DE SEMILLAS**

Artículo 43°. Quienes decidan recurrir al auto cultivo, en los términos del artículo 11° de la presente ley, no estarán obligados a obtener sus semillas de la fuente semillera, toda vez que el autocultivo es de uso personal y no tiene fines comerciales.

Artículo 44°. A partir de la promulgación de la presente ley, los pueblos indígenas tendrán la propiedad intelectual de las semillas para cultivo de cannabis que se hayan sembrado tradicionalmente en su territorio y que no hayan sido registradas ante el Instituto Colombiano de Agricultura (ICA), en virtud del derecho que tienen y que han adquirido históricamente por la tradición del cultivo naturalizado de cannabis, desde tiempos coloniales hasta la actualidad

Artículo 45°. En lo referente a la protección de la biodiversidad nacional, el Estado deberá preservar y mantener los conocimientos, innovaciones, así como las prácticas de las comunidades indígenas, campesinas y minorías raciales que estén relacionadas con la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica, incluidas las semillas para cultivo de cannabis.

Artículo 46°. El Estado creará mecanismos para que los campesinos, indígenas y afrodescendientes puedan acceder de manera efectiva y progresiva al fitomejoramiento de las semillas de cannabis naturalizadas en el territorio colombiano.

Parágrafo 1. El Estado abrirá convenios para que las Universidades del país apoyen la investigación y el fitomejoramiento de semillas de cannabis, para que estas variedades puedan ser registradas por las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes.

Así mismo, diseñarán convenios para que las universidades brinden asesoría técnica a las comunidades a las que hace referencia este artículo.

Parágrafo transitorio: El Ministerio de Agricultura reglamentará lo relativo a este artículo en un término no mayor a un año después de la expedición de la presente ley.

**CAPITULO XII
SANCIONES**

Artículo 47°. Adiciónese un inciso al artículo 3° de la ley 30 de 1986 el cual quedará así:

La prohibición prevista en este artículo no aplicará para el cannabis para uso adulto, siempre y cuando se tengan las licencias otorgadas por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA).

Artículo 48°. Modifíquese el inciso tercero del artículo 375° de la Ley 599 de 2000, el cual quedará así:

Las sanciones previstas en este artículo no aplicarán para el uso médico, científico y adulto del cannabis, siempre y cuando se tengan las licencias otorgadas por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA)

Artículo 49°. Modifíquese el inciso cuarto del artículo 376° de la Ley 599 de 2000, el cual quedará así:

Las sanciones previstas en este artículo no aplicarán para el uso médico, científico y adulto del cannabis, siempre y cuando se tengan las licencias otorgadas por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA)

Artículo 50°. Modifíquese el inciso segundo del artículo 377° de la Ley 599 de 2000, el cual quedará así:

Las sanciones previstas en este artículo no aplicarán para el uso médico, científico y adulto del cannabis, siempre y cuando se tengan las licencias otorgadas por el Instituto Colombiano para la Regulación del Cannabis (ICORECA).

Artículo 51°. Serán de aplicación al consumo de cannabis de uso adulto las medidas de protección de espacios establecidas en el Código de Policía y las demás leyes reglamentarias sobre esta materia.

**CAPITULO XIII
DISPOSICIONES FINALES**

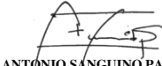
Artículo 52°. Reglamentación. El Gobierno nacional deberá expedir la reglamentación sobre el cannabis para uso adulto y sus derivados en un término de un (1) año, que se contará a partir de la sanción de la presente ley.

Artículo 53° Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en materia de cannabis.

Por los honorables congresistas,



GUSTAVO BOLIVAR MORENO
SENADOR DE LA REPUBLICA
LISTA DE LA DECENCIA


TEMISTOCLES ORTEGA NARVAEZ
SENADOR DE LA REPUBLICA
CAMBIO RADICAL



ANTONIO SANGUINO PAÉZ
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO ALIANZA VERDE


FELICIANO VALENCIA MEDINA
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO MAIS


LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO LIBERAL



IVAN MARULANDA GÓMEZ
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO ALIANZA VERDE


ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO DE LA U



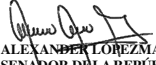

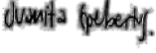


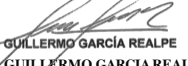






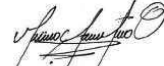

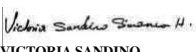






ROY BARRERAS
Senador de la República
ROY BARRERAS MONTEALEGRE
SENADOR DE LA REPUBLICA
PARTIDO DE LA U


AÍDA AVELLA ESQUIVEL
SENADORA DE LA REPUBLICA
LISTA DE LA DECENCIA


GUSTAVO PETRO URREGO
SENADOR DE LA REPUBLICA
COLOMBIA HUMANA


ANGÉLICA MARIA ROBLEDO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COLOMBIA HUMANA


IVAN CEPEDA CASTRO
SENADOR DE LA REPUBLICA
POLO DEMOCRÁTICO

 <p>JULIAN GALLO CUBILLOS SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO FARC</p>  <p>MARIA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA LISTA DE LA DECENCIA</p>  <p>ALEXANDER LÓREZ MAYA SENADOR DE LA REPÚBLICA POLO DEMOCRÁTICO</p>  <p>ANDRÉS GARCÍA ZUCCARDI SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO DE LA U</p>  <p>JUANITA GOEBERTUS ESTRADA REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>WILSON ARIAS SENADOR DE LA REPÚBLICA POLO DEMOCRÁTICO</p>  <p>JORGE LONDOÑO ULLOA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>GUILLERMO GARCÍA REALPE GUILLERMO GARCÍA REALPE SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO LIBERAL</p>  <p>KATHERINE MIRANDA PEÑA REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>DAVID RACERO MAYORCA REPRESENTANTE A LA CÁMARA LISTA DE LA DECENCIA</p>  <p>JUAN LUÍS CASTRO CÓRDOBA SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>ALBERTO CASTILLA SALAZAR SENADOR DE LA REPÚBLICA POLO DEMOCRÁTICO</p>	 <p>PABLO ESTAY UCHOA PARTIDO CATAJUMBO TORRES SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO FARC</p>  <p>GRISELDA LOBO SILVA SENADORA DE LA REPÚBLICA PARTIDO FARC</p>  <p>MAURICIO TORO ORJUELA REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>SANDRA ORTIZ NOVA REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>VICTORIA SANDINO SENADOR DE LA REPÚBLICA PARTIDO FARC</p>  <p>JAIRO CALA SUÁREZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO FARC</p>  <p>WILMER LEAL PÉREZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO ALIANZA VERDE</p>  <p>CARLOS CARREÑO MARÍN REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO FARC</p>  <p>LUIS ALBERTO ALBAN URBANO REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO FARC</p>  <p>ABEL DAVID JARAMILLO LARGO REPRESENTANTE A LA CÁMARA PARTIDO MAIS</p>
---	--

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVO DEL PROYECTO

La presente ley tiene como objeto crear un marco regulatorio para el cultivo, producción, almacenamiento, transformación, comercialización y uso del cannabis y sus derivados para uso adulto, con el fin de reducir la incidencia del narcotráfico; proteger a la población colombiana de los riesgos de seguridad y de salud pública asociados al vínculo con el comercio ilegal de sustancias psicoactivas; especialmente a niñas, niños y adolescentes, restringiendo y previniendo su acceso al cannabis, con excepción de los usos medicinales.

II. CONSUMO DE CANNABIS EN COLOMBIA¹

Como lo demuestra la evidencia, las actuales políticas de drogas no están reduciendo ni la demanda ni el suministro de cannabis. Estos indicadores continúan creciendo exponencialmente, mientras que el poder del crimen organizado asociado al narcotráfico de esta y otras sustancias siguen en aumento.

1. Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia, 2013

De acuerdo con el más reciente Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, publicado en 2013, la estimación de prevalencia indica que unas 763 mil personas consumieron marihuana en el año previo al estudio, de las cuales 607 mil son hombres.² Por otro lado, un 11.5% de las personas entre 12 y 65 años ha probado marihuana al menos una vez en la vida, a una tasa tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. En cuanto al consumo reciente o prevalencia del último año, el porcentaje es del 3.3% de la población y la diferencia entre sexos se incrementa. El consumo reciente de marihuana, medido a través de la prevalencia del último mes, es del 2.2% para la población general, con una tasa de consumo de cinco veces mayor entre los hombres. Finalmente, el 1.1% de la población que nunca probó marihuana, lo hizo en el último año, según indica la tasa de incidencia.³

Frente a los grupos etarios, el mayor consumo de marihuana se encuentra en los jóvenes de 18 a 24 años, con un 8.2% de prevalencia, seguido por los grupos de adolescentes (4.3%) y de jóvenes de 25 a 34 años (3.8%). Aproximadamente, el 62% de los consumidores de marihuana están en el rango de edad entre los 12 y los 24 años y casi el 87% de los consumidores son menores de 34 años.⁴ La edad promedio de inicio del consumo de marihuana es de 17.6 años en ambos sexos. Un 25% de las personas que afirmaron haber usado marihuana alguna vez en la vida, lo hicieron a los 15 años o antes. El 25% empezó a consumir marihuana a los 19 años o más.⁵

¹ El apartado sobre consumo de cannabis contiene fragmentos del Proyecto de Acto Legislativo 08 de 2019.
² Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Bienestar Social y Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013*, Bogotá, Colombia, 2013. P.76
³ Ibidem.
⁴ Ibidem., 76-77
⁵ Ibidem., 80

Un hallazgo relevante del estudio indica que las tasas de consumo de marihuana durante el último año se incrementan a medida que aumenta el nivel socioeconómico, variando entre el 3% al 3.6%.⁶

Finalmente, frente a la prevalencia del último año según el nivel de urbanización, la tasa de consumo más alta y estadísticamente significativa se encuentra en Medellín y su área metropolitana, Cali y Yumbo, Barranquilla y Soledad, con una prevalencia del 5.1%, seguidas por Bogotá DC con una prevalencia del 3.2%.⁷

2. Reporte de drogas de Colombia, Ministerio de Justicia, 2017

De acuerdo con los datos del último reporte del Observatorio de Drogas de Colombia, adscrito al Ministerio de Justicia, el consumo de drogas ilícitas se ha incrementado en Colombia, no solo por el aumento en el número de consumidores, sino porque el mercado de estas sustancias es cada vez más amplio. El estudio estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en el país.⁸

En Colombia, al igual que en el resto del mundo,⁹ la marihuana es la sustancia ilícita más consumida. Del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% consume marihuana.¹⁰ Del total de consumidores de marihuana en el país, el 75,1% reportó uso de "cripy", que es la variedad con mayor contenido de tetrahidrocannabinol (THC), componente activo del cannabis.¹¹

3. Informe de la OEA sobre el Consumo de Drogas en las Américas, 2019

Al igual que en el informe anterior, este estudio revela que el consumo de cannabis en las Américas ha ido en aumento a través del tiempo.¹² Su uso, históricamente monopolizado por los hombres, es cada vez mayor entre las mujeres. Así mismo, el inicio temprano del uso de SPA es uno de los factores que resalta con mayor preocupación el informe, por lo que recomienda implantar políticas preventivas desde la primera infancia.

Por otro lado, el informe señala que, según los datos proporcionados por cada país, "las políticas sobre la venta y el consumo de drogas para controlar el acceso al alcohol y tabaco

⁶ Ibidem., 77
⁷ Ibidem., 79
⁸ Observatorio de drogas de Colombia. *Reporte de Drogas de Colombia*. Ministerio de Justicia. 2017. p.30
⁹ Según el *Informe Mundial de Drogas 2017* de UNODC, un cuarto de billón de personas, equivalente al 5% de la población adulta, entre los 15 y los 64 años, consumió drogas al menos en una vez en 2015. El cannabis es la droga más ampliamente usada.
¹⁰ Ibidem. 31
¹¹ Ibidem.
¹² El aumento en el consumo de drogas es un fenómeno mundial. Entre finales de los 90 y 2005 el número de personas que usan drogas en el mundo pasó de 180 a 205 millones. Entre 2006 y 2015, este número aumentó de 208 a 255 millones. Ver: **United Nations Office on Drug and Crime, World drug report, 2011**

han tenido resultados positivos que podrían aportar lecciones importantes para las políticas sobre otras drogas [...] El consumo de tabaco en todo el hemisferio está en declive.¹³

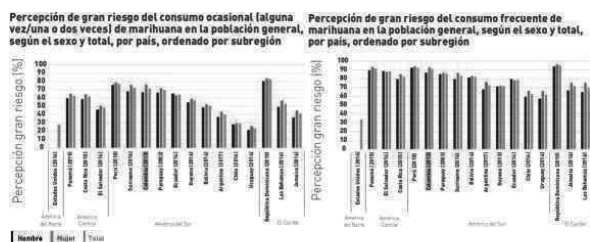
Adicionalmente, la OEA recomienda adoptar políticas que se basen en un enfoque de salud pública y el respeto por los derechos humanos, que estén centradas en el bienestar de las personas y tengan en cuenta la perspectiva de género, con el fin de reducir las consecuencias negativas del problema de las drogas, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

A continuación, se presentará un resumen del estado actual del consumo de cannabis:¹⁴

a. Cannabis

El consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de los países que reportaron datos. La mayoría de los países reporta un aumento en el consumo de cannabis entre los estudiantes de enseñanza secundaria. En Colombia este porcentaje pasó del 7,7% en 2004 al 8,4% en 2016. Asimismo, el consumo de marihuana entre las mujeres muestra una variación continua desde 2004, desde 5,1% a 7,6% en 2016. Ahora bien, en EE. UU. donde se ha regulado el consumo en algunos estados- los datos más recientes indican que las tasas de consumo han comenzado a disminuir después del aumento y la estabilización.

*La percepción de gran riesgo del consumo ocasional y de consumo frecuente de marihuana en la población general, es mayor en Colombia, que en Estados Unidos o en Uruguay, donde el consumo, producción y distribución de esta planta son legales y están regulados.



Fuente: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019

¹³ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, pág. iii

¹⁴ Los datos proporcionados para cada droga fueron obtenidos de: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, Washington D.C: Organización de los Estados Americanos, 2019

III. ESTADO ACTUAL DE PENALIZACIÓN, REGULACIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL CANNABIS EN COLOMBIA

Respecto al uso medicinal del cannabis, la Ley 1787 del 6 de julio de 2016, por la cual se reglamenta el Acto Legislativo 2 de 2009, creó un marco regulatorio que permite el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis y sus derivados en el territorio nacional colombiano

En 2017, a través del trabajo coordinado entre el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Agricultura, se expidieron las resoluciones 577, 578 y 579 de 2017, con el fin de regular las licencias para adquisición de semillas, cultivos de cannabis psicoactivo y no psicoactivo, así como la definición de pequeños y medianos cultivadores de cannabis para uso medicinal y científico.

En cuanto al cannabis de uso adulto, la Corte Constitucional desde 1994 estableció que el consumo de la dosis personal no debe ser motivo de sanción penal, argumentando que la penalización del consumo va en contra de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. Reiteradamente, la jurisprudencia de las altas cortes ha protegido reiteradamente el porte y el consumo de la dosis mínima.

Ahora bien, actualmente el único mecanismo de acceso legal al cannabis es el cultivo de plantas en un número no superior a veinte (20).¹⁵ Sin embargo, los adultos que toman la decisión de consumir, pero por algún motivo no acceden al autocultivo, deben recurrir al mercado ilegal para obtener la marihuana, toda vez que no existen otros mecanismos alternativos de acceso a esta sustancia.

En este sentido, el hecho de que los colombianos puedan poseer cannabis en virtud de la ley y la jurisprudencia, pero se vean limitados para adquirirlo a través de vías legales y controladas, se traduce en una paradoja que implica riesgos de seguridad y de salud pública para las personas mayores de edad que decidan consumir esta sustancia. Al mismo tiempo, este vacío genera condiciones de oportunidad para que las mafias dedicadas al tráfico de sustancias ilícitas, que son una de las principales fuentes generadoras de violencia, incrementen sus ingresos y puedan fortalecerse.

IV. EFECTOS CONTRAPRODUCTENTES DEL MODELO PROHIBICIONISTA

A pesar de las enormes cantidades de recursos económicos que el estado colombiano ha invertido en la lucha contra el narcotráfico,¹⁶ la guerra contra las drogas ha sido una política cuestionada por sus resultados. En 1961 la ONU llevó a cabo la primera convención para el

¹⁵ Ver: Ley 30 de 1986 art. 2.8.11.1.3. Decreto 613 de 2017, Artículos 375 y 376 del Código Penal y Corte Suprema de Justicia Sentencia SP 7600-2015 de junio 17 de 2015.

¹⁶ Por ejemplo, entre 2000 y 2015, en el marco del Plan Colombia, se realizó una inversión de 9.600 millones de dólares (dividida en 3 fases) por parte del gobierno de Estados Unidos, y una inversión de 131.000 millones de dólares por parte de Colombia. Ver: DNP, "Plan Colombia: Balance de los 15 años". Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2016

control de las drogas ilícitas, cuyo objetivo era "la eliminación del consumo de opio en 15 años y el de coca y marihuana en 25 años".¹⁷ De acuerdo con esta Convención, el año 1986 debió haber sido un hito histórico por la desaparición del consumo del opio, la coca y la marihuana, a través de un paradigma prohibicionista. No obstante, la realidad dista mucho del objetivo que se planteó en 1961.

Los objetivos de las tres convenciones internacionales sobre drogas en materia de reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas no se han logrado, pues ambos indicadores continúan aumentando a nivel global.

En lo que respecta al caso colombiano, desde muy temprano en la legislación nacional existe una lista de normas que han prohibido el consumo y penalizado el narcotráfico. De hecho, este es uno de los países con una de las legislaciones penales más estrictas en materia de tráfico de drogas ilícitas.¹⁸ A pesar de los esfuerzos y los recursos invertidos, las SPA han seguido llegando a las manos de los usuarios y el consumo ha venido en aumento.¹⁹

Ahora bien, el paradigma prohibicionista no solo no ha logrado reducir el consumo y la oferta de drogas ilícitas. Adicionalmente, estas políticas han causado efectos colaterales negativos en términos de derechos humanos, salud pública y seguridad. A continuación, se expondrán tres de los efectos negativos del modelo prohibicionista:

1. Fortalecimiento y enriquecimiento de las mafias del narcotráfico²⁰

Diversos expertos²¹ han llegado a la conclusión de que la prohibición de las drogas ha tenido un efecto colateral no intencionado: el empoderamiento y enriquecimiento de crimen organizado, en tanto la prohibición ha asegurado su control monopolístico del vasto comercio ilegal de drogas.

En este sentido se ha expresado la Comisión Global sobre Política de Drogas, encabezada por Ruth Dreifuss, ex presidenta de Suiza, e integrada por otros exmandatarios, Ernesto Zedillo, ex presidente de México:

¹⁷ Adrián Restrepo, "Guerra contra las drogas, consumidores de marihuana y legalización", *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, N°13, (2013), 71

¹⁸ Dejusticia, "Le pedimos al presidente Duque que no firme el decreto de la dosis mínima, aquí las razones", *Dejusticia*, 27 de septiembre 2018, acceso el 5 de junio de 2019.

¹⁹ Rodrigo Uprimny, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca, s.f, acceso el 20 de mayo de 2019 http://www.mamacoca.org/TSMT_sept_2003/es/doc/uprimny_drogas_y_democracia.html#_ftn1

²⁰ Este acápite contiene fragmentos exactos de la exposición de motivos del Proyecto de Acto Legislativo 08 de 2019, el cual es de autoría de la mayoría de los congresistas que suscriben este proyecto.

²¹ Ver: Rolles, S. et al. (2016). *The Alternative World Drugs Report. Count the Costs*. [pdf] Bristol: Transform Drug Policy Foundation; Reuter, P., MacCoun, R. (2001). *Drug War Heresies: Learning from other Vices, Times, & Places*. Cambridge: Cambridge University Press; Gutierrez, E. (2015). *Drugs and illicit practices: the impact on development and governance*. [pdf] Londres: Christian Aid; Jelsma, M. (2011). *The Development of International Drug Control: Lessons Learned and Strategic Challenges for the Future*. [pdf] Ginebra: Global Commission on Drugs Policies

Los esfuerzos globales de control de drogas han tenido una dramática consecuencia no intencionada: un mercado ilícito criminal de proporciones asombrosas. El crimen organizado es una amenaza para la seguridad. Las organizaciones criminales tienen el poder de desestabilizar a la sociedad y los gobiernos. El negocio de las drogas ilícitas vale miles de millones de dólares al año, parte del cual se usa para corromper a funcionarios del gobierno y envenenar economías. Los cárteles de drogas están propagando la violencia en América Central, México y el Caribe. África Occidental está siendo atacada por el narcotráfico. La colusión entre insurgentes y grupos delictivos amenaza la estabilidad de Asia occidental, los Andes y partes de África, alimentando el comercio de armas de contrabando, el saqueo de los recursos naturales y la piratería.²²

Por un lado, como lo ha manifestado la Organización de los Estados Americanos, la prohibición de una sustancia, en especial cuando su demanda es alta, tiene como resultado el aumento exponencial de su precio en el mercado.²³ Por ejemplo, como se puede apreciar en la siguiente imagen, el margen de ganancia de la heroína es del 16,800%, mientras que el del café es de 413%.



Fuente: Comisión Global de Política de Drogas. *Regulación: el control responsable de las drogas*. Informe 2018. P. 34

Ahora bien, la conjugación del incremento del consumo mundial de drogas (como se expuso anteriormente para el caso del cannabis) y el aumento de los precios derivado del prohibicionismo, ha tenido como resultado el enriquecimiento exponencial de las organizaciones dedicadas al narcomenuedo y al narcotráfico.

La rentabilidad del narcotráfico para el 2015 estuvo en 260%. Sus ganancias fueron del \$20,5 billones, lo que equivale al 3,8 del PIB de ese año.²⁴ Ajustado a las incautaciones, las

²² Comisión Global de Política de Drogas. *Regulación: el control responsable de las drogas*. Informe 2018. P. 31.

²³ Organización de los Estados Americanos (2013). *El Problema de las Drogas en las Américas*. [pdf] Washington D.C.: OAS.

²⁴ En el 2015, el narcotráfico produjo más ingresos que el sector cafetero, que participó ese año con el 1% del PIB

ganancias fueron de \$12,4 billones, equivalentes al 1,6 del PIB.²⁵ Para ese mismo año, la rentabilidad del narcomenudeo estuvo en 356%, mientras sus ganancias fueron de 6 billones de pesos, es decir, 0,7% del PIB y ajustado a incautaciones 0,715%. De las ganancias del narcomenudeo en 2015, \$300.000 millones corresponden a la red dedicada al cultivo y producción, \$2,5 billones a la banda delincinencial que la distribuye y \$3,2 billones a los expendedores de droga que la ponen en las calles para su consumo.²⁶

Para el 2015, la rentabilidad de transportar cocaína al exterior, ajustada a incautaciones, estuvo por encima del 80%, y en del mercado interno alcanzó incluso más de 1.400%. Entre 2016 y 2017 los ingresos del narcotráfico aumentaron en un 150%. Mientras tanto, para 2017, se estima que el narcotráfico tuvo ganancias por al menos 15.000 millones de dólares, lo que equivaldría al 5% del PIB de ese año.²⁷

Grosso modo, el enfoque prohibicionista no solo no ha logrado cumplir con las metas de reducción de consumo, sino que ha tenido efectos colaterales adversos, como la consolidación de una poderosa economía ilegal internacionalizada que adquiere ganancias extraordinarias. Los precios de la droga se han multiplicado y de ninguna manera son apropiadas por el Estado, sino por un monopolio de las organizaciones criminales, que son además generadoras de violencia, corrupción e inestabilidad institucional.²⁸

2. Aumento de la violencia y la violación a los derechos humanos

El prohibicionismo ha tenido como consecuencia que las organizaciones del narcotráfico hayan transformado su estructura y modelo de negocio, para sobreponerse a la lucha antinarcóticos.²⁹ Tal como lo aseguró el entonces Director de Planeación Nacional:

La acción estatal, con el aumento de recursos y de pie de fuerza, llevó a que las organizaciones del narcotráfico cambiaran el modelo de negocio a partir del 2009 e hicieran el tránsito hacia la multicriminalidad y delincuencia organizada para abrir nuevos mercados como el del narcomenudeo, que les generan más rentabilidad así hayan perdido la hegemonía sobre el negocio.³⁰

A partir del 2008 se pasó de los grandes carteles a la fragmentación de organizaciones de delincuencia organizada, conocida como **narcomenudeo**³¹, lo cual ha derivado en la propagación de expendedores de drogas ilícitas, especialmente en contextos urbanos.³²

²⁵ DNP, "Narcomenudeo, un lucrativo negocio que mueve \$6 billones anuales".
²⁶ Ibid.
²⁷ Ibid.
²⁸ Rodrigo Uprimny, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca.
²⁹ DNP, *Narcomenudeo en Colombia: una transformación de la economía criminal*, Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2016.
³⁰ DNP, "Narcomenudeo, un lucrativo negocio que mueve \$6 billones anuales", DNP, 9 noviembre 2016, acceso mayo 1 2019.
³¹ El narcomenudeo implica una transición de puntos fijos de expendio a redes móviles de distribución, así como llamadas telefónicas, redes sociales e Internet y domicilios a residencias, bares y otros establecimientos. Para las entregas de la droga se utilizan mecanismos como los habitantes de calle o el fototaxismo, que sean difíciles de detectar.
³² DNP, *Narcomenudeo en Colombia: una transformación de la economía criminal*.

El narcomenudeo o microtráfico se convirtió en un problema de grandes proporciones y en el mayor desafío a la seguridad en las ciudades y municipios de todo el país, por ser uno de los principales generadores de violencia.³³

El fenómeno del microtráfico ha impactado radicalmente en la seguridad ciudadana, a través de la apropiación del espacio público, la inseguridad derivada a los puntos de expendios (fijos o móviles) y la violencia asociada a los conflictos por el control territorial entre las organizaciones criminales que regulan el negocio, abastecen los mercados, controlan el espacio y lavan el dinero producido. Así mismo, existe evidencia de la relación intrínseca entre el narcomenudeo y delitos como homicidio, desplazamiento forzado, constreñimiento, utilización de menores de edad y hurto; adicionalmente.³⁴ Adicionalmente, Uno de los principales blancos de estas organizaciones son los niños y jóvenes menores de 16 años.

Según datos de la Dirección Nacional de Seccionales y de Seguridad Ciudadana de la Fiscalía General de la Nación, el tráfico, fabricación y porte de estupefacientes (C.P., art.376) es el delito con mayor índice de reincidencia y que afecta la percepción de seguridad en las ciudades. Según esta dirección, de las 2.135 organizaciones que se dedican a todo tipo de delitos, el microtráfico encabeza la lista del mayor número de organizaciones en el país con 695.³⁵

En este sentido, es posible afirmar que actualmente el microtráfico, producto de la prohibición del mercado de drogas, es uno de los delitos que más afecta la seguridad ciudadana en términos de gobernabilidad, capacidades de las comunidades y capital social.

Afectaciones a la salud pública

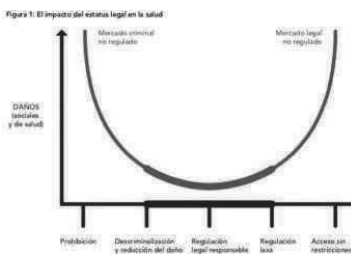
Los altos márgenes de ganancias en el mercado ilícito de drogas se explican en gran medida por la adulteración de las drogas por parte de las bandas delincuenciales, quienes rebajan la pureza de la sustancia para revenderla a los consumidores.³⁶

Cuando la marihuana es rendida con otras sustancias como orina humana, los grupos ilegales encargados de su distribución local pueden alcanzar rentabilidades aproximadamente del 300%. En el nivel de venta al detal la marihuana nuevamente es rendida con otras sustancias potencialmente adictivas como el bazuco, duplicando una vez más la cantidad de marihuana que potencialmente se puede vender al consumidor, y poniendo en riesgo su salud. Este mismo proceso se repite con otras drogas como la cocaína.³⁷

³³ Semana, "Microtráfico: la mayor amenaza". 23 de enero de 2016. Recuperado el 7 de julio de 2019 de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/microtrafico-amenaza-seguridad-ciudadana/457684-3>
³⁴ Observatorio de Drogas de Colombia. Publicaciones mercados locales de drogas ilícitas. S.F. Recuperado el 7 de julio de 2019 de: http://www.odc.gov.co/POLITICA/delitos_relacionados/microtrafico
³⁵ Observatorio de drogas de Colombia. *Reporte de Drogas de Colombia*. Ministerio de Justicia 2017.
³⁶ Ibidem
³⁷ Ibidem

A partir de análisis químicos efectuados para cocaína, marihuana y basuco, se pudo evidenciar que la rentabilidad en el proceso de distribución y comercialización de drogas ilícitas en el país, es inversamente proporcional a la calidad de la droga. Es decir, a mayor adulteración de estas sustancias se multiplica no solo la cantidad de droga disponible en el mercado, sino también los ingresos de las mafias asociadas a narcotráfico.³⁸

Ahora bien, como puede apreciarse en la siguiente gráfica, a mayor prohibición de las sustancias, mayor será el impacto negativo en la salud del consumidor, en tanto el mercado estará regulado por agentes ilegales que no ofrecen garantías de derechos humanos.



Fuente: Comisión Global de Política de Drogas. *Regulación: el control responsable de las drogas*. Informe 2018. P.12

En este sentido, la prohibición del consumo de marihuana además de no haber reducido el número de consumidores tampoco ha disminuido los daños a la salud asociados a su consumo, pues los consumidores deben recurrir a un mercado que no garantiza sus derechos.

V. REGULACIÓN DEL MERCADO DEL CANNABIS Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS³⁹

Los derechos humanos son universales, intrínsecos, interdependientes e inalienables a todas las personas y es obligación de los Estados garantizar su prioridad por encima de otros acuerdos internacionales, incluidos aquellos relativos al control de drogas.

El actual régimen de control de drogas de la ONU se basa en tres tratados internacionales de fiscalización de drogas: La Convención Única de 1961 sobre Estupefaciente, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

³⁸ Ibidem
³⁹ Este apartado contiene fragmentos de la exposición de motivos del Proyecto de Acto Legislativo 08 de 2019

Frente a estos tratados Colombia ha adquirido obligaciones. No obstante, estos deben interpretarse según las obligaciones en materia de derechos humanos, dada la jerarquía del derecho internacional⁴⁰ y la prioridad que tienen los convenios de derechos humanos en nuestro orden interno, aun en estados de excepción, como lo consagra el artículo 93 constitucional.⁴¹ Por tanto, los tratados no podrán interpretarse como una justificación ni como una exigencia de un régimen prohibicionista que no da garantías en derechos humanos, teniendo en cuenta que el "el espíritu original de los tratados se centra en la salud".⁴²

En este sentido, cuando los convenios sobre control de drogas puedan entrar en conflicto con las obligaciones en materia de derechos humanos, estas últimas deberán prevalecer. Esta prevalencia se encuentra respaldada en el informe de 2010 de Anand, G, relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, quien afirmó que: "Cuando los objetivos y enfoques del régimen internacional de control de drogas y el régimen internacional de derechos humanos entran en conflicto, es claro que deben prevalecer las obligaciones de derechos humanos"⁴³

Ahora bien, teniendo en cuenta que en Colombia la política prohibicionista para controlar el cannabis ha derivado en efectos colaterales negativos que afectan la salud y la seguridad de personas consumidoras y no consumidoras, como se expuso en el acápite anterior, la creación de un mercado regulado para el consumo de cannabis para adultos es una cuestión de derechos humanos, toda vez que busca ofrecer garantías de seguridad y salud pública, así como afectar a la mafias generadoras de violencia.

A continuación, se describirá de qué manera bajo un sistema de regulación del cannabis pueden garantizarse algunos de los derechos humanos que actualmente se están vulnerando en el marco del modelo prohibicionista:

1. Desempodera al crimen organizado

Todos los mercados, de naturaleza lícita o ilícita, están regulados por algún actor. No obstante, la prohibición, como en el caso del cannabis de uso adulto, ha tenido como consecuencia que sean las organizaciones criminales quienes estén en control del comercio ilegal de cannabis.

Al regular este mercado, quien asumirá el control será el Estado y otros agentes legales. Consecuentemente, el monopolio que tienen las mafias del narcotráfico sobre el mercado de las drogas se vería afectado y de este modo también sus rentas ilícitas.⁴⁴ S

⁴⁰ Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho, En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina, CIDE, México: 2014.
⁴¹ Rodrigo Uprimny, *Drogas, derecho y democracia*, Mama Coca.
⁴² Diego Cánepa, 57^a Reunión de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas. Recuperado el 27 de agosto de 2019 de: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Marihuana-Uruguay-se-defendio-ante-ONU-uc228901>
⁴³ Anand, G., Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud. Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2010, 6 de agosto). Recuperado el 1 de septiembre de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/94/PDF/N1047794.pdf?OpenElement>
⁴⁴ Comisión Global de Política de Drogas. *Regulación: el control responsable de las drogas*. Informe 2018

Por otro lado, al afectar las rentas ilícitas de estas organizaciones se afectan otras fuentes de criminalidad, toda vez que un gran porcentaje de los grupos del crimen organizado involucrados en el tráfico de drogas también están implicados en otras formas de criminalidad como el tráfico internacional de armas, contrabando, falsificación y tráfico de personas, y el control y la explotación doméstica del trabajo sexual, el robo y la venta de bienes robados, secuestro, extorsión y victimización de migrantes.⁴⁵

2. Promueve la salud pública

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Este derecho se aplica en el contexto de las leyes, políticas y prácticas de drogas. De conformidad con este derecho, los Estados deberían, entre otras cosas, **asegurar que las medidas de reducción de la demanda implementadas para prevenir el consumo de drogas se basen en evidencia y cumplan con los derechos humanos**. Adicionalmente, dentro del derecho a la salud en la política de drogas, es fundamental tener en cuenta el eje de reducción de daños.

La existencia de mecanismos legales y regulados para acceder al cannabis de uso adulto, le permitirá a los consumidores tener garantías que no le ofrece el mercado ilegal, como por ejemplo: acceder a un cannabis de calidad; tener información clara y coherente el tipo de cannabis, su composición química, la cantidad exacta de los constituyentes psicoactivos; la trazabilidad del producto (desde la semilla hasta la venta); los posibles riesgos y efectos del consumo de cannabis y sus derivados; así como conocer de antemano cómo reducir el daño de su consumo.

Adicionalmente, en un mercado regulado de cannabis para uso adulto será posible establecer políticas públicas con base en los determinantes sociales de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴⁶, define los determinantes sociales de la salud como el conjunto de circunstancias que rodean, durante todo el ciclo de vida, a todas las personas, incluido el sistema de salud. Los determinantes son resultado de la distribución de riqueza, el poder y los recursos en el ámbito mundial, nacional y local, lo que explica un conjunto de inequidades sanitarias, en todo caso, evitables e injustas.⁴⁷

El enfoque de determinantes sociales permite ampliar el concepto de salud, más allá de la ausencia de enfermedad, a una acción inter y transsectorial de los Estados, incluyendo la participación social, para afectar dichas inequidades, y construir un bienestar que produzca sociedades y territorios saludables. Este enfoque es importante en el asunto que aquí nos atañe, pues supera los enfoques tradicionales de la epidemiología clásica o de la terapéutica tradicional para el caso del consumo y del consumo problemático. Implica afectar las

⁴⁵ The European Union Agency for Law Enforcement Cooperation. *Business Fundamentals: How Illegal drugs sustain organised crime in the EU*. La Haya: Unión Europea. 2018.
⁴⁶ 62ª. Asamblea Mundial de la Salud, Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 29 de mayo de 2009. Consultado: 18/07/2019. En: http://apps.who.int/igb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
⁴⁷ Párrafo extraído del Proyecto de Acto Legislativo 08 de 2019

condiciones económicas, culturales, ambientales, territoriales, de seguridad, entre otras, que crean las circunstancias para que un individuo llegue a un consumo problemático. Actualizar el enfoque hacia los determinantes sociales implica poner a tono internacional la Constitución, así como abrir un camino hacia una comprensión mucho más amplia de la política pública, de los planes y programas que se establezcan al respecto.⁴⁸

3. Protección de niños, niñas y adolescentes a través de la inversión en prevención

Como se expuso anteriormente, la prohibición del cannabis Colombia está vulnerando los derechos de los niños y las niñas, toda vez que el prohibicionismo ha tenido efectos colaterales como la fragmentación de las organizaciones criminales y del narcomenudeo en las calles, exponiendo los menores al consumo y poniendo en riesgo su seguridad.

Por otro lado, la prohibición del cannabis no está siendo acompañada de políticas de prevención efectivas, pues no cuentan con el presupuesto suficiente, ni están disponibles en todo el territorio nacional. Lo mismo sucede con los servicios de tratamiento y de reducción de drogas para menores.

Dentro de un mercado regulado habrá sitios de consumo específicos a los que solo tendrán acceso los mayores de edad. Adicionalmente, a partir de la regulación el estado podrá imponer una carga impositiva al cannabis, la cual deberá ser reinvertida, en algún porcentaje, en la prevención. Al respecto, el primer ministro de Canadá, Justin Trudeau, ha afirmado:

El principal objetivo [de nuestra nueva política sobre el cannabis] es proteger a nuestros niños. En este momento, sabemos que los jóvenes tienen un acceso más fácil a la marihuana que cualquier otra sustancia ilícita. Es más fácil comprar un cigarro de marihuana para un adolescente que comprar una botella de cerveza. Eso no está bien. En segundo lugar, sabemos que las organizaciones criminales y las pandillas callejeras están generando miles de millones de dólares de la venta de marihuana. Sentimos que regularlo y controlarlo sacará esos ingresos de los bolsillos de los delincuentes y lo pondremos en un sistema en el que podamos monitorear, gravar y garantizar que estamos apoyando a las personas que enfrentan desafíos relacionados o no relacionados con el consumo de drogas.⁴⁹

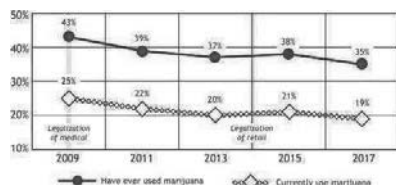
IV. EXPERIENCIA COMPARADA,

COLORADO, ESTADOS UNIDOS

A partir de 2012 la Enmienda 64 de la Constitución de Colorado legalizó la marihuana no medicinal para su uso recreativo por parte de adultos mayores de 21 años en el estado. A partir de ese momento, estos son algunos de los resultados:

- El uso de la marihuana permanece relativamente igual desde la legalización:

⁴⁸ Párrafo extraído del Proyecto de Acto Legislativo 08 de 2019
⁴⁹ Comisión Global de Política de Drogas. *Regulación: el control responsable de las drogas*. Informe 2018. P. 33



- Las encuestas estatales evidencian que el consumo entre los adolescentes ha disminuido considerablemente desde que las ventas de marihuana medicinal se dispararon en 2009, y se ha mantenido estable desde la legalización para uso adulto.⁵⁰
- 4 de cada 5 estudiantes (81%) no consumen marihuana.⁵¹
- Los delitos menores relacionados con la marihuana han disminuido considerablemente.⁵²
- De acuerdo con un tribunal de justicia para menores de Denver, la cantidad de casos por posesión de marihuana está disminuyendo. Así mismo, el porcentaje de adolescentes arrestados por delitos relacionados con la marihuana ha caído aproximadamente un 20 por ciento desde que en Colorado se reguló la marihuana de uso adulto.⁵³
- Los datos de salud pública en Colorado indican un aumento repentino de pacientes que buscan tratamiento para el consumo problemático de esta sustancia.⁵⁴
- Adicionalmente, ha permitido que la administración estatal sustituya en gran porcentaje el mercado ilícito de la marihuana.

URUGUAY

Uruguay fue el primer país en legalizar y regular el cannabis de uso no-médico. Incluso durante la dictadura (1973-1985) el país fue bastante progresista y se alejó punitivos de la “guerra contra las drogas”. Por ejemplo, en 1974 despenalizó la posesión de “una cantidad mínima” de sustancias ilícitas.

No obstante, el hecho de que los uruguayos pudieran poseer cannabis por ley, pero no pudieran adquirirlo legalmente, fue una de las contradicciones que resaltó desde muy temprano la sociedad civil.

⁵⁰ Jack Healy. “Los efectos de legalizar la marihuana en Estados Unidos, cinco años después”. Nym Times. 2 de julio de 2019. Acceso el 2 de agosto de 2019 de: <https://www.nytimes.com/es/2019/07/02/marihuana-legal-colorado/>
⁵¹ Ibidem
⁵² Ibidem
⁵³ Ibidem
⁵⁴ Ibidem

En junio de 2012 el gobierno de Pepe Mujica publicó un documento de 15 puntos titulado “Estrategia por la vida y la convivencia”, que proponía la “legalización regulada y controlada de la marihuana”. Posteriormente, presentó un segundo proyecto de ley ante el Congreso que permitía cultivo doméstico, la venta comercial y los “clubes de cannabis”, previa autorización estatal. El proyecto fue aprobado en la Cámara de Representantes en julio de 2013, por el Senado en diciembre y promulgado a ley el 20 de diciembre de 2013. Hoy día es la **Ley N° 19.172**.

Algunos de los resultados más relevantes han sido los siguientes:

- Al mayo de 2018 se reportaron 35.246 personas habilitadas para acceder a marihuana de forma regulada.⁵⁵
- El IRCCA calcula que **el 55% los usuarios de marihuana consumen ahora en el mercado regulado**. Es decir, se logró arrebatar a los narcos más de la mitad del negocio.⁵⁶
- El mercado ilegal ha dejado de recibir unos 20 millones de euros en los últimos años, lo que ha debilitado las mafias.⁵⁷
- El mercado de cannabis de tráfico ilícito desde Paraguay ha descendido.
- El Estado registró inversiones de 100 millones de euros en el sector legal de cannabis para 2018, y la **creación de 500 puestos de trabajo**. Una de las empresas más fuertes, Silverpeak Life Sciences, tiene planeado recaudar más de 30 millones de euros en inversión para cuadruplicar su producción en 2019.⁵⁸
- Los consumidores han pasado de comprar un producto de baja calidad en la calle a convertirse en consumidores responsables.⁵⁹

V. MARCO NORMATIVO VIGENTE

1. ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 02 DE 2009

Por el cual se reformula el artículo 49 de la Constitución Política

⁵⁵ La República. “El mercado regulado alcanza al 55% de los usuarios de marihuana”. 19 de julio de 2018. Recuperado el 7 de agosto 2019 de: <https://www.republica.com.uy/el-mercado-regulado-alcanza-al-55-de-los-usuarios-de-marihuana-id666592/>
⁵⁶ Taliv Visram. “Uruguay, el primer país en legalizar la marihuana, está tomándose las cosas con calma”. CNN. 17 de septiembre de 2018. Acceso el 7 de agosto de 2019 de: <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/17/uruguay-el-primer-pais-en-legalizar-la-marihuana-esta-tomandose-las-cosas-con-calma/>
⁵⁷ Sebastian Romero. “Uruguay ¿El futuro de la marihuana ilegal?”. El Confidencial. 12 de marzo de 2019. Acceso el 9 de agosto de 2019 de: https://www.elconfidencial.com/mundo/2019-04-12/uruguay-marihuana-legal-futuro_1938258/
⁵⁸ Ibidem
⁵⁹ Uki Gohil. “La legalización de la marihuana en Uruguay ha resultado ser todo un éxito”. El Diario. 25 de diciembre de 2017. Acceso el 9 de agosto de 2019 de: https://www.eldiario.es/the-guardian/Uruguay-legalizado-fumado_0_717429244.html

Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Respecto a la expresión subrayada, la Corte Constitucional se declara INHIBIDA en Sentencia C-574 de 2011.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”.

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA: ARTICULO 93

Artículo 93: Los “tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”

Artículo 6°. Promoción de la salud y prevención del consumo. El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales.

I. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD

El bloque de constitucionalidad relativo a este proyecto está compuesto por:

1. EL RÉGIMEN DE CONTROL DE DROGAS DE LA ONU:

- a) **“Convención Única sobre Estupefacientes” –1961–** Colombia firmó el 3 de marzo de 1975. Fue aprobada por la Ley 13 de 1974 y Decreto de Promulgación número 1019 de 1990, entró en vigor el 2 de abril de 1975.
- b) **“Convención Única sobre Sustancias Psicotrópicas” – 1971-** Ratificada por el Estado Colombiano el 12 de mayo de 1981. Esta convención fue aprobada por la Ley 43 de 1980 y entró en vigor el 10 de agosto de 1981.
- c) **“Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).** Suscrita el 20 de diciembre de 1988, aprobada mediante la Ley 67 de 1993, y ratificada el 10 de junio de 1994. La Sentencia que declara la constitucionalidad de la Convención es la C-176 de 1994, y el Decreto de Promulgación es el 671 de 1995.

Los tres grandes tratados de fiscalización internacional de drogas se sustentan entre sí y son complementarios. Las convenciones de 1961 y 1971 incorporan disposiciones generales sobre el tráfico y el uso de drogas. La Convención de 1961 se centra en las drogas de origen vegetal, como la coca, el cannabis, el opio y la heroína. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 reforzó el uso de sanciones penales para combatir la producción, posesión y tráfico ilícito de drogas.

Como ya se sustentó, estos tratados deben interpretarse acorde a las obligaciones concurrentes en materia de derechos humanos⁶⁰

⁶⁰ **Jensena,** “Derechos humanos y políticas de Drogas”.

3. ACUERDO DE PAZ

22 Acto legislativo 02 de 2017

Artículo 1. La Constitución Política ~~añad~~ un nuevo artículo transitorio así: Artículo transitorio xx. En desarrollo del derecho a la paz, los contenidos del Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, firmado el día 24 de noviembre de 2016, que correspondan a normas de derecho internacional humanitario o derechos fundamentales definidos en la Constitución Política y aquellos conexos con los anteriores, serán obligatoriamente parámetros de interpretación y referente de desarrollo y validez de las normas y las leyes de implementación y desarrollo del Acuerdo Final, con sujeción a las disposiciones constitucionales.

23 Decreto 896 de 2017

Por el cual se crea el Programa Nacional Integral de Sustitución de cultivos de uso ilícito-PNIS-

24 Decreto 249 de 2017

Por el cual se regula la contratación para la erradicación manual de cultivos ilícitos en el marco del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.

4. LEY 30 DE 1986

Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones

En materia de sustancia psicoactivas, Colombia se rige por la Ley 30 de 1986 denominada Estatuto de Estupefacientes, que define lo que se entiende por droga, estupefacientes, medicamento psicotrópico y la cantidad considerada dosis personal.

5. LEY 1566 DE 2012

Por la cual 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.

Artículo 1°. Reconocimientos. Reconócese que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2°. Atención integral. Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos

2. LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO COLOMBIANO EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos se intersectan con una gran variedad de medidas en la política de drogas; desde la producción hasta el consumo. En este sentido, los estados están obligados a cumplir con los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos al momento de diseñar e implementar sus políticas de drogas.

Al ratificar los tratados internacionales, los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.⁶¹ Por tanto, Colombia, al haber ratificado los tratados internacionales enunciados, en función del principio Pact Sunt Servanda, debe adoptar medidas y leyes internas compatibles con las obligaciones y deberes allí consagrados, de manera prevalente.

Ahora bien, existen normas que integran el bloque de constitucionalidad, en sentido estricto en sentido lato. De acuerdo con la jurisprudencia⁶², los artículos de los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, reconocidos por la Carta, hacen parte del bloque en sentido estricto. Incluso, la propia Constitución remite a esa doctrina y jurisprudencia en su artículo 93-2, al señalar que los derechos constitucionales deben ser interpretados de conformidad con los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia.⁶³

2.1 Derecho internacional de los derechos humanos de Naciones Unidas

TRATADOS DE DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS APROBADOS EN EL MARCO DEL SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN			
TRATADO	APROBACIÓN	RATIFICACION	ENTRADA EN VIGOR
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Mediante la Ley 74 de 1968	29 de octubre de 1969	23 de marzo de 1976
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Mediante la Ley 74 de 1968	29 de octubre de 1969	3 de enero de 1976
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Mediante la Ley 22 de 1981	2 de septiembre de 1981	Para Colombia: 2 de octubre de 1981
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Mediante la Ley 51 de 1981	19 de enero de 1982	Para Colombia: 19 de febrero de 1982.
Convención sobre los Derechos del Niño	Mediante la Ley 12 de 1991	28 de enero de 1991	Para Colombia: 27 de febrero de 1991.
Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	Mediante la Ley 70 de 1986	8 de diciembre de 1987	Para Colombia: 8 de enero de 1988.

⁶¹ **Naciones Unidas Derechos Humanos,** “El derecho internacional de los derechos humanos, (s.f), acceso el 30 de mayo de 2019, <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>

⁶² Ver, por ejemplo, la sentencia C-582 de 1999

⁶³ **Rodrigo Irimay,** “Bloque de constitucionalidad, derechos humanos y nuevo procedimiento penal”, *DeJusticia*, (s.f), https://cdn.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_47.pdf

2.1 Tratados del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos

TRATADOS DEL SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS			
TRATADO	APROBACIÓN	RATIFICACIÓN	ENTRADA EN VIGOR
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Mediante la Ley 16 de 1972	31 de julio de 1973	18 de julio de 1978
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"	Mediante la Ley 319 de 1996. Declarada exequible mediante Sentencia C-251 de 1997.	23 de diciembre de 1997	Para Colombia: 16 de noviembre de 1999
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará	Mediante la Ley 248 de 1995, declarada exequible mediante Sentencia C-408 de 1996.	15 de noviembre de 1996	Para Colombia: 15 de diciembre de 1996.

II. MARCO JURISPRUDENCIAL

A través de la **Sentencia C-221 de 1994** la Corte Constitucional despenalizó el consumo de la dosis personal, argumentando que la penalización del consumo va en contravía de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad. Al respecto, la Corte Constitucional estableció:

Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras ésta no interfiera con la autonomía de las otras, es parte vital del interés común en una sociedad personalista, como la que ha pretendido configurar la Carta Política que hoy nos rige. Si el derecho al libre desarrollo de la personalidad tiene algún sentido dentro de nuestro sistema, es preciso concluir que, por las razones anotadas, las normas que hacen del consumo de droga un delito son claramente inconstitucionales.

No obstante, en el marco de esta sentencia, la Corte Constitucional señala unaparadoja entre la despenalización de la dosis personal y el fenómeno del narcotráfico, toda vez que:

Por un lado, se autoriza el consumo de la dosis personal, pero por otro se mantiene la penalización del narcotráfico. Es decir que se permite a los individuos consumir droga, pero se prohíbe su producción, distribución y venta. Carece de toda lógica que la ley ampare al consumidor de un producto y, en cambio sancione a quien se lo suministre

Por otro lado, la **Sentencia C-574 de 2011** aclaró que, por lo menos desde el punto de vista constitucional, en el país no es posible penalizar el porte de la dosis mínima exclusiva para el consumo. Adicionalmente, en esta Sentencia, a partir de una interpretación sistemática de los nuevos incisos introducidos por el Acto Legislativo 02 de 2009 en el artículo 49, con el resto de este precepto superior, y con otros principios del texto fundamental que inciden en su alcance, la Corte llegó a la siguiente conclusión:

[...] En cuanto a la interpretación del inciso sexto del artículo 49, con el resto de la Constitución, se tiene que tener en cuenta que dicho apartado, que está inserto en el derecho a la salud, se debería corresponder con un concepto amplio de dignidad que implique la autodeterminación (artículo 1), con el derecho a la vida y con el deber del Estado de protegerla (art. 11 e inciso segundo del artículo 2°), con la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás (inciso tercero del artículo 44), con la protección y la formación integral del adolescente (artículo 45), con la obligación de adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos a quienes se les prestará la atención especializada que requieran (art. 47); con el mismo derecho a la salud y saneamiento ambiental (art. 49) y con el numeral primero de los deberes del artículo 95 que establece que toda persona tiene el deber de "Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.

Respecto a los tratamientos de salud, la Corte señaló, en la Sentencia T-859 de 2003, que el derecho a la salud es un derecho fundamental, considerando que "son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo".

Respecto a la prevalencia de los tratados internacionales que integran el Bloque de Constitucionalidad, la Sentencia **C-225 de 1995** establece que:

Como vemos, el bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas de valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reformadiversos al de las normas del articulado constitucional strictosensu.

En tales circunstancias, la Corte Constitucional coincide con la Vista Fiscal en que el único sentido razonable que se puede conferir a la noción de prevalencia de los tratados de derechos humanos y de derecho internacional humanitario (CP arts 93 y 214 numeral 2o) es que éstos forman con el resto del texto constitucional un "bloque de constitucionalidad", cuyo respeto se impone a la ley. En efecto, de esa manera se armoniza plenamente el principio de supremacía de la Constitución, como norma de normas (CP art. 4o), con la prevalencia de los tratados ratificados por Colombia, que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación en los estados de excepción (CP art.93).

Respecto a la relación entre el derecho interno y el derecho internacional, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, a través de la **Sentencia C-269 de 2014**, estableció que:

VI. CONCLUSIONES

La evidencia estadística y académica ha demostrado que la política prohibicionista alrededor del cannabis para uso adulto, lejos de haber probado ser efectiva en la reducción del consumo y la oferta de esta sustancia, ha traído efectos colaterales negativos como el fortalecimiento de las mafias, el aumento de la violencia asociada al narcotráfico y los riesgos de salud pública que enfrentan las personas consumidoras al recurrir al mercado ilegal.

En este contexto, resulta imperante diseñar estrategias alternativas para combatir el narcotráfico y los problemas asociados a las sustancias de uso ilícito, las cuales deben cumplir con las obligaciones que ha adquirido el estado colombiano en materia de derechos humanos, las cuales serán prevalentes frente a cualquier otro tratado internacional.

Después de hacer una revisión académica y analizar las experiencias internacionales sobre políticas de drogas, los congresistas abajo firmantes hemos concluido que la regulación es el paradigma más efectivo para conciliar las convenciones internacionales sobre fiscalización de drogas y las obligaciones del estado colombiano en materia de derechos humanos, toda vez que busca ofrecer garantías de seguridad y salud pública, al mismo tiempo que afecta a las mafias generadoras de violencia.

VII. CONFLICTO DE INTERESES

De conformidad con la ley 2003 de 2019, que reforma la Ley 5 de 1992 en lo relativo al régimen de conflicto de interés de los congresistas, se señala que esta propuesta legislativa se enmarca dentro de las causales de ausencia de conflicto de interés, específicamente la prevista en el literal a " a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores" dado que tiene por propósito proteger la vida, la seguridad y la salud pública de los colombianos.

Por los honorables congresistas,

[...] es posible que algunas de las fuentes del derecho internacional gocen de un predominio respecto de fuentes exclusivamente nacionales. Conforme a ello, (i) las disposiciones del ius cogens en tanto normas imperativas del derecho internacional tienen una jerarquía especial y, en esa medida, la Constitución se encuentra a ellas sometida. La Corte también ha reconocido: (ii) la especial posición, en la jerarquía de fuentes, de los tratados de derechos humanos y los tratados de límites, al punto que pueden condicionar la validez de otras normas jurídicas; (ii) la posibilidad de que normas dictadas por órganos comunitarios de organizaciones internacionales con vocación subregional, en desarrollo de la cesión parcial de algunas competencias por parte del Estado, prevalezcan y produzcan efectos inmediatos en el ordenamiento jurídico

Finalmente, la sentencia C-235 de 2019, que declaró inexecutable la prohibición general de consumir bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas en espacio público, se ha pronunciado sobre los sujetos de especial protección y el derecho a la salud en el siguiente sentido:

Existen grupos de sujetos de especial protección constitucional cuyos aspectos particulares y específicos deben ser considerados como es el de los niños y las niñas, ya ampliamente resaltado. Ahora bien, también se debe tener en cuenta que desde la reforma al Artículo 49 de la Constitución Política, el acceso a las sustancias psicoactivas por prescripción médica hace parte del derecho fundamental a la salud. En tal medida, la protección que se debe dar a las personas que consumen por razones de salud, como parte de un tratamiento de reducción de daños, por ejemplo, deben ser tratadas con respeto, sin discriminación y con dignidad. En las guías internacionales se ha resaltado esta cuestión.64 Esto es crucial en cuanto a las personas que habitan en la calle, pues entre esta población hay personas que tienen problemas de adicción y para las cuales el consumo está relacionado con asuntos de salud fundamentalmente. En tales casos, los protocolos que se establezcan para tratar esta población deben tener en cuenta esta dimensión propia del derecho fundamental a la salud. Una regulación debe tener en cuenta el derecho a la dignidad de las personas que están o habitan en la calle, justamente porque su vida transcurre en el espacio público.

64 UNAIDS, WHO, UNDP, International Centre on Policy (2019) International Guidelines on Human Rights and Drug Policy. German Cooperation, Confédération suisse, GPDPD & UNDP;
II Obligations arising from human rights standards, 1.2. Drug dependence treatment.


GUSTAVO BÓLIVAR MORENO
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 LISTA DE LA DECENCIA


TEMISTOCLES ORTEGA NARVAEZ
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 CAMBIO RADICAL


ANTONIO SANGUINO PAÉZ
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


FELICIANO VALENCIA MEDINA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO MAIS


LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO LIBERAL


IVAN MARULANDA GÓMEZ
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO DE LA U


ROY BARRERAS
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO DE LA U


AÍDA AVELLA ESQUIVEL
 SENADORA DE LA REPÚBLICA
 LISTA DE LA DECENCIA


GUSTAVO PETRO URREGO
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 COLOMBIA HUMANA


ANGÉLICA MARÍA ROBLEDO
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 COLOMBIA HUMANA


IVAN CEPEDA CASTRO
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 POLO DEMOCRÁTICO


JULIAN GALLO CUBILLOS
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO FARC


MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 LISTA DE LA DECENCIA


ALEXANDER LÓPEZ MAYA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 POLO DEMOCRÁTICO


ANDRÉS GARCÍA ZUCCARDI
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO DE LA U


JUANITA GOEBERTUS ESTRADA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


WILSON ARIAS
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 POLO DEMOCRÁTICO


JORGE LONDOÑO ULLOA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


GUILLERMO GARCÍA REALPE
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO LIBERAL


DAVID RACERO MAYORCA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 LISTA DE LA DECENCIA


KATHERINE MIRANDA PEÑA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


ALBERTO CASTILLA SALAZAR
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 POLO DEMOCRÁTICO


PABLO CATATUMBO TORRES
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO FARC


GRISELDA LOBO SILVA
 SENADORA DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO FARC


MAURICIO TORO ORJUELA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


SANDRA ORTIZ NOVA
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


VICTORIA SANDINO
 SENADOR DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO FARC


JAIRO CALA SUÁREZ
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO FARC


WILMER LEAL PÉREZ
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO ALIANZA VERDE


CARLOS CARREÑO MARÍN
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO FARC


LUÍS ALBERTO ALBÁN URBANO
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO FARC


ABEL DAVID JARAMILLO LARGO
 REPRESENTANTE A LA CÁMARA
 PARTIDO MAIS

SECCIÓN DE LEYES
SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN
LEYES

Bogotá D.C., 31 de julio de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 189/20 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN MARCO DE REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS DE USO ADULTO, CON EL FIN DE PROTEGER A LA POBLACIÓN COLOMBIANA DE LOS RIESGOS DE SALUD PÚBLICA Y DE SEGURIDAD ASOCIADOS AL VÍNCULO CON EL COMERCIO ILEGAL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores GUSTAVO BÓLIVAR, TEMISTOCLES ORTEGA, ANTONIO SANGUINO, FELICIANO VALENCIA, LUIS FERNANDO VELASCO, IVAN MARULANDA, ARMANDO BENEDETTI, ROY BARRERAS, AIDA AVELLA, GUSTAVO PETRO, IVAN CEPEDA, JULIAN GALLO, ALEXANDER LÓPEZ, ANDRÉS GARCÍA, WILSON ARIAS, JORGE LONDOÑO, GUILLERMO GARCÍA, ALBERTO CASTILLA, JUAN LUIS CASTRO, PABLO CATATUMBO, GRISELDA LOBO, SANDRA LILIANA ORTIZ, VICTORIA SANDINO; y los Honorables Representantes ANGÉLICA MARÍA ROBLEDO, MARÍA JOSÉ PIZARRO, JUANITA GOEBERTUS, DAVID RACERO, KATHERINE MIRANDA, MAURICIO TORO, JAIRO CALA, WILMER LEAL, CARLOS CARREÑO, LUÍS ALBERTO ALBÁN, ABEL DAVID JARAMILLO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión PRIMERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SAÚL CRUZ BONILLA
 Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 31 DE 2020

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión PRIMERA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB
 SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SAÚL CRUZ BONILLA

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 201 DE 2020
SENADO**

por medio de la cual se reconoce e identifica el bastón blanco para la movilidad de personas con discapacidad visual.

Proyecto de Ley ____ de 2020 Senado

“Por medio de la cual se reconoce e identifica el bastón blanco para la movilidad de personas con discapacidad visual.”

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es reconocer e identificar al bastón blanco con extremo inferior rojo, como el bastón que identifica y permite la movilidad de personas con discapacidad visual.

Artículo 2°. Uso exclusivo para personas con discapacidad visual. El bastón blanco con extremo inferior rojo será de uso exclusivo de las personas con discapacidad visual.

Artículo 3°. Entrega del bastón blanco para personas con discapacidad visual. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) entregarán gratuitamente el bastón blanco con extremo inferior rojo a las personas con discapacidad visual que pertenezcan a los niveles del Sisbén. Para acceder a dicho beneficio deben acreditar su condición de discapacidad visual. Se entregará uno por persona beneficiaria.

Artículo 4°. Formación y entrenamiento en el uso del bastón blanco para personas con discapacidad visual. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben disponer de instituciones que formen y entrenen a las personas con discapacidad visual en el uso del bastón blanco con extremo inferior rojo.

Artículo 5°. Certificación de la calidad del bastón blanco para personas con discapacidad visual. El Instituto Nacional para Ciegos (INCI) certificará la calidad del bastón blanco con extremo inferior rojo para el uso de las personas con discapacidad visual.

Artículo 6°. Asesoría en el uso del bastón blanco para personas con discapacidad visual. El Instituto Nacional para Ciegos (INCI), asesorará a las Instituciones que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) designen para la formación y entrenamiento en el uso del bastón blanco con extremo inferior rojo para personas con discapacidad visual.

Artículo 7°. Día nacional del bastón blanco para personas con discapacidad visual. Se establece el día 15 de octubre de cada año, como fecha de conmemoración nacional del bastón blanco, uniéndose el país al día internacional.

Artículo 8°. Uso del bastón blanco para personas con discapacidad visual. Las autoridades, incluidas las de Policía, deberán permitir el uso del bastón blanco con extremo inferior rojo a toda persona con discapacidad visual.

Artículo 9°. Reglamentación del bastón blanco para personas con discapacidad visual. El Gobierno Nacional deberá reglamentar lo pertinente de la presente ley durante el año siguiente de su promulgación.

Artículo 10. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA
Senadora de la República
Partido Centro Democrático

Proyecto de Ley ____ de 2020 Senado

“Por medio de la cual se reconoce e identifica el bastón blanco para la movilidad de personas con discapacidad visual.”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Antecedentes

En la segunda mitad del siglo XX, Richard Hoover, quien se desempeñaba como Director de Rehabilitación Física, Orientación y Recreación en un hospital de Estados Unidos, introdujo de manera sistemática el uso del bastón para los veteranos ciegos de la segunda guerra mundial. En ese hospital se estableció el primer programa de rehabilitación en el que se incorporó el uso del bastón para ciegos como elemento estructurado de instrucción.

En el año 1964, la administración de veteranos estadounidenses estableció las especificaciones del bastón para ciegos. En el año 1971, la Academia Nacional de la Ciencia de Estados Unidos, adaptó los estándares propios del bastón largo que hoy día conocemos como el bastón para los ciegos.

De acuerdo con el artículo 2° de la Ley 1680 de 2013 la ceguera es “La ausencia de percepción de luz por ambos ojos”, y la baja visión es “La persona con una incapacidad de la función visual aún después de tratamiento y/o corrección refractiva común con agudeza visual en el mejor ojo, de 6/18 a Percepción de Luz (PL), o campo visual menor de 10° desde el punto de fijación, pero que use o sea potencialmente capaz de usar la visión para planificación y ejecución de tareas. Para considerar a una persona con baja visión se requiere que la alteración visual que presente sea bilateral e irreversible y que exista una visión residual que pueda ser cuantificada.”

Generalidades del bastón blanco para personas con discapacidad visual

El bastón es un medio de protección, que permite evitar obstáculos situados de la cintura hacia el suelo. El uso del bastón permite la obtención de información a través del tacto indirecto. El bastón permite saber en qué tipo de superficie se transita, incluso localiza, a través de este, un determinado punto de referencia o de información.

El bastón blanco con extremo inferior rojo identifica a las personas ciegas o que tienen dificultades visuales. El bastón para personas con discapacidad visual ofrece las siguientes ventajas:

- Permite la anticipación perceptiva; esto es, detectar un objeto a un metro o un metro y medio antes de entrar en contacto con él.
- Permite la protección de la parte inferior del cuerpo, de posibles obstáculos o identifica cambios de niveles como escalones, posibles agujeros y altibajos, entretiros.
- Ofrece información de la superficie por la que la persona ciega se moviliza y da cuenta de los obstáculos que puede encontrar en el camino.

El uso correcto del bastón blanco implica emplear un conjunto de técnicas para que las personas

ciegas puedan desplazarse con relativa seguridad, debiendo ser utilizado de manera rítmica de contacto de dos puntos; la puntera del bastón deberá describir un arco levemente superior al ancho del cuerpo de la persona.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en los literales g) y h) del numeral 1 del artículo 4°, establece lo siguiente:

“Artículo 4°. Obligaciones generales.

Los Estados Parte se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Parte se comprometen a:

1. ...g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible”.

Aquí podemos entender que se puede referir al bastón blanco para ciegos, pues constituye una ayuda para su movilidad.


“h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo”.

El artículo 20 de la Convención plantea que:

“Los Estados Parte adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;
- b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;
- c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad”.

Este artículo permite el uso de distintos dispositivos para la movilidad de personas con discapacidad visual, como el bastón blanco con extremo inferior rojo.

<p>Por su parte, el literal (a) del numeral 3 del artículo 24, de la misma convención que indica:</p> <p>...3. <i>Los Estados Parte brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:</i></p> <p>a) <i>Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares”.</i></p> <p>Experiencias Internacionales</p> <p>En muchos países existen normas relacionadas con el bastón que utilizan las personas ciegas como dispositivo fundamental para su movilidad. En Puerto Rico, la Ley 169 de 1940 declara insignia oficial del ciego al bastón blanco y autoriza las señales de auxilio y protección por medio del bastón. Por su parte, en Argentina la Ley 25.682 de 2002 establece las características del bastón, como instrumento de orientación y movilidad para las personas con discapacidad visual. En Uruguay la Ley 18.875 de 2012, reglamenta el uso del bastón por parte de las personas con discapacidad visual y en muchos Estados de los Estados Unidos, existen leyes relacionadas con el bastón blanco.</p> <p>Pertinencia del proyecto de ley</p> <p>Colombia no cuenta con ningún desarrollo normativo específico referido al bastón como identificación de las personas ciegas, ni de su uso.</p> <p>Por esa razón, este proyecto de ley busca darle piso jurídico al bastón blanco con extremo inferior rojo como medio de identificación de las personas con discapacidad visual y como dispositivo de seguridad para su movilidad.</p> <div style="text-align: center;">  <p>MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA Senadora de la República Partido Centro Democrático</p> </div>	<p style="text-align: center;">SECCIÓN DE LEYES SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</p> <p>Bogotá D.C., 06 de agosto de 2020</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 201/20 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE E IDENTIFICA EL BASTÓN BLANCO PARA LA MOVILIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por la Honorable Senadora MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA Subsecretario General</p> <p style="text-align: center;">PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 06 DE 2020</p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p>CÚMPLASE</p> <p>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>ARTURO CHAR CHALJUB SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>SAÚL CRUZ BONILLA</p>
---	---

CONTENIDO

Gaceta número 639 - lunes, 10 de agosto de 2020

SENADO DE LA REPÚBLICA	Págs.
PROYECTOS DE LEY	

Proyecto de ley número 183 de 2020 Senado, por el cual se dignifica la práctica rural (servicio social obligatorio) en Colombia para el talento humano en salud y se dictan otras disposiciones	1
Proyecto de ley número 189 de 2020 Senado, por medio del cual se establece un marco de regulación y control del cannabis de uso adulto, con el fin de proteger a la población colombiana de los riesgos de salud pública y de seguridad asociados al vínculo con el comercio ilegal de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones	5
Proyecto de ley número 201 de 2020 Senado, por medio de la cual se reconoce e identifica el bastón blanco para la movilidad de personas con discapacidad visual.	17