

DOSIS PERSONAL DE DROGAS: INCONSISTENCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS EN LA LEGISLACIÓN Y LA JURISPRUDENCIA COLOMBIANA

A PERSONAL DRUG DOSE: TECHNICAL-SCIENTIFIC INCONSISTENCIES IN COLOMBIAN LAW AND JURISPRUDENCE

DOSE PESSOAL DE DROGAS: INCONSISTÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS NA LEGISLAÇÃO E NA JURISPRUDÊNCIA COLOMBIANA

Jairo Alfonso Téllez-Mosquera¹
Juan Camilo Bedoya-Chavarriaga²

RESUMEN

Con la promulgación de la Ley 30 de 1986, se incluyó el concepto del consumo de la dosis personal de drogas. La Corte Constitucional, mediante sentencia C-221 de 1994, resolvió la demanda de constitucionalidad presentada por el ciudadano Alexandre Sochandamandou, ratificando el concepto de “dosis personal de consumo de drogas”, y despenalizando el mismo. En este artículo se plantea el desconocimiento de la legislación y la jurisprudencia acerca de la opinión técnico-científica en cuanto a esta temática, que originó diversas inconveniencias, inconsistencias, vacíos e imprecisiones técnico-científicas que riñen con normas y tratados internacionales de ética médica, al igual que con evidencia médica encontrada sobre los efectos adversos ocasionados por las drogas en la salud de los consumidores de estas sustancias.

PALABRAS CLAVE: sustancias psicoactivas, drogas ilícitas, dosis personal, ética médica, jurisprudencia, farmacodependencia. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2015.19.1.8

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Téllez-Mosquera JA, Bedoya-Chavarriaga JC. Dosis personal de drogas: inconsistencias técnico-científicas en la legislación y la jurisprudencia colombiana. *pers.bioét.* 2015; 19(1): 99-116. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.1.8

- 1 Magíster en Toxicología. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. jatellezm@unal.edu.co
- 2 Estudiante de Derecho, Universidad Nacional de Colombia (Colombia). jucbedoyach@unal.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-09-08
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-10-15
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-11-09
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2015-01-13

ABSTRACT

The concept of personal drug consumption was provided for in Colombian law with the passage of Act 30/1986. The Constitutional Court, in ruling C-221/ 1994, settled a suit filed by Alexandre Sochandamandou on constitutionality by ratifying the concept of a "personal drug dose" and decriminalizing it. The suggestion in this article is that ignorance of Colombian legislation and case law concerning technical-scientific opinion on this issue has caused a range of problems, inconsistencies, gaps and technical and scientific inaccuracies that are at odds with international standards and treaties on medical ethics and with medical evidence on the adverse effects of drugs on the health of those who consume them.

KEYWORDS: psychoactive substances, illegal drugs, a personal dose, medical ethics, jurisprudence, drug addiction. (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Com a promulgação da Lei 30 de 1986, incluiu-se o conceito do consumo da dose pessoal de drogas. A Corte Constitucional, mediante a sentença C-221 de 1994, resolveu a demanda de constitucionalidade apresentada pelo cidadão Alexandre Sochandamandou, na qual ratificou o conceito de "dose pessoal de consumo de drogas" e despenalizou-o. Neste artigo, apresenta-se o desconhecimento da legislação e da jurisprudência sobre a opinião técnico-científica quanto a essa temática, que originou diversas inconveniências, inconsistências, vazios e imprecisões técnico-científicas que entram em conflito com normas e tratados internacionais de ética médica, assim como com evidência médica encontrada sobre os efeitos colaterais ocasionados pelas drogas na saúde dos seus consumidores.

PALAVRAS-CHAVE: substâncias psicoativas, drogas ilícitas, dose pessoal, ética médica, jurisprudência, farmacodependência. (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

El porte y consumo de sustancias estupefacientes es un tema que ha suscitado gran debate en Colombia desde la promulgación de la Ley 30 de 1986, la cual a la fecha cumple 28 años de vigencia. La jurisprudencia colombiana se ha pronunciado en varias ocasiones en cuanto al concepto de “dosis mínima personal de consumo de drogas”. Adicionalmente, se han aprobado algunas normas legales por parte del Congreso de la República sobre este aspecto.

Tanto la legislación como la jurisprudencia se han manifestado a partir de fundamentos de tipo jurídico y filosófico; sin embargo, no han tenido en cuenta los conceptos técnico-científicos de las áreas de ciencias de la salud que se encuentran estrechamente relacionados con la temática.

En este artículo se plantean observaciones realizadas desde el punto de vista académico sobre las inconsistencias, los inconvenientes, los vacíos y las imprecisiones encontradas en la legislación y la jurisprudencia que giran en torno a esta temática.

CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS CONCEPTOS DROGA, SUSTANCIA PSICOACTIVA Y DOSIS

El término droga ha sido utilizado desde los inicios de la farmacología y la toxicología como disciplinas científicas. Desde el punto de vista histórico de la toxicología, se considera que las primeras sustancias exógenas que se asimilan a las drogas empleadas por los humanos, aparecieron como resultado de una coevolución entre el reino vegetal y el animal. En cuanto a la utilización, las primeras culturas de cazadores-recolectores fueron

las pioneras del consumo de determinadas plantas con sustancias exógenas psicoactivas. Estas eran utilizadas como métodos para lograr experiencias enteógenas y por consiguiente alcanzar una comunicación con los dioses. Específicamente, parecen ser los chamanes de Siberia los primeros en haber usado hongos alucinógenos para obtener dichas experiencias (1).

En cuanto a América, se han hallado rastros que señalan el uso de plantas con características visionarias desde el siglo X a. C. Igualmente, ciertas representaciones artísticas dan cuenta de este consumo. En Guatemala se encuentran esculturas en piedra talladas en forma de hongos. La cultura Chavinen, ubicada en lo que es hoy el Perú, presentó un reflejo artístico similar mediante tallas de piedra que sujetan un cactus visionario. En México también se localizan abundantes obras pictóricas y escultóricas relacionadas con plantas de tipo visionario como el peyote (1). La planta iboga, de la cual se extrae el alcaloide ibogaína, contenedor de principios activos del ácido lisérgico, parece ser originaria de Gabón en el África, en donde se utilizaba en ceremonias religiosas por la etnia fang (1). Por su parte, otras plantas estimulantes como la coca, el guaraná, el mate y el cacao son originarias de América. De igual forma, desde el siglo III a. C., se realizaban esculturas que exhibían rostros mascando hojas de coca en los Andes americanos. Una planta muy similar a la coca, llamada betel, fue utilizada en la India, cuyo consumo también se realiza mediante la masticación (1). Asimismo, cultivos de adormidera y de cáñamo que sirven para la extracción del opio, son originarios de Europa, Asia Menor y China respectivamente (2).

En la cultura griega, Hipócrates fue quien introdujo el concepto de *pharmakon*, que se asimila al término “droga

EL DOCUMENTO *CORPUS HIPPOCRATICUM* DEFINE LA PALABRA DROGA COMO: “UNA SUSTANCIA QUE ACTÚA ENFRIANDO, CALENTANDO, SECANDO, HUMEDECIENDO, CONTRAYENDO, RELAJANDO, EXCITANDO O HACIENDO DORMIR. EN SU NATURALEZA ESTÁ CURAR AL ORGANISMO AMENAZADO...”

adecuada”. De esta manera, el documento *Corpus hippocraticum*, define la palabra droga como: “Una sustancia que actúa enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo, relajando, excitando o haciendo dormir. En su naturaleza está curar al organismo amenazado”. La visión del mundo romano respecto a la droga fue plasmada en la Ley Cornelia, promulgada durante la dictadura de Lucio Cornelio Sila. Fue también conocida como “*Lex Cornelia de sicariis et veneficis*” (Ley Cornelia sobre apuñaladores y envenenadores), y estuvo vigente desde los tiempos republicanos hasta la decadencia. En uno de sus capítulos se estipularon las normas sobre brujería, apuñalamiento y envenenamientos. En lo que concernía al tema de las drogas esta ley afirmaba: “Droga es una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar, como lo que sirve para curar y para los filtros de amor. Esta Ley solo reprueba lo usado para matar” (3)

La farmacología definió en forma clásica el término droga para “designar un medicamento en estado bruto, tal como se encuentra en la naturaleza”. Posteriormente,

el área de la química farmacéutica y la farmacia la consideraría como “un producto derivado de algún tipo de manipulación química” (4).

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un criterio puramente farmacológico, dio la siguiente definición de droga: “Toda sustancia que introducida a un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Este concepto primó internacionalmente durante más de una década y se tomó como término sinónimo de fármaco. Tanto la literatura como la práctica médica inglesa mantuvieron tal interpretación y adoptaron por lo tanto el término *drug* como un equivalente de fármaco. No obstante, en algunas ocasiones se utiliza como homólogo de medicamento (5).

En 1982, la OMS conceptuó y delimitó los parámetros y las características alrededor del término droga, separando aquellas sustancias que potencialmente pudieran producir dependencia. De esta forma se creó el término “droga de abuso”, el cual se refiere a aquella “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos, susceptible de ser autoadministrada y que es capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento” (5).

De acuerdo con esta delimitación dada por la OMS, el lenguaje médico-científico utilizó la expresión droga para definir las sustancias que cumplieran con las siguientes condiciones:

- Una vez introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas.

EL TÉRMINO "DROGA DE ABUSO" SE UTILIZA PARA DESIGNAR AQUELLAS SUSTANCIAS CON ACTIVIDAD PSICOACTIVA Y POTENCIAL ADICTIVO, QUE PARA SU PRODUCCIÓN Y USO SUFREN ALGÚN TIPO DE MANIPULACIÓN QUÍMICA.

- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan mediante una acción reforzadora positiva.
- El cese de su consumo puede dar lugar a un malestar somático o psíquico, creando una dependencia psíquica o física.
- No tienen ninguna indicación médica y cuando la tienen, son utilizadas con fines no terapéuticos.

A partir de la década del 2000, la literatura anglosajona sugirió reemplazar la expresión droga de abuso por sustancia psicoactiva, argumentado que muchos productos que no son fabricados para el consumo humano como los solventes orgánicos (inhalables, pegantes, etc.) o incluso materiales vegetales naturales sin ningún tipo de manipulación química (cannabis, yagé, yopo, peyote, hongos), también tenían la capacidad de producir trastornos de gran potencialidad por abuso o, de igual forma, generar dependencia.

En la actualidad, a nivel internacional se trata de emplear el término "sustancia psicoactiva" para generalizar distintos tipos de sustancias sin tener en cuenta su origen, ya sea natural, semisintético o sintético. De esta manera, el patrón que permite tal generalización sustancial es la capacidad de modificar funciones psíquicas en un organismo vivo. Por otro lado, el término "droga de abuso" se utiliza para designar aquellas sustancias con actividad

psicoactiva y potencial adictivo, que para su producción y uso sufren algún tipo de manipulación química.

PRECISIONES TÉCNICAS ACERCA DE LOS TÉRMINOS DOSIS, DOSIS MÍNIMA Y DOSIS PERSONAL

El término dosis es un concepto propio de la farmacología, la toxicología, la química, la biología y, en general, de las ciencias de la salud, así como de la medicina, tanto humana como veterinaria.

El concepto de dosis, desde el punto de vista de la toxicología, se entiende como la cantidad de una sustancia a la cual un organismo vivo es expuesto o le es administrada en un periodo de tiempo determinado. Esta dosis se deduce a partir de la relación con el peso o el índice de masa corporal (IMC) del individuo. Usualmente, la dosis se relaciona con la cantidad total de una sustancia absorbida por un organismo mediante una vía específica de exposición o administración (6, 7).

Adicionalmente, el término de dosis incluye definiciones específicas como:

- Concepto dosis-efecto: se refiere a la expresión gráfica y matemática de la relación entre la cantidad de una sustancia administrada a un individuo y la magnitud del efecto que produce la sustancia en tal individuo (8).

- Concepto dosis-respuesta: es una definición toxicológica poblacional que se refiere a la expresión gráfica de la relación entre la cantidad de una sustancia administrada a una población y la proporción de individuos que presentan un efecto determinado (6, 8).

Igualmente, es pertinente aclarar que la dosis administrada a un individuo depende de la intencionalidad o las circunstancias en que se produzca. De esta forma, la dosificación se puede dividir en: terapéutica, tóxica o letal (7-9).

- Dosis terapéutica, entendida como la cantidad de sustancia que, administrada a un ser vivo, produce un efecto terapéutico benéfico o deseable en el individuo. Dentro del contexto de las ciencias de la salud y la ética médica, es aquella cantidad de una sustancia que prescribe un terapeuta (un médico generalmente) de forma individualizada por un tiempo limitado, para alcanzar un efecto benéfico en ese individuo (8, 10).
- Dosis tóxica, definida como la cantidad de sustancia que administrada a un ser vivo produce algún efecto dañino en su fisiología bioquímica o anatomía (9, 11).
- Dosis letal, comprendida como la cantidad de sustancia que, administrada a un individuo o a una población homogénea, produce la muerte en la totalidad o en una parte de la población expuesta (9, 11). Para este tipo de clasificación, se han determinado mediante experimentación animal las siguientes dosis letales equivalentes: 100 (dL100), 50 (dL50) y 75 (dL75). En un orden respectivo, la primera es aquella cantidad de sustancia que administrada a una población homogénea, produce la muerte en la totalidad de los individuos expuestos. La segunda se refiere a

aquella cantidad de sustancia que administrada a una población homogénea, produce la muerte en el 50% de los individuos expuestos. La última alude a aquella cantidad de sustancia que administrada a una población homogénea, produce la muerte en el 75% de los individuos expuestos (6, 7).

En resumen, se puede concluir que teniendo en cuenta las anteriores definiciones, el grado de toxicidad y la gravedad causadas por una sustancia o un medicamento sobre un individuo son inherentes a las propiedades toxicológicas de la sustancia y a las características individuales de la persona. De igual manera, la cantidad administrada se encuentra en relación directa con el peso del individuo y actúa en función de una unidad de tiempo.

EFFECTOS EN LA SALUD POR CONSUMO DE DROGAS: LA EVIDENCIA MÉDICA

El consumo de sustancias psicoactivas, tanto en forma aguda como en forma crónica (adictiva), ha sido relacionado con diferentes alteraciones que comprometen en forma negativa múltiples sistemas y órganos del individuo consumidor, generando patologías de carácter irreversible e incluso la muerte.

De acuerdo con la forma o el patrón con el cual se consume una sustancia (agudo o crónico), los efectos de las drogas se clasifican de manera general en: sobredosis, intoxicación aguda, secuelas a largo plazo o intoxicación crónica y dependencia. A continuación se define cada uno de ellos:

- La sobredosis es la administración (voluntaria o involuntaria) de una sustancia en cantidades excesivas y

en un periodo de tiempo relativamente corto, lo cual potencialmente puede originar desde alteraciones severas de las funciones fisiológicas hasta la muerte del individuo (12, 13).

- La intoxicación aguda es el concepto mediante el cual se define la administración (voluntaria o involuntaria) de una determinada cantidad de sustancia que produce daños en la fisiología, bioquímica o en la anatomía de un ser vivo, generalmente en las primeras 48 horas siguientes al contacto con el tóxico (13, 14).
- La intoxicación crónica hace referencia a los efectos producidos a largo plazo en un individuo, secundarios a la exposición frecuente y a la administración (voluntaria o involuntaria) de una cantidad de sustancia. Este tipo de intoxicación es causada en general por dosis bajas o subtóxicas. A menudo los efectos se presentan después de meses o años de estar en contacto con el tóxico (15).
- La dependencia se caracteriza por el consumo repetido, compulsivo e incontrolable de una o varias drogas, cuya consecuencia es la distorsión del funcionamiento normal del individuo y de su entorno familiar, académico, laboral y de convivencia social. Se podría afirmar que en esta situación “el individuo no consume por el placer de vivir, sino que vive para consumir” (16).

La evidencia médica ha demostrado que el consumo de sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, es potencialmente tóxico y adictivo. Por ejemplo, el alcohol, la sustancia psicoactiva legal más consumida en el mundo, afecta prácticamente todos los órganos del cuerpo tanto en forma aguda como en forma crónica (17, 18). Esta sustancia está considerada y clasificada como cancerígena; así ha sido comprobado en humanos al asociarse con diversos tipos de cáncer (19).

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, TANTO EN FORMA AGUDA COMO EN FORMA CRÓNICA (ADICTIVA), HA SIDO RELACIONADO CON DIFERENTES ALTERACIONES QUE COMPROMETEN EN FORMA NEGATIVA MÚLTIPLES SISTEMAS Y ÓRGANOS DEL INDIVIDUO CONSUMIDOR, GENERANDO PATOLOGÍAS DE CARÁCTER IRREVERSIBLE E INCLUSO LA MUERTE.

El tabaco, otra sustancia legal, es la segunda más consumida en el mundo (20); afecta la gran mayoría de sistemas orgánicos produciendo diversas patologías. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), definida como una enfermedad inflamatoria del tracto respiratorio y el parénquima pulmonar, que cursa con obstrucción crónica progresiva generalmente irreversible del flujo aéreo, está relacionada con el tabaquismo como su principal factor causante (21). El tabaquismo también se ha relacionado con otras altera-

ciones como cambios en los lípidos plasmáticos, aterosclerosis, trastornos de la coagulación y trombosis, entre otros. El consumo de tabaco está considerado por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) como un agente comprobadamente cancerígeno para el humano y está asociado con el cáncer de bronquio; adicionalmente, presenta una estrecha relación

etiología con otros tipos de cáncer como el de laringe, esófago y vejiga (22, 23).

Por su lado, la marihuana es la sustancia psicoactiva ilegal de mayor consumo en el mundo (20). Su consumo adictivo ha sido asociado particularmente con alteraciones neuropsicológicas en adolescentes, déficit inmunológico y un alto riesgo de desarrollar alteraciones mentales psicóticas a cualquier edad (24, 25).

En lo que concierne a la planta de coca, el consumo de sus derivados (clorhidrato de cocaína, pasta base de coca, *crack* y basuco) se asocia con alteraciones cardiovasculares severas, aumento en la tasa de intentos de suicidio y cuadros de hemorragia intracerebral. Cuando es consumida en forma de basuco o *crack*, son frecuentes las alteraciones broncorrespiratorias debido a la gran cantidad de contaminantes que estas presentaciones contienen y al método de uso, es decir fumado (26, 27).

La heroína es considerada como una de las sustancias con mayor potencial adictivo. Su uso, al ser realizado por vía inyectada, está relacionado con contaminación de las jeringas por uso compartido y la consiguiente aparición de enfermedades como hepatitis C e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Adicionalmente, se incluye como una complicación frecuente la aparición del síndrome de abstinencia en hijos recién nacidos de madres consumidoras de heroína. La sobredosis de esta sustancia puede ocasionar muerte por depresión respiratoria o coma en el individuo. Igualmente, su consumo adictivo produce deficiencias inmunológicas severas con mayor susceptibilidad en individuos que padecen infecciones (28, 29).

El consumo de ácido lisérgico (LSD) se asocia con alteraciones psicodislépticas y modificaciones de funciones psicológicas como: la percepción subjetiva del tiempo, el umbral emocional frente a los estímulos externos, y la organización del pensamiento, lo que provoca profusión de ideas desorganizadas seguida de incapacidad para trasladarlas al lenguaje verbal. Adicionalmente, la evidencia científica ha mostrado que el LSD es capaz de generar tanto tolerancia como dependencia psíquica y afecta la esfera visual (30, 31).

Las denominadas “drogas sintéticas”, son las sustancias que presentan un mayor incremento de consumo en el mundo, especialmente en la población joven. Los análogos de las anfetaminas, como por ejemplo, la metilendioximetanfetamina (éxtasis) y la metanfetamina (MA), han sido relacionados con toxicidad cardíaca, cerebrovascular y potencialmente la muerte (32, 33).

Por último, es pertinente concluir que la evidencia médico-científica comprueba que todas las sustancias psicoactivas conocidas son potencialmente tóxicas para los consumidores sin importar la edad; es decir, niños, adolescentes y adultos pueden ser afectados por ellas. De igual manera, producen repercusiones de forma indirecta cuando son consumidas por una mujer en periodo de gestación, generando efectos adversos en el feto y en el recién nacido.

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y LEGALES DE LA LEGISLACIÓN Y LA JURISPRUDENCIA

Pese a que el porte y consumo de sustancias estupefacientes conlleva una fuerte carga social y efectos adversos para la salud, especialmente cuando su uso se presenta de manera abusiva o dependiente —tal y

como lo hacen 484.109 colombianos en la actualidad (34)—, la legislación y la jurisprudencia, al momento de pronunciarse sobre la materia, han obviado las consideraciones técnico-científicas de disciplinas de la salud comprometidas en la temática para centrarse en argumentos de carácter iusfilosófico al momento de propugnar por la despenalización de la “dosis personal de consumo de drogas” en defensa de las libertades individuales. La Constitución de 1991 consagra la libertad en los artículos 13 y 28, como derechos que revisten un carácter universal y fundamental, cuyo único límite es el respeto de los derechos ajenos; así como el derecho al libre desarrollo de la personalidad, que se encuentra contenido en el artículo 16 de la Carta Política.

La legislación en materia de estupefacientes, en sus orígenes, ostentaba un carácter penal, tal y como se evidenciaba en los artículos 51 y 87 de la Ley 30 de 1986, los cuales fueron declarados inexecutable mediante sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional. El primero obligaba al individuo a recuperarse de una enfermedad de la cual el mismo no deseaba recuperarse, violentando de esta manera los derechos fundamentales del toxicómano en cuestión, y el segundo, porque obligaba al toxicómano a verse privado de la libertad, hasta haberse “curado” de su enfermedad. Así mismo, poseían un matiz penal los artículos 4 —declarado inexecutable mediante sentencia C-040 del 2006— y 5 del Decreto 1136 de 1970 (“por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social”); el primero de estos, referente a la necesidad de un proceso de rehabilitación obligatorio en manos de personal médico a raíz de la alteración del orden público por personas sometidas a un estado de intoxicación; el segundo, referente a la obligación de los hospitales, clínicas o frenocomios públicos de mantener pabellones especiales para recluir

a las personas sujetas a las medidas de protección social de que trata el decreto.

En materia punitiva del consumo de sustancias estupefacientes, es relevante mencionar el artículo 11 de la Ley 1453 de 2011 (el cual modifica el art. 376 del Código Penal), que establece en su segundo párrafo: Si la cantidad de droga no excede de mil (1.000) gramos de marihuana, doscientos (200) gramos de hachís, cien (100) gramos de cocaína o de sustancia estupefaciente a base de cocaína o veinte (20) gramos de derivados de la amapola, doscientos (200) gramos de droga sintética, sesenta (60) gramos de nitrato de amilo, sesenta (60) gramos de ketamina y GHB, la pena será de sesenta y cuatro (64) a ciento ocho (108) meses de prisión y multa de dos (2) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes (35).

Este artículo fue declarado exequible de forma condicional por la Corte Constitucional, mediante sentencia C-491 de 2012, “en el entendido de que no incluye la penalización del porte o conservación de dosis, exclusivamente destinada al consumo personal, de sustancia estupefaciente, psicotrópica o droga sintética, a las que se refiere el precepto acusado” (36).

La Corte Constitucional ha fundamentado los derechos a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad, como marco de argumentación al momento de pronunciarse sobre la temática de porte y consumo de estupefacientes en la sentencia C-442 de 2001, precisando que:

... la libertad constitucional protege tanto las expresiones socialmente aceptadas como las que son inusuales, alternativas o diversas, lo cual incluye las expresiones ofensivas, chocantes,

impacientes, indecentes, escandalosas, excéntricas o simplemente contrarias a las creencias y posturas mayoritarias, ya que la libertad constitucional protege tanto el contenido de la expresión como su tono (37).

Asimismo, determina que:

... el legislador no puede válidamente establecer más limitaciones que aquellas que estén en armonía con el espíritu de la Constitución. La primera consecuencia que se deriva de la autonomía, consiste en que es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo. Si a la persona se le reconoce esa autonomía, no puede limitársela sino en la medida en que entra en conflicto con la autonomía ajena (38).

De igual forma, la Corte Constitucional se ha valido de un concepto de libertad kantiano para mantener la despenalización de la llamada “dosis mínima de drogas”, concibiéndose la libertad para Kant como la capacidad del hombre para perfeccionarse durante toda su vida, ya que este no está programado por lo naturaleza; es decir, el hombre crea su propia historia a partir de sus decisiones, que pueden oscilar entre lo que él considere de manera moral como bueno o malo, siendo esta moralidad interna. De esta manera, el hombre tiene la facultad de realizar cualquier acción, siempre y cuando esta no afecte a los demás individuos.

Ahora bien, esto se entiende enmarcado en el concepto de *imperativo categórico*, el cual fue postulado por Kant (en su *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*) como un mandamiento autónomo y autosuficiente, que desprendido de la razón únicamente es capaz de regir todo el comportamiento humano. De este pueden

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
NO SOLO ES DAÑOSO PARA EL CUERPO Y
LA MENTE DEL TOXICÓMANO, SINO QUE
A SU VEZ AFECTA SU ENTORNO FAMILIAR
Y EL DEBER MORAL QUE TIENE ESTE DE SER
PRODUCTIVO PARA LA MISMA A TRAVÉS DEL
APROVECHAMIENTO DE SUS CAPACIDADES.

colegirse dos afirmaciones: la primera, que el hombre debe obrar siempre de forma que pueda desearse que la máxima de sus acciones se convierta en una ley universal; y la segunda, que el hombre debe obrar siempre de tal modo que use la humanidad, tanto en sí mismo como en cualquier otro, siempre como un fin, y nunca solo como un medio. Así pues, Kant considera que lo verdaderamente moral es una serie de imperativos que no están condicionados a nada más que a nuestra condición de humanos racionales, la cual nos manda a cumplir o llevar acabo dichos imperativos. Todo esto resumido en la máxima latina *Sapere aude* (atrévete a saber).

En sentido opuesto, los magistrados que realizaron salvamento de voto criticaron este concepto, desde una perspectiva de libertad tomista, esgrimiendo como argumento que el consumo de sustancias psicoactivas no solo es dañoso para el cuerpo y la mente del toxicómano, sino que a su vez afecta su entorno familiar y el deber moral que tiene este de ser productivo para la misma a través del aprovechamiento de sus capacidades. Desde esta perspectiva, la libertad es entendida como la valentía que poseen aquellos hombres que se deciden por hacer lo justo, lo correcto y para el bien de todos, frente a lo cual

reciben como beneficio “algo” a cambio como muestra de agradecimiento por su esfuerzo, valentía y bondad. Es decir, esta libertad en sentido tomista se entiende como la capacidad de actuar de acuerdo con la propia voluntad, en tanto estas actuaciones no afecten el ámbito y fuero externo de las demás personas, ni el fuero interno del individuo que ejerce la libertad, pues todas sus acciones deben encontrarse dirigidas a la realización personal y a la búsqueda del bienestar común social.

En relación con lo anterior, es pertinente mencionar que si bien las conductas de consumo y porte de la dosis personal han sido despenalizadas para las drogas psicoactivas a través de esta línea jurisprudencial, esto no equivale a considerar que estas han sido legalizadas, en tanto que la despenalización implica solamente la abolición de sanciones de carácter penal que acarrear la realización de la conducta punible; mientras que la legalización implica la abolición de cualquier tipo de sanción y la permisión de las conductas antes prohibidas (producción, porte, venta y consumo), así como la liberación de todos aquellos condenados por estos delitos, en función de la retroactividad que favorece al procesado en el derecho penal, pues esta adicionalmente implica la regulación de toda la cadena de producción y consumo (39). De aquí surge una aparente contradicción, pues aunque se despenaliza el consumo de la sustancia psicoactiva, se mantiene la prohibición punitiva sobre la producción y venta del producto, lo que no solo puede convertir al consumidor en un cómplice de su distribuidor, sino que lo despoja de toda posibilidad de procurarse a sí mismo la droga que puede usar por ley de manera legal.

Por otro lado, es necesario retornar al tema del drogadicto como enfermo, pues en virtud de la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, el toxicómano no solo ha dejado de ser considerado como un delincuente, sino que ha

pasado a ser considerado como un enfermo, tal y como lo precisa la Corte Constitucional en la sentencia T-814 de 2008, en donde se explicita: “la drogadicción crónica es una enfermedad psiquiátrica que requiere tratamiento médico en tanto afecta la autodeterminación y autonomía de quien la padece, dejándola en un estado de debilidad e indefensión que hace necesaria la intervención del Estado en aras de mantener incólumes los derechos fundamentales del afectado” (40); de la misma manera, en la sentencia T-684 de 2002, la Corte Constitucional “estableció que en materia de adicción a sustancias psicoactivas el individuo tiene derecho a ser beneficiario de los programas de salud que ofrece el Estado” (41).

En cuanto a la dosis personal, la Ley 30 de 1986 la definió como:

La cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o de cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuanto tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad (42).

Es pertinente mencionar que los artículos 51 y 87 de esta Ley fueron declarados inexecutable mediante sentencia la C-221 de 1994.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, la sentencia C-221 de 1994, no solo marcó el punto de

inicio en una nueva línea jurisprudencial a favor de la despenalización del consumo de drogas y el rompimiento con la doctrina de la derogada Constitución de 1886 en materia de drogas, sino que tal y como lo estipula el demandante Alexandre Sochandamandou, es el punto de partida para evitar que el porte de la dosis mínima llevara a la judicialización del individuo. De esta manera, la demanda de inconstitucionalidad tiene en sí misma dos pretensiones: en primer lugar, evitar la judicialización por porte de la dosis mínima del individuo y, en segundo lugar, eliminar las estipulaciones que la ley considera como dosis mínima en el artículo 2, literal j. El demandante argumentó que las normas acusadas violan principios constitucionales tales como: el derecho a la igualdad, a la autonomía de la persona y al libre desarrollo de la personalidad. La demanda dio como resultado la declaración de exequibilidad del artículo 2 literal J de la Ley 30 de 1986 y la declaración de inexecutable de los artículos 51 y 87.

La Corte Constitucional, en el desarrollo de la sentencia C-221 de 1994, esgrimió como principal argumento para la defensa del porte y el consumo de la dosis personal el derecho al libre desarrollo de la personalidad, reconocido como un derecho “absoluto” —al interior de la misma—; sin embargo, en múltiples ocasiones la jurisprudencia se ha pronunciado, negando la existencia de derechos y libertades absolutos (43-45). Frente a esta argumentación, el salvamento de voto precisa que al tomar este derecho como punto de partida, se abre el camino a la legalización de otras conductas, por su pertenencia al fuero interno del individuo, tal y como lo es el aborto. Más recientemente, la Corte Constitucional, mediante sentencia C-574 de 2011, se pronunció en relación con el Acto Legislativo 2 de 2009, al ser demandada por inconstitucional la expresión: “El porte y el consumo

de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica”, bajo el argumento de que violenta las garantías constitucionales y contraría un derecho adquirido a través de la sentencia C-221 de 1994. Frente a esta demanda, la Corte resolvió declararse “inhibida” para resolver la demanda presentada en contra de dicha expresión.

Finalmente, es oportuno resaltar la necesidad de que la legislación y la jurisprudencia determinen unos parámetros claros que eliminen la contradicción que hay entre permitir el consumo a través de la “dosis personal”, y penalizar su producción, transporte y venta. Dicho de otro modo, aunque se le permite al enfermo usar la droga que “mitiga su dolor”, no se le brindan mecanismos legales para obtenerla, por lo cual se le impulsa a formar parte de la cadena productiva del narcotráfico.

En resumen, se puede afirmar que las argumentaciones filosóficas que han presentado la legislación y la jurisprudencia sobre la temática del consumo de drogas, y especialmente sobre la “dosis mínima de uso personal” han dejado a un lado las consideraciones técnico-científicas de las ciencias de la salud en torno a esta temática, las cuales se consideran fundamentales ya que hacen parte del propio asunto en cuestión. Esto resulta, en consecuencia, contradictorio, pues aunque la ley considera que el drogadicto debe recibir el trato de un enfermo mental, la jurisprudencia y las normas se han olvidado de acoger y de tomar en especial consideración los conceptos y análisis médicos y toxicológicos en la materia, para poder así emitir su veredicto jurídico al momento de fallar en un caso relacionado con el porte y uso de la “dosis mínima”.

LA BIOÉTICA ES EXPRESIÓN DE UNA RAMA DE LA ÉTICA QUE SE DEDICA A PROVEER O APORTAR PRINCIPIOS PARA UNA CONDUCTA CORRECTA DE LOS SERES HUMANOS EN EL ABORDAJE DE LA VIDA, EN TANTO SE RELACIONA CON LA VIDA MISMA DE OTRAS ESPECIES, COMO CON EL AMBIENTE EN EL CUAL SE SUSTENTAN LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA SU EXISTENCIA.

LA BIOÉTICA EN EL CONTEXTO DE LA DOSIS PERSONAL DE DROGAS

La bioética, en palabras de Maldonado, “es la expresión de un interés creciente, en general, por la vida y los sistemas vivos. Lejos de ser una disciplina consolidada y estática, ella ha producido otras áreas que al mismo tiempo que la complementan y la desarrollan, también la superan ampliamente” (46). Es decir, la bioética es expresión de una rama de la ética que se dedica a proveer o aportar principios para una conducta correcta de los seres humanos en el abordaje de la vida, en tanto se relaciona con la vida misma de otras especies, como con el ambiente en el cual se sustentan las condiciones necesarias para su existencia. Ahora es importante preguntarse ¿cómo abordar esta variante del pensamiento ético y cuál es su función en relación con la ciencia médica y el problema de la normatividad en estupefacientes?

Por un lado, Ruiz Retegui (47) nos dice que uno de los primeros problemas con el que se ha enfrentado históricamente la reflexión ética es “el problema de la multiplicidad, divergencia e incluso oposición de pautas éticas en las diversas sociedades entre lo que es bueno o es malo, entre lo que debe hacerse o lo que no debe hacerse”. Adicionalmente, sostiene que por esta vía caminó el pensamiento humano hasta el siglo XVII, momento en el que irrumpió un nuevo modo de pensar y de afrontar las cuestiones decisivas de la existencia humana.

Sobre este mismo aspecto, Ponz afirma que el hombre desea tener un conocimiento verdadero de la realidad y encontrar una respuesta válida a muchos interrogantes (48). Igualmente, Ruiz Retegui sostiene que:

Las ciencias experimentales nacen íntimamente unidas al deseo de saber, pretenden un conocimiento sobre el cómo se producen los fenómenos y pretenden encontrar leyes de su funcionamiento. Es la Ciencia la que dice que inhalando tal compuesto, que sigue tal proceso en el organismo, sucede una determinada respuesta; pero de suyo es un saber que ni puede ni pretende decir nada sobre la bondad y malicia de ese fenómeno: no puede pronunciarse sobre los fines. La ética del conocimiento científico exige reconocer este límite de las ciencias experimentales (49).

La Conferencia General de la Unesco, realizada en octubre de 2005, emitió la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (50). Algunos de sus apartes hacen referencia al tema de las cuestiones éticas en la medicina y las ciencias de la salud. En su artículo 1, se definen sus alcances, precisando que: “la Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales”. En

su artículo 2, se precisan los objetivos, dentro de los cuales se incluye: a) Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética. c) Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos. e) Fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto.

De acuerdo con lo consignado en la Declaración universal sobre bioética, especialmente en los literales c) y e) del artículo 2, es posible afirmar que realmente en la normatividad, la legislación y la jurisprudencia, no se tuvieron en cuenta aspectos nucleares y esenciales relacionados con las drogas de abuso como su potencial toxicidad y las consecuencias que estas acarrearán sobre la salud del individuo consumidor, las cuales han sido evidenciadas médicamente a través de la experimentación animal, los estudios epidemiológicos y los ensayos clínicos controlados en humanos y que, a su vez, se relacionan con los mecanismos toxicológicos y la génesis del proceso adictivo característicos de cada una de estas drogas.

En el contexto de la bioética es pertinente tener en cuenta que si bien es cierto, como afirma Retegui, que la ciencia debe reconocer un límite para pronunciarse sobre lo bueno o lo malo, también es cierto que quienes se pronuncian sobre los aspectos éticos y regulan las normas de una sociedad, deberían tener en cuenta los conocimientos científicos proporcionados por las ciencias

experimentales y básicas al momento de normativizar y regular sobre algún aspecto o temática específica de interés para el común de una sociedad.

Colombia es un país en donde se evidencia la omisión del punto de vista científico al momento de legislar. Es importante reiterar que la Ley 30 de 1986, que habla sobre el consumo y porte de drogas de abuso, el pronunciamiento de la rama judicial a través de la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia sobre este mismo aspecto y sobre la dosis mínima, y, por último, la fijación de cantidades permitidas de consumo, han sido aspectos en los cuales no se empleó ningún sustento científico. Por tanto, se desconocieron de manera expresa varios aspectos relacionados con las evidencias médicas y el conocimiento técnico-científico sobre esta temática.

REFLEXIONES FINALES A MANERA DE CONCLUSIÓN

Al examinar a la luz de las ciencias médicas y de la salud la normatividad sobre la dosis personal mínima de consumo de drogas permitida en Colombia, se encuentran vacíos, inconsistencias, imprecisiones e inconveniencias, las cuales se presentan enseguida a manera de conclusión.

Inconsistencias, imprecisiones, vacíos e inconveniencias técnico-científicos

- El término “dosis mínima personal para uso de drogas”, incluido en la legislación nacional y en la jurisprudencia sobre el tema, es impreciso técnicamente dado que este concepto, tal como es utilizado,

no tiene en cuenta las características propias de los individuos (sexo, talla, edad, etc.), ni las características toxicológicas de cada sustancia sobre la cual se pronuncia. De igual manera, no contempla una unidad de tiempo por la cual se deba consumir esta cantidad autorizada de droga. Desde el punto de vista médico y toxicológico, autorizar el uso de una sustancia por una persona, sin tener en cuenta sus características individuales y sin un límite de tiempo definido, no solamente representa una inconsistencia y un vacío técnico-científico, sino una verdadera inconveniencia y transgresión de los principios éticos e incluso de los mismos derechos humanos del individuo.

- En relación con la “dosis de drogas para uso personal” determinada en el artículo 33 de la Ley 30 de 1986, modificada por el artículo 17 de la Ley 365 de 1997, y declarada exequible por la sentencia C-221 de la Corte Constitucional, no se presentan argumentos válidos desde el punto de vista técnico, ni soportes científicos que expliquen y sustenten la fijación de determinadas cantidades para suministrar cada una de las drogas reguladas en la legislación y la jurisprudencia. Igualmente, no hay soportes para dilucidar y tener la seguridad de que utilizando esas cantidades autorizadas no se presentarán efectos adversos en la salud del individuo consumidor.
- Por otra parte, cuando la legislación y la jurisprudencia establecen la cantidad límite de consumo personal teniendo en cuenta exclusivamente el peso de la sustancia como tal, es necesario comprender que esta disposición alberga en sí una importante imprecisión técnica y un vacío científico, dado que no todos los grupos de drogas tienen la misma concentración. Así por ejemplo, en los estupefacientes a base de

cocaína, 1 gramo de esta sustancia (tal y como está determinado en la normatividad) en forma de clorhidrato tiene concentraciones del alcaloide superiores al 90%, mientras que en forma de sulfato de cocaína tiene concentraciones del alcaloide entre 40 y 60 %, y en el basuco la concentración está en el rango de 15 a 30 %. Esta misma imprecisión en las equivalencias de la concentración de drogas, se presenta cuando se trata de analizar los límites determinados para la heroína o la marihuana.

La ética médica y la dosis personal de drogas

- Los principios universales de la ética médica consideran que la prescripción de una sustancia o un medicamento por parte de un profesional facultado, debe tener siempre como premisa fundamental e ineludible: buscar fines benéficos, curativos y procurar que la prescripción tenga el mínimo de riesgo para la salud del individuo que la recibe. Estos principios son universales, de manera que deben ser tenidos en cuenta por los Estados y sus autoridades al permitir o negar el uso de sustancias que pongan en riesgo la salud de su población.
- Al autorizar el Estado el consumo por parte de la población de un grupo de sustancias como la cocaína, marihuana, metacualona y heroína, las cuales han sido plenamente comprobadas por la investigación científica como tóxicas para la salud humana, se presenta una inconveniencia grave que riñe con los principios universales de la ética, en el sentido en que se estaría autorizando el uso de diversas sustancias que han sido evidenciadas científicamente como agentes tóxicos y de alto riesgo para la salud del ser humano.

Inconsistencias de la legislación y la jurisprudencia

- La legislación y la jurisprudencia han abordado recientemente la temática del consumo de drogas con un enfoque de salud pública, haciendo énfasis en las acciones preventivas y de promoción de estilos de vida saludable. Sin embargo, al momento de pronunciarse sobre la temática de la dosis personal del consumo de drogas, privilegian las consideraciones puramente filosóficas y jurídicas.
- Al autorizar el consumo personal de determinadas cantidades de sustancias como la marihuana, cocaína, metacualona y heroína, por las que al mismo tiempo se penaliza su producción, transporte y venta en cualquier cantidad, se convierte al individuo consumidor en una parte de la cadena productiva ilegal del narcotráfico, al no haber mecanismos legales para obtenerla.
- Una tercera contradicción que se observa en la jurisprudencia de la Corte Constitucional es la planteada a través de la sentencia T-814 de 2008, en donde la drogadicción crónica es considerada una enfermedad psiquiátrica que afecta la autodeterminación y la autonomía de quien la padece; sin embargo, se mantiene y se autoriza el consumo personal de drogas (incluso a los drogadictos), fundamentándose en el libre desarrollo de la personalidad, la libertad y la autodeterminación del individuo.
- Por último, es pertinente señalar una inconsistencia técnico-científica en la legislación y la jurisprudencia, al autorizar el consumo de un grupo de sustancias psicoactivas en determinada cantidad por tiempo

indefinido, desconociendo de esta manera la evidencia en la cual se relaciona la aparición del fenómeno adictivo con el consumo continuado y prolongado de una sustancia con potencial adictivo.

REFERENCIAS

1. Escohotado A. La antigüedad remota. En *Las drogas de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza editorial; 1994.
2. Escohotado A. La antigüedad remota. En *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Editorial Anagrama; 1996.
3. Louzan de Solimano ND. Tiberio Sempronio Graco y Cayo Graco: los tribunos mártires y su revolución social [Internet] [Visitado 2014 enero 30]. Disponible en: <http://www.salvador.edu.ar/tiberio1.htm>
4. Del Moral Martín L, Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
5. World Health Organization. WHO Expert Committee on Drug Dependence – WHO Technical Report Series, No. 915 – Thirty-third Report. Geneva: ONU; 2003.
6. Repetto Jiménez M, Repetto Kuhn G. Conceptos y definiciones: toxicología, toxicidad. En *Toxicología fundamental*. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
7. Duffus JH N, Templeton DM. Glossary of terms used in Toxicology (IUPAC recommendations). Bethesda: U.S. Department of Health & Human Services; 2007.
8. Hayes AW. Principles and methods of Toxicology. New York: Taylor and Francis; 2001.
9. Eaton D, Klaassen C. Principles of Toxicology. En: *Essentials of Toxicology*. New York: Casarett&Doull's, McGraw-Hill Companies, Inc; 2003.

10. Lees P, Cunningham FM, Elliott J. Principles of pharmacodynamics and their applications in veterinary pharmacology. *J Vet Pharmacol Ther.* 2004;27(6):397-414.
11. Mencías E, Mayero LM, Torrecilla JM. Toxicocinética. En: *Manual de Toxicología Básica* (pp. 25-43). Madrid: Díaz de Santos; 2000.
12. Olson K. Comprehensive evaluation and treatment: Emergency evaluation and treatment. In *Poisoning & drug overdose*. McGraw-Hill Companies, Inc; 1999.
13. Cárdenas K, Téllez M, Erley O. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias por intoxicación aguda con sustancias psicoactivas. Bogotá DC. Julio de 2010-Junio de 2011. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.* 2012;60(4):225-233.
14. Barile F. Therapeutic monitoring of adverse drug reactions. En: *Clinical Toxicology: principles and mechanisms*. United States of America: CRC PressLLC; 2004.
15. Peña L, Arroyave C, Aristizábal J, Gómez U. Alcoholes y sustancias de abuso. En: *Toxicología clínica* (pp. 337-452). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB); 2010.
16. Velásquez E. Conceptos básicos y clasificación en adicciones. En: *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB-); 2013. p. 49-76.
17. World Health Organization (WHO). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: ONU; 2010.
18. Téllez Mosquera J, Cote Menéndez M. Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Unal.* 2006;54(1):32-47.
19. Téllez J. Evidencias médicas en la relación alcohol y cáncer. En: *Téllez J. Aspectos toxicológicos, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia; 2012. p. 181-188.
20. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2010*. Vienna: ONU; 2011.
21. Rodríguez JL, Calle M, Álvarez JL. Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En: *Lorenzo, Ladero, Leza, Lizasoain, editors. Drogodependencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 525-544.
22. Ladero JM. Tabaco y cáncer. En: *Ladero, Leza, Lizasoain editors. Drogodependencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 515-523.
23. Gresner P, Gromadzinska J, Wasowick W. Polymorphism of selected enzymes involved in detoxification and biotransformation in relation to lung cancer. *Lung Cancer.* 2007;57:1-25.
24. Tziraki S. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol.* 2012;54(12):750-760.
25. Tanasescu R, Constantinescu CS. Cannabinoids and the immune system: An overview. *Immunobiology.* 2010;215:588-597.
26. Bosch X, et al. Prevalence, Clinical Characteristics and Risk of Myocardial Infarction in Patients with Cocaine-Related Chest Pain. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63(9):1028-34.
27. Larrosa D, Carbajo C, Benavente L, Álvarez R, et al. Diagnóstico del ictus por cocaína y sus complicaciones. *Rev Neurol.* 2013;57(4):167-170.
28. National Institute on Drug Abuse. *Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2004*. NIH Pub. No. 05-5726. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.; 2005.
29. Araújo JC. VIH/Sida y adicciones. Aspectos clínicos. En: *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: CIB Fondo Editorial; 2013. p. 143-150.
30. Passie T, Halpern JH, Stichtenoth DO, Emrich HM, Hintzen A. The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *Neuroscience & Therapeutics.* 2008;14:295-314.
31. Fernández F, Lozano OM, Acedos B, Rojas A, Giné C, Moraes E, et al. Efectos asociados al policonsumo de drogas en fiestas rave. *Salud y Drogas.* 2012;12(1):35-56.

32. Shenouda SK, Carvalho F, Varner KJ. The Cardiovascular and Cardiac Actions of Ecstasy and its Metabolites. *Current Pharmaceutical Biotechnology*. 2010;11:470-475.
33. Masafumi T, Hironobu K, Yoko W, Kazuo H, Kei Y, Satoru M, et al. Water-restraint stress enhances methamphetamine-induced cardiotoxicity. *Chemico-Biological Interactions*. 2011;190:54-61.
34. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013. Colombia: ALVI impresores SAS; 2014.
35. Congreso de la República. Ley 1453 de 2011: artículo 1. *Diario Oficial*: 48110 de junio 24 de 2011. Bogotá D.C. (junio 24 de 2011).
36. Corte Constitucional, sentencia C-491 del 2012.
37. Corte Constitucional, sentencia C-442 del 2011.
38. Corte Constitucional, sentencia C-221 de 1994.
39. Congreso de la República. Código de extinción de dominio: Ley 1708 de 2014.
40. Corte Constitucional, sentencia T-814 de 2008.
41. Corte Constitucional, sentencia T-684 de 2002.
42. Congreso de Colombia. Ley 30 de 1986; art. 2; literal J). Estatuto Nacional de Estupefacientes.
43. Corte Constitucional, sentencia C-355 de 1994.
44. Corte Constitucional, sentencia C-475 de 1997.
45. Corte Constitucional, sentencia T-507 de 2012.
46. Maldonado CE. Bioética, biopolítica, bioderecho y bioeconomía: panorama práctico de la bioética. En: *Bioética y biojurídica*. Tunja: Uniboyacá; 2007.
47. Ruiz Retegui A. Naturaleza ética de la libertad humana. En: *Deontología Médica* [Internet]. España: Universidad de Navarra; 2002 [Visitado 2014 febrero 9]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/otrosunav.html#otrosunav>
48. Ponz F. Derechos y deberes respecto de la verdad. En: *Deontología Médica* [Internet]. España: Universidad de Navarra; 2002 [Visitado 2014 febrero 9]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/otrosunav.html#otrosunav>
49. Ruiz Retegui A. Ética del conocimiento científico: Introducción [Internet]. España: Universidad de Navarra; 2002 [Visitado 2014 febrero 9]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/otrosunav.html#otrosunav>
50. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 33ª Conferencia General. París: ONU; 2005.