

HABITANTES DE CALLE: CONSENSO SOCIAL PARA DESCONOCER SU SENTIDO PREEXISTENTE

*VIVIANA OSORIO OCAMPO**



STREET DWELLERS: SOCIAL CONSENSUS TO IGNORE THEIR PREEXISTING MEANING

RESUMEN

La Constitución de 1991 no previó una definición de habitante de calle, es por ello por lo que el legislador en la Ley 1641 de 2013 estableció dicha noción, debiéndose reconocer de antemano que no solo es vaga e imprecisa, sino que se quedó corta en su sentido deóntico, lo que conlleva a discriminaciones respecto de los habitantes de calle que ameritan un trato especial y no lo reciben, que sufren de alteración mental producto del consumo de sustancias psicoactivas, en contravía del respeto a la dignidad humana uno de los pilares del Estado social de derecho. Así las cosas, el Gobierno y las Altas Cortes se convierten en inventores de teorías humanas que justifican relaciones de exclusión o anulación de aquellos que no se adaptan a una convivencia consensual, que se inclinan a castigar y censurar y no corrigen, desconociendo el sentido preexistente al hombre que lucha contra él.

* Abogada de la Universidad Libre, Colombia, Especialista en Derecho Administrativo, Derecho Constitucional y Derecho Contractual de la Universidad del Rosario, Magíster en Derecho de la Universidad Sergio Arboleda y estudiante regular de los cursos válidos para el Doctorado en Derecho de la Universidad de Buenos Aires, se ha desempeñado como funcionaria en la Oficina de Control Interno, Oficina de Control Disciplinario Interno y asesora Despacho del Superintendente Nacional de Salud; en la Agencia Nacional de Minería; en el Fondo Nacional de Ahorro y en la Filarmónica de Bogotá y como contratista en Salud Total EPS y la Secretaria de Educación Distrital en la ciudad de Bogotá D. C.; e-mail: [vivianaosorio20@hotmail.com].

PALABRAS CLAVE: Habitante de calle; Sustancias psicoactivas; Política pública; Dignidad humana; Salud pública; Solidaridad; Morbilidad mundial y sentido preexistente al hombre.

ABSTRACT

The 1991 Constitution of Colombia did not foresee a definition of homeless, that is why the lawmaker declared that notion in literal d) of the second article of Law 1641 of 2013, should to recognize that's not only vague and imprecise if not short in its deontic meaning, which inexorably leads to discrimination against people who deserve special treatment because is the street their place of residence, does not receive it, most of them suffer a mental illness due to the consumption of psychoactive substances, against to respect for human dignity, one of the pillars of the social State of law. Thus, the Government and the Supreme Courts become in authors of human theories that justify relations of exclusion or annulment that people who are not adapted to a consensual coexistence, that only are inclined to punish and censure and do not correct, ignoring the preexisting sense to man who fights against him.

KEYWORDS: Homeless; Psychoactive substances; Public policy; Human dignity; Public health; Solidarity; Global morbidity and preexisting meaning to man.

Fecha de presentación: 5 de octubre de 2017. Revisión: 27 de octubre de 2017. Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2017.



Respecto del habitante de calle, se resalta que ante la ausencia de una definición constitucional que permitiera identificar a las personas que hacen parte de ese sector poblacional y por consiguiente, las que resultaban excluidas, la solución vino en apariencia por vía legislativa, toda vez que, como se vislumbra en el literal d) del artículo segundo de la Ley 1641 de 12 de julio de 2013¹, se entiende por tal a la “persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria”.

1 “Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones”, *Diario Oficial*, n.º 48.849, de 12 de julio de 2013, disponible en [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1641_2013.htm].

Con base en lo anterior, se advierte que el legislador acudió a una fórmula intermedia, que en definitiva plantea una argumentación que no es del todo consecuente, razonable y proporcional a la realidad, pese al amplio margen de configuración normativa del que éste dispone, que le permite modificar la estructura, condiciones y beneficios, ya que es de público conocimiento que la salud mental de ese sector de la población constituye uno de los más importantes factores de deterioro crónico de su situación y del interés general, con el ingrediente que lo que escapa al ámbito de esa noción, conduce a la discriminación injustificada de aquellos que inclusive al pertenecer a ese grupo, ameritan un tratamiento especial, en perjuicio no solo de la comunidad sino de la persona humana que padece esa alteración, patología o muerte interior, que es en su mayoría, causada por diferentes factores de su entorno socioeconómico, sociológico y psicológico y que es también la razón de su permanencia en la calle.

En esa medida, la propia redacción del artículo 13 constitucional², evidencia que, si bien es cierto, todas las personas nacemos libres e iguales ante la ley, para ser acreedores de las mismas prerrogativas, también lo es que el Estado es consciente que este esfuerzo es mayor a la hora de propiciar esas condiciones de igualdad de trato a los grupos discriminados o marginados, para que sea real y efectiva, así como la protección que debe asegurar a las personas que por su situación económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, lo que pone de relieve que dentro de ese ámbito de protección está el grupo de habitantes de calle.

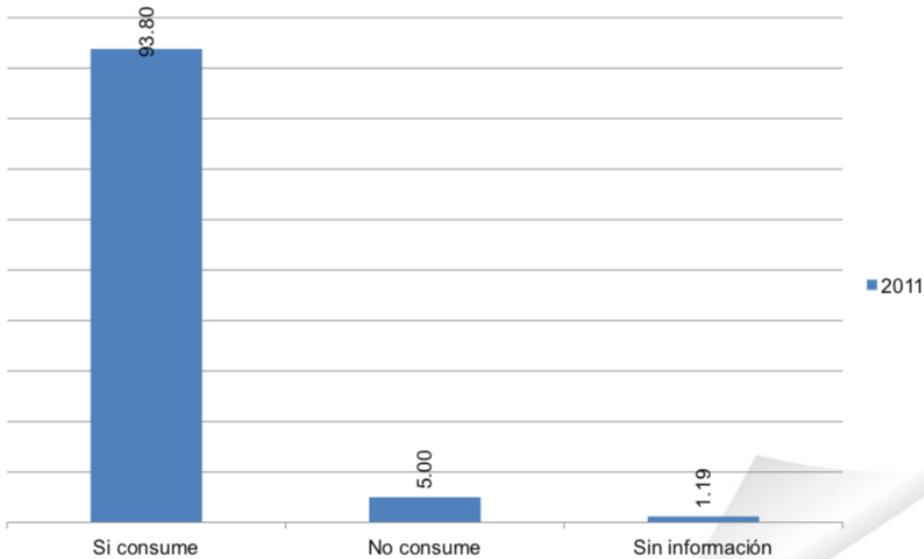
En ese orden de ideas, el VI Censo de habitantes de calle³ en el Distrito Capital da cuenta que de un total aproximado de 9.614 per-

2 CORTE CONSTITUCIONAL *et ál.* *Constitución Política de Colombia 1991, Actualizada con los actos legislativos a 2016*, Bogotá, Consejo Superior de la Judicatura, 2016, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>].

3 SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. “VI Censo de habitantes de calle”, Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012, disponible en [<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/censo-habitante-calle-bogota-2011.pdf>].

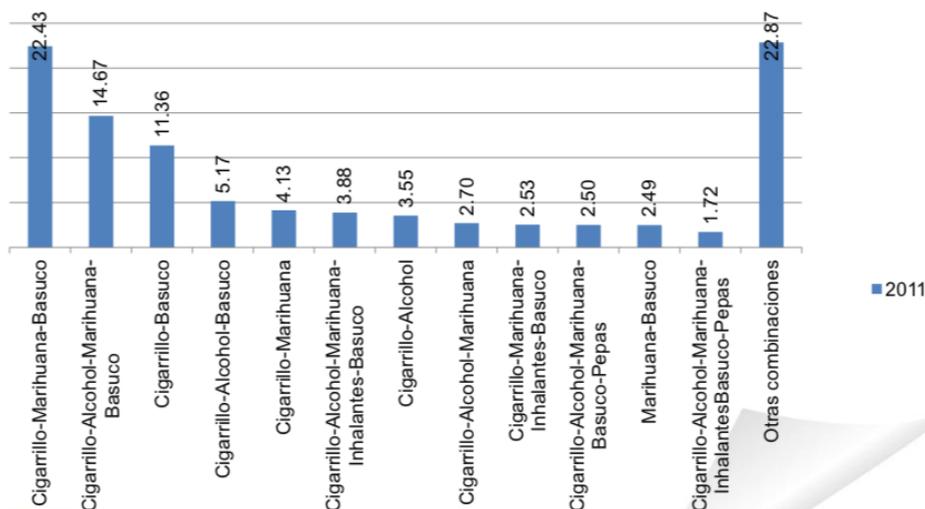
sonas pertenecientes a esa población, el 93.80% consume sustancias psicoactivas, entre otras variables que se analizaron en esa anualidad y que se traen a colación por la trascendencia de dichos datos en la realidad social que es el parámetro que existe hoy en día como referente, mientras se actualiza dicho censo, sin perder por ello de vista que, muy de seguro, para hoy esas cifras se quedan cortas.

TABLA N.º 1: COMPORTAMIENTO DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



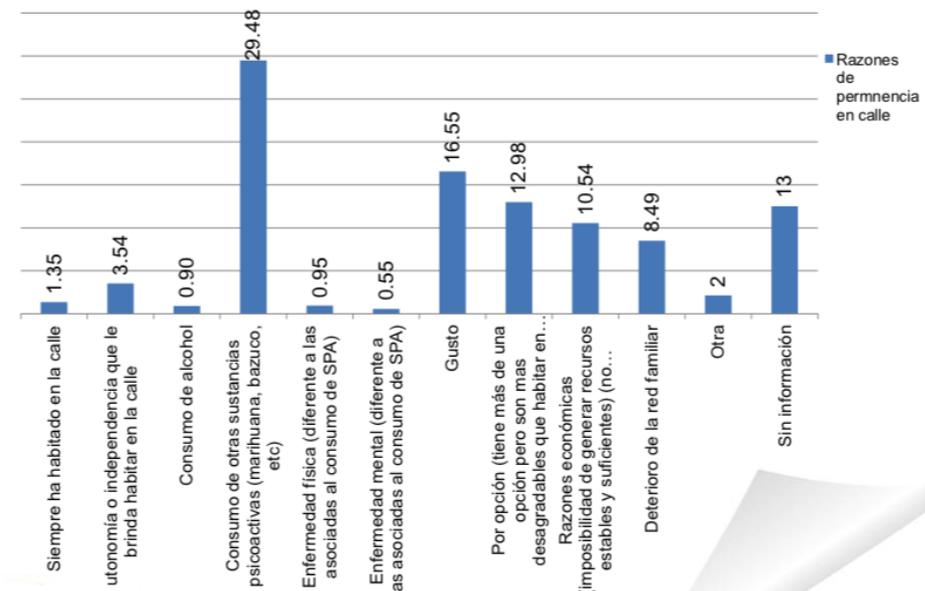
FUENTE: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. "VI Censo de habitantes de calle", cit., p. 34.

TABLA N.º 2: HABITANTE DE CALLE SEGÚN PRINCIPALES COMBINACIONES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



FUENTE: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. "VI Censo de habitantes de calle", cit., p. 37.

TABLA N.º 3: RAZONES DE PERMANENCIA EN CALLE



FUENTE: SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. "VI Censo de habitantes de calle", cit., p. 14.

Ahora, aunque es posible que la Ley 1641 de 2013 citada persiga fines constitucionalmente legítimos, al impartir unos lineamientos más que generales y abstractos para la formulación de la política pública o su reglamentación, es fácil advertir que la base o directrices que se expresan así, no satisfacen los requisitos mínimos de adecuación y necesidad que orienten, no solo con claridad su adopción, sino que al mismo tiempo, eliminen la arbitrariedad en su diseño e implementación y que, a su vez, permita regular su verificación, dada la urgencia, necesidad y relevancia en sentido estricto de la medida que brilla por su ausencia, por falta de precisión y claridad en el texto de la norma y por inexistente en la realidad práctica.

Sobre esta base, el desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional se ha tornado ineludible para ofrecer protección a los derechos subjetivos de ese sector marginado y vulnerable, al evitar el legislador la carga de justificar con amplitud y suficiencia las razones poderosas que demostraran la eficacia de las medidas adoptadas, los parámetros de justicia e igualdad y las consecuencias favorables para los destinatarios del especial cuidado constitucional dispuesto y en su lugar, optar por una motivación mínima, vaga y superficial, en contravía de uno de los pilares del Estado social de derecho, cual es, el respeto a la dignidad humana, que no puede ser entendida de manera intangible y que trae aparejado como valor intrínseco, el respeto a los derechos fundamentales de las personas que aquí resultan involucradas.

Ha dado alcance la jurisprudencia de la Corte al concepto de habitante de calle, para identificar con mayor claridad el destinatario de la protección. Así es que en la solución de casos concretos, ha adquirido especial relevancia la noción de “grupo social”, haciendo énfasis a los factores socioeconómicos, al señalar que se trata de personas que, por su situación de pobreza, desplazamiento, indigencia, razones de miseria, abandono, dolencias físicas, mentales o de salud, entre otras, son vulnerables y marginados precisamente a causa de carecer de ingresos que les permitan suplir sus necesidades básicas o sobrellevar una mínima subsistencia, por lo que les resulta imposible procurarse tales medios, siendo entonces las condiciones precarias de existencia las que tienen incidencia para verse obligados a tomar como propios espacios de uso público y que los conmina a integrarse con grupos de

personas que se hallan en las mismas condiciones, referente de una familia (familia vincular)⁴.

En el esquema planteado por el Alto Tribunal, con el propósito de hacer valer la protección constitucionalmente ordenada y la consecuente efectividad de importantes derechos fundamentales a los habitantes de calle, en providencias recientes como:

i) La Sentencia C-385 de 2014 citada, declaró inexecutable la expresión “y, que ha roto vínculos con su entorno familiar”, premisa que hacía parte integral de la definición de habitante de calle consagrada en el literal b) del artículo 2.º de la Ley 1641 de 2013, al considerar que condicionar a ese presupuesto o exigencia el otorgamiento de los beneficios derivados de la implementación de las políticas públicas, era discriminatoria de las personas que, aun siendo habitantes de calle, conservaban de algún modo contacto con su entorno familiar, porque dicha situación no cambiaba su realidad, como tampoco la causa de ésta era necesariamente la ruptura de esa relación. Medida que en consecuencia se tornaba violatoria del derecho a la igualdad y del principio de solidaridad que demanda una concurrencia de esfuerzos: institucionales o sociales y familiares, cuando ésta última cuenta con las condiciones de prestarle alguna ayuda y,

ii) La Sentencia T-043 de 2015 también citada, confirmó de manera parcial la providencia de tutela de única instancia proferida por el Juzgado Primero Civil de Dosquebradas dentro de la acción instaura-

4 Al respecto, ver por ejemplo, sentencias T-533 de 23 de septiembre de 1992, M. P.: EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-533-92.htm>]; T-211 de 5 de marzo de 2004, M. P.: RODRIGO ESCOBAR GIL, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-211-04.htm>]; T-1224 de 6 de diciembre de 2004, M. P.: RODRIGO ESCOBAR GIL, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1224-04.htm>]; T-900 de 26 de octubre de 2007, M. P.: MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-900-07.htm>]; T-057 de 4 de febrero de 2011, M. P.: JORGE IVÁN PALACIO PALACIO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-057-11.htm>]; C-385 de 25 de junio de 2014, M. P.: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-385-14.htm>]; y T-043 de 4 de febrero de 2015, M. P.: JORGE IVÁN PALACIO PALACIO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>].

da a favor de la señora SANDRA LUCERO SOTO LOAIZA por el Personero de ese Municipio, en el sentido que, en efecto, se le debía incluir en un programa de subsidios de alimentación.

Cabe señalar que el agente oficioso invocaba vulneración a los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, integridad personal y a la salud, al negarse la entidad territorial a proveerle albergue pese a su diagnóstico: insuficiencia cardiaca, síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas, abandono social y familiar, agresividad, difícil manejo y control, tuberculosis, Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH-, entre otros factores, que incrementaban su condición precaria.

No obstante lo anterior, la Corte, entre otras cosas, ordenó por un lado a Asmet Salud EPS una valoración integral a la señora SOTO LOAIZA, sobre su situación física, mental y de salud, y por el otro, dispuso que el programa de atención que se le debía brindar por un equipo multidisciplinario, tenía que ser informado a la señora SOTO LOAIZA de manera previa, para que decidiera libremente si deseaba acogerse al mismo, pues en su sentir, la mendicidad ejercida de manera autónoma y personal es excluyente de reproche jurídico, ya sea en forma de sanciones o intervenciones terapéuticas forzadas. En ese orden, adujo que dichas medidas resultaban inadmisibles, porque solo al permitir a la persona ser lo que quiere ser o llevar su existencia por el camino que desea, sin afectar los derechos de los demás, es la forma de ser digno consigo mismo, lo que se traduce según el órgano jurisdiccional, en respeto a la dignidad humana.

Así las cosas, lo anterior, da cuenta de avances tímidos y retrocesos por parte de dicho tribunal en sus pronunciamientos acerca de los habitantes de calle, al guiar su mirada reflexiva hacia un sentido distinto a su vivir. Si se toma en consideración que los límites a una respuesta integral, completa y continua acorde a sus padecimientos que, como se demostró, su base común es el abuso y la combinación de diferentes clases de sustancias psicoactivas que les producen placer y los catalogan como drogadictos severos en casi todos los casos, víctimas de una enfermedad crónica, antes que como delincuentes, que afecta su autodeterminación y autonomía y en consecuencia, un problema de salud pública, resulta un contrasentido dar a éstos una libertad de elección evocando su consentimiento para percibir beneficios.

En otros términos, esa postura es una traición a su situación basada en una teoría cimentada en premisas fundamentales no racionales, escogidas por la Corte o aceptadas *a priori*, en las que despliega su juicio racional desde donde la estructura, para explicar de manera subjetiva lo que es ser digno de lo que no es, como si la dignidad humana no fuera *per se* intrínseca a “ser”. Se trata entonces, de consideraciones que justifican su discriminación y la negación de la sociedad al otro. De ahí que, mientras no se replanteen, reflexionen o reformulen esas premisas fundamentales o no se cambie la mirada respecto de la comprensión de dicho fenómeno social, tal teoría en la práctica se cae a pedazos.

De igual manera, la *Revista Semana*⁵ transcribe un comunicado de DANIEL MEJÍA LONDOÑO, Secretario de Seguridad del Distrito Capital, del cual se desprende que no es un secreto la imperiosa necesidad de tomar conciencia:

... en algunos casos los habitantes de calle ponen en peligro su vida, debido a la excitación en la que están por las drogas, o porque tienen problemas mentales, o por ubicarse en ciertos lugares, como los que ocuparon el caño de la avenida Sexta. Pero no se les puede llevar en contra de su voluntad a un centro de atención médico o a un albergue para protegerlos mientras se recuperan o pasa la emergencia.

La situación es compleja, si se tiene en cuenta que según el censo de 2011 había 9.700 habitantes de calle, pero se estima que actualmente deben ser entre 12.000 y 14.000. Este alto número de personas que deambulan por las calles muestran que algo está fallando en las políticas y en la sociedad...

Y suena más contradictorio aún, que la Corte Constitucional, por ejemplo, en la Sentencia T-094 de 22 de febrero de 2011⁶, para referirse a la drogadicción, señaló que se trata de una enfermedad gra-

5 “Habitantes de calle: tremendo problema”, Bogotá, 21 de agosto de 2016, disponible en [<http://www.semana.com/nacion/articulo/habitantes-de-calle-tremendo-problema-en-bogota/489734>].

6 M. P.: JUAN CARLOS HENAO PÉREZ, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-094-11.htm>].

ve, con consecuencias terribles en el sistema nervioso, el cerebro y en general, la salud del consumidor, hasta causarle la muerte, para concluir que, por dominar su comportamiento, percepción, juicio y emociones, debían ser objeto de programas de rehabilitación, aunque no tengan los medios económicos para costearlos, mismos apartados que replicó en la Sentencia T-043 de 2015 citada, para decidir en ésta, paradójicamente apartándose de ese análisis:

1. La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Es preciso aclarar en todo caso que, el consumo de drogas tiene distintos niveles y no en todos los casos es posible hablar de adicción severa; solo cuando el individuo ha llegado al punto en que su adicción domina su comportamiento y su vida diaria es posible hablar de enfermedad y cuando ésta es grave puede llevar incluso a la locura o la muerte. En otros eventos, en cambio, se trata simplemente de consumo ocasional. En los casos de adicción severa, la dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

– Dependencia física por la que el organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

– Dependencia psíquica o estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto. La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede variar según la persona y las circunstancias, en algunos casos puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. Cuando el problema de adicción es grave, la persona puede perder todo concepto de moralidad y hacer cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar o prostituirse. La droga puede convertirse en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc.

2. Las consecuencias de un alto nivel de drogadicción son numerosas e inciden tanto en el plano individual como en el familiar y el social. La drogadicción

acarrea al individuo graves daños físicos y psíquicos. A los derivados del abuso de las sustancias tóxicas, hay que añadir los que provienen del consumo en condiciones poco seguras. Por ejemplo, en el caso de la heroína, su consumo lleva aparejados problemas de contagio de graves enfermedades, como el sida o la hepatitis B.

3. La drogadicción, cuando es severa, puede tornarse en un grave problema que acarrea un altísimo impacto social, además de ser una enfermedad grave que puede llegar a tener consecuencias terribles en la salud del individuo e incluso causarle la muerte. Es por esto que resulta de vital importancia que aquellas personas que tienen este problema sean atendidas y puedan acceder a un programa de rehabilitación aún si no tienen los medios económicos para sufragarlo". (Resaltado fuera del original)

De manera tal, se plantean una serie de interrogantes en torno a cómo la Corte encausó el tema del consentimiento que se debe obtener del habitante de calle para vincularlo en los programas de rehabilitación e inclusión a la sociedad: ¿Cuál fue el método o la técnica utilizada para llegar a concluir a conciencia que ese manejo es el apropiado?, ¿se trata de una teoría científica o de una teoría filosófica? o ¿es una justificación racional para legitimar la emoción o predilección ideológica del operador jurisdiccional?

En principio, se podría pensar que no habría una regla general para contestar dichos planteamientos, precisamente, porque cada caso reviste unas características propias más o menos intensas y dada la variedad de aristas objeto de regulación y los intereses en conflicto, las razones que surgen de su valoración son más o menos fuertes o exigen un mayor grado de intervención de la ley o el reglamento, o en otros términos, porque ese grupo de la población no es homogéneo. Por tanto, no resulta claro cómo la Corte no solo generalizó la situación a todos los habitantes de calle, en el sentido que con independencia de su grado de adicción, supuso de éstos capacidad de discernimiento, sino que tal exigencia la ideó en el imaginario de un ser humano en condiciones normales.

En suma, aunque los fundamentos teóricos cambiaran en cada caso particular, la solución a estos cuestionamientos no puede apartarse de nuestro modelo de Estado social de derecho, que se funda en el respeto a la dignidad humana y la solidaridad. En ese contexto, la solución planteada por la Corte Constitucional consistente en ex-

cluir de los planes de atención a los habitantes de calle que no den su consentimiento previo para beneficiarse, atenta contra la coherencia armónica del vivir. Se trata de un constructo teórico-ideológico que en manera alguna es en su fundamento adecuado ni legítimo. La armonía del conflicto que promueve, exactamente, está en brindar las condiciones que garanticen esa sincronía y no un invento de teorías humanas que justifican relaciones de exclusión o anulación de aquellos que no se adaptan a una convivencia consensual, que se inclina a castigar y censurar y no corrige.

La Organización Mundial de la Salud –OMS–⁷ aportó datos estadísticos sobre la morbilidad mundial del consumo agudo y crónico y los efectos en el cerebro, el organismo y el comportamiento del ser humano. En tal sentido, dada la relevancia del estudio en cita, se traen a colación en los incisos subsiguientes algunos apartados para una mejor comprensión del tema objeto de examen, en el presente artículo.

Como punto de partida, es pertinente resaltar que, la neurociencia se ocupa de las funciones del sistema nervioso y en especial del cerebro, disciplina que reveló que la dependencia a sustancias psicoactivas, es un trastorno crónico recidivante y declinar, no se debe solo a la falta de voluntad o deseo de abandonar el consumo, sino que tiene una base biológica y genética, demostrando que en la mayoría de sociedades, es la enfermedad más estigmatizada⁸ seguida del alco-

7 En el informe “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, Ginebra, OMS, 2004, disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf].

8 “... Es la reacción social plagada de rituales y procedimientos, que tienen por fin hacer saber a la sociedad y al individuo que éste es un criminal [...] En el proceso, lleno de contenidos simbólicos, se produce la imposición pública de la etiqueta de desviado o criminal a quien ha vulnerado las normas del grupo. A su vez el rótulo, determina futuros comportamientos y concepciones del sujeto acerca de sí mismo, ya que ese estigma o etiqueta de delincuente es asumido como propio por el individuo, que luego sigue comportarse de acuerdo con las expectativas generadas por la identidad social que le ha sido endilgada...”, GERMÁN SILVA GARCÍA. *Criminología. Construcciones sociales e innovaciones teóricas*, 2.^a ed., Bogotá, Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–, 2013, pp. 430 y 431.

holismo, lo que a su vez, retrae a las personas a buscar ayuda. Se trata de un estudio que se hizo sobre todo con el propósito que dicho conocimiento neurocientífico, sirviera para orientar las políticas públicas, respectivamente.

Lo anterior, lo demostró la OMS en los siguientes términos:

...Es interesante el hecho de que los efectos de muchas sustancias psicoactivas puedan producir síndromes similares a los psiquiátricos. Por ejemplo, las anfetaminas y la cocaína pueden producir síntomas de tipo psicótico. Los alucinógenos pueden producir alucinaciones, que son uno de los aspectos de algunas psicosis. Además, las sustancias psicoactivas suelen alterar el estado de ánimo, produciendo sentimientos eufóricos y de alegría o síntomas depresivos, especialmente durante el síndrome de abstinencia. Las sustancias psicoactivas pueden alterar el funcionamiento cognitivo, que también es una característica esencial de muchas enfermedades mentales. Todos estos factores indican que hay sustratos neurobiológicos comunes a las enfermedades mentales y a la dependencia de sustancias. En algunos estudios realizados en los EE. UU., más del 50% de las personas con algún trastorno mental también padecían dependencia de sustancias, en comparación con un 6% de la población general, y las posibilidades de padecer dependencia de sustancias eran 4,5 veces mayores en las personas con algún trastorno mental que en las personas sin trastornos mentales (52). Es indudable que hay una considerable sobreposición de estos trastornos [...] Los datos epidemiológicos indican que las tasas de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida son del 32% en los consumidores de cocaína, frente a tan solo un 8 a 13% entre los no consumidores de esta droga (52, 54, 56, 58, 69). También hay un alto grado de comorbilidad entre la esquizofrenia y el consumo de psicoestimulantes. El consumo de estos es dos a cinco veces mayor en pacientes con esquizofrenia que en personas sin esquizofrenia, y tiene mayor prevalencia que en otras poblaciones psiquiátricas (70). Así pues, parece evidente que la dependencia de sustancias tiene un vínculo considerable con las enfermedades mentales...⁹. (Resaltados fuera del texto).

9 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, cit., pp. 25 y 26.

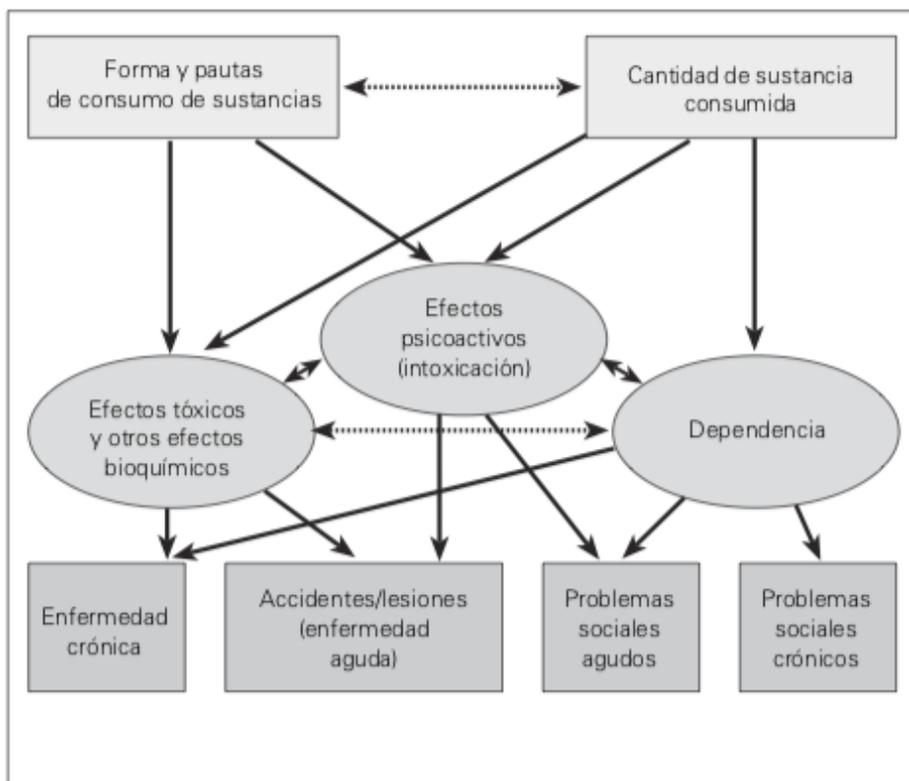
TABLA N.º 4: RESUMEN DE LOS EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado
Etanol	Aumenta los efectos inhibidores del GABA y reduce los efectos excitadores del glutamato. Los efectos reforzantes probablemente estén relacionados con el aumento de la actividad de la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece tolerancia debido al aumento del metabolismo hepático y a los cambios de los receptores cerebrales. El síndrome de abstinencia del consumo crónico puede incluir temblores, sudoración, debilidad, agitación, cefaleas, náuseas, vómitos, convulsiones y <i>delirium tremens</i> .	Alteraciones funcionales y estructurales cerebrales, especialmente en la corteza prefrontal; deterioro cognitivo; disminución del volumen cerebral.
Hipnóticos y sedantes	Facilitan las acciones de los neurotransmisores inhibidores endógenos.	Aparece rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos (excepto al efecto anticonvulsivante), debido a cambios de los receptores cerebrales. El síndrome de abstinencia se caracteriza por ansiedad, excitabilidad, inquietud, insomnio, irritabilidad y convulsiones.	Deterioro de la memoria.
Nicotina	Activa los receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta la síntesis y liberación de dopamina.	Aparece tolerancia, mediada por factores metabólicos y cambios de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito.	Los efectos del consumo de tabaco sobre la salud están bien documentados; es difícil separar los efectos de la nicotina de los de otros componentes del tabaco.
Opioides	Activan los receptores de opioides μ y δ , que son abundantes en las regiones cerebrales implicadas en las espuestas a las sustancias psicoactivas, como la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece tolerancia debido a cambios de los receptores a corto y a largo plazo, y a adaptaciones de los mecanismos de transducción de señales intracelulares. El síndrome de abstinencia puede ser grave y se caracteriza por lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración, inquietud, escalofríos, calambres y mialgias.	Cambios a largo plazo de los receptores y péptidos opioides; adaptaciones de las respuestas de recompensa, aprendizaje y estrés.

Sustancia	mecanismo de acción principal	tolerancia y síndrome de abstinencia	consumo prolongado
Cannabinoídes	Activan los receptores de cannabinoídes. Aumentan la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica.	Aparece rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos. El síndrome de abstinencia es raro, probablemente debido a la prolongada vida media de los cannabinoídes.	La exposición prolongada al cannabis puede producir deterioro cognitivo persistente. También hay riesgo de exacerbación de enfermedades mentales.
Cocaína	La cocaína bloquea la captación de neurotransmisores como la dopamina, prolongando así sus efectos.	Quizás se produzca tolerancia a corto plazo. No hay muchas pruebas de que se produzca síndrome de abstinencia, aunque la depresión es frecuente en las personas dependientes que dejan de tomar la droga.	Déficit cognitivos, alteraciones de regiones corticales específicas; se ha observado deterioro de la función motora y disminución de los tiempos de reacción.
Anfetaminas	Aumentan la liberación de dopamina por las terminaciones nerviosas e inhiben la recaptación de dopamina y de otros neurotransmisores relacionados con ella.	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos conductuales y fisiológicos. El síndrome de abstinencia se caracteriza por fatiga, depresión, ansiedad y un deseo compulsivo de consumir la droga.	Trastornos del sueño, ansiedad, disminución del apetito; alteraciones de los receptores dopaminérgicos cerebrales, cambios metabólicos regionales y deterioro motor y cognitivo (13, 14).
Éxtasis	Aumento de la liberación de serotonina y bloqueo de su recaptación.	Puede aparecer tolerancia en algunos individuos. Los síntomas de abstinencia más frecuentes son la depresión y el insomnio.	Lesiona los sistemas serotoninérgicos cerebrales y tiene consecuencias conductuales y fisiológicas. Problemas psiquiátricos y físicos a largo plazo, tales como deterioro de la memoria, de la toma de decisiones y del autocontrol, paranoia, depresión y ataques de pánico (15, 16).
Inhalantes	Muy probablemente afectan a los neurotransmisores inhibitorios, al igual que otros sedantes e hipnóticos. Activan la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece una cierta tolerancia, pero es difícil estimarla. Durante la abstinencia hay un aumento de la susceptibilidad a las convulsiones.	Cambios de la unión a los receptores dopaminérgicos y de su función; deterioro de la función cognitiva; problemas psiquiátricos y neurológicos.
Alucinógenos	Diferentes sustancias de esta clase actúan sobre diferentes receptores cerebrales, como los de serotonina, glutamato y acetilcolina.	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos físicos y psicológicos. No hay pruebas de que exista un síndrome de abstinencia.	Episodios psicóticos agudos o crónicos, repeticiones de la experiencia de los efectos de la sustancia mucho tiempo después de su consumo (<i>flashbacks</i>).

Ahora bien, en el mismo informe la OMS reseñó, por un lado, los factores que incentivan o promueven el consumo de sustancias psicoactivas (Tabla n.º 5) y por el otro, los tratamientos que se deben adoptar para tratar a los consumidores, de lo cual, además, se deriva que con constancia y continua supervisión del paciente, se logra su eficacia demostrada (Tabla n.º 6)¹⁰.

TABLA N.º 5: MECANISMOS QUE SE RELACIONAN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SOCIALES



Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, cit., p. 13.

10 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, cit., pp. 13, 27 y 28.

TABLA N.º 6: TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS
DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Sustancia	Tratamiento	Eficacia
Alcohol	Acamprosato: sustancia sintética que tiene semejanzas estructurales con un aminoácido natural. Restaura la actividad normal de las neuronas hiperexcitadas a consecuencia de la exposición crónica al alcohol.	En general, los pacientes tratados con acamprosato presentan un importante aumento de la tasa de finalización del tratamiento, del tiempo transcurrido hasta que vuelven a beber, de la tasa de abstinencia y/o de la duración acumulada de la abstinencia, en comparación con los pacientes tratados con placebo (73).
	Naltrexona: bloquea los receptores de opioides.	La naltrexona es eficaz para reducir las recaídas y ayudar a las personas a mantener la abstinencia y a reducir el consumo de alcohol (74).
	Disulfiram: interfiere con el metabolismo normal del acetaldehído, un metabolito del alcohol. Las concentraciones elevadas de acetaldehído producen una reacción desagradable que se usa con el fin de crear aversión al consumo de alcohol (75).	La eficacia del disulfiram es variable, y la necesidad de ajustar cuidadosamente la dosis, así como la necesidad de un alto grado de cumplimiento del tratamiento, constituyen factores de confusión (75).
Nicotina	Tratamiento sustitutivo con parches o chicles de nicotina.	Todos los tratamientos sustitutivos de la nicotina son igualmente eficaces para ayudar a las personas a abandonar el hábito de fumar; combinados con el aumento de las advertencias de los servicios públicos en los medios de comunicación acerca de los peligros del hábito de fumar, han producido un notable aumento del éxito de los intentos de abandonar el hábito.
	Bupropión: inhibidor débil de la recaptación de noradrenalina y dopamina, y bloqueante de los receptores nicotínicos.	El bupropión mejora las tasas de abstinencia de los fumadores, especialmente cuando se combina con el tratamiento sustitutivo de la nicotina (76, 77)
	Inmunoterapia: se ha propuesto el uso de vacunas que pueden evitar que la nicotina actúe sobre el cerebro.	Las vacunas todavía no están listas para los ensayos clínicos, pero los estudios realizados en ratones han proporcionado resultados prometedores.
Heroína	Metadona: agonista opioide sintético.	El tratamiento de mantenimiento con metadona es seguro y muy eficaz para ayudar a las personas a dejar de consumir heroína, especialmente cuando se combina con las terapias conductuales o el asesoramiento y otros servicios de apoyo.

Sustancia	Tratamiento	Eficacia
	Buprenorfina: agonista parcial del receptor de opioides μ y antagonista débil del receptor de opioides κ .	Tiene una acción relativamente prolongada y posee un buen perfil de seguridad.
	Levo-alfa-acetil-metadol (LAAM): opioide sintético.	Opioide sintético de acción prolongada que se puede usar en el tratamiento de la dependencia de heroína y que sólo necesita tres tomas semanales, lo cual facilita su uso.
	Naltrexona: antagonista de los receptores de opioides; bloquea los efectos de la morfina, la heroína y otros opioides.	El tratamiento debe comenzar después de la desintoxicación bajo supervisión médica, dado que la naltrexona no protege frente a los efectos de la abstinencia; de hecho, puede precipitar sus síntomas en personas dependientes. En sí misma, no tiene efectos subjetivos ni capacidad de crear dependencia. El incumplimiento del tratamiento es un problema frecuente. Por consiguiente, un resultado terapéutico favorable también requiere una relación terapéutica positiva, un asesoramiento o una terapia eficaz, y una cuidadosa supervisión del cumplimiento del tratamiento.
Cocaína	GBR 12909: inhibidor de la captación de dopamina que antagoniza los efectos de la cocaína en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas de la rata (78) y bloquea la autoadministración de cocaína en <i>Macaca mulatta</i> (79).	Los ensayos clínicos sobre esta sustancia están en fase de planificación.
	Inmunoterapias: la cocaína es secuestrada en el torrente circulatorio por anticuerpos específicos anticocaína, que evitan su entrada en el cerebro.	Hay ensayos clínicos en curso.
Sedantes/ hipnóticos	Reducción gradual de la dosis de la sustancia, combinada con terapia conductual.	Eficaz.

Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, cit., pp. 27 y 28.

Lo expuesto para concluir, que:

... No obstante, *estos medicamentos sólo son eficaces en la medida en que la persona los tome. Hay una gran experiencia que indica que el principal problema de estos fármacos es la adhesión al tratamiento. Las personas con una larga historia de consumo de una sustancia a menudo son incapaces de mantener el compromiso de tomar el tratamiento farmacológico de forma continuada...*¹¹.

[...] *La dependencia de sustancias es un trastorno complejo, con mecanismos biológicos que afectan al cerebro y a su capacidad para controlar el consumo de sustancias. Sus determinantes no son únicamente biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En la actualidad no hay forma de identificar a quienes se volverán dependientes, ni antes ni después de que empiecen a consumir drogas.*

La dependencia de sustancias no es un problema de voluntad o de fuerza de carácter, sino un trastorno médico que puede afectar a cualquier persona. *La dependencia es un trastorno crónico y recidivante, que a menudo coincide con otros trastornos físicos y mentales.*

Hay una importante comorbilidad de la dependencia de sustancias con otras enfermedades mentales; la evaluación, el tratamiento y la investigación serían más eficaces si se adoptara un enfoque integrado. Los avances en el tratamiento y la prevención de otras enfermedades mentales pueden ser útiles para las estrategias de prevención y tratamiento de la dependencia de sustancias, y viceversa. Por consiguiente, *es necesario prestar atención a la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y de otros trastornos mentales como elemento de buena práctica al tratar o al intervenir en unos u otros.*

El tratamiento de la dependencia de sustancias no está destinado únicamente a detener el consumo de drogas; se trata de un proceso terapéutico que implica cambios de comportamiento, intervenciones psicosociales y, a menudo, el uso de fármacos psicotrópicos sustitutivos. *La dependencia puede tratarse de forma rentable, salvando vidas, mejorando la salud de los afectados y de sus familias, y reduciendo los costos para la sociedad.*

El tratamiento debe ser accesible a todo el que lo necesite. Existen intervenciones eficaces que se pueden integrar en los sistemas de salud, incluido el de

11 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS–. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, cit., pp. 26 y 29.

atención primaria. *El sector de la atención de salud necesita proporcionar los tratamientos que tengan la mejor relación costo-efectividad.*

Uno de los principales obstáculos al tratamiento y a la atención de las personas con dependencia de sustancias y otros problemas relacionados es la estigmatización y la discriminación. Independientemente del grado de consumo y de la sustancia consumida, estas personas tienen los mismos derechos que cualquier otra a la salud, la educación, el trabajo y la reintegración en la sociedad.

Las inversiones en la investigación neurocientífica deben proseguir, y ampliarse a la investigación en el campo de las ciencias sociales, la prevención, el tratamiento y las políticas. *La reducción de la morbilidad del consumo de sustancias y de otros trastornos relacionados debe apoyarse en políticas y programas basados en datos científicos resultantes de la investigación y de su aplicación.* Por último, las tecnologías y tratamientos que están surgiendo para prevenir y tratar la dependencia y los problemas relacionados con ella plantean problemas éticos de difícil resolución, que deberían ser abordados con carácter prioritario por las comunidades científica y política nacionales e internacionales. (Resaltado fuera de texto).

Así las cosas, resulta claro con base en dicha investigación, como en múltiples estudios realizados por organismos tanto nacionales como internacionales sobre el tema, que el Estado cuenta con insumos para abordarlo de diferentes formas. Es así, que no se entiende el empeño del legislador, del Gobierno y de las Altas Cortes de apartarse de éstos y de adoptar una postura negligente a la hora de regular el asunto y de formular políticas públicas con base en esos datos reales, resultado de muchos años de investigación y experimentos, apropiándose en su lugar no solo de la realidad objetiva, sino transfigurándola, interviniendo en el fenómeno a través de su supremacía legal y jurisprudencial que cuenta con la virtud de influenciar y determinar el comportamiento, las decisiones de otros y en general, su manejo, al punto de darle el sentido que le quiere dar, no respetando el sentido preexistente al hombre que lucha contra él.

En otros términos, la ausencia de políticas legislativas y reglamentarias que hagan eficaces los derechos de ese grupo marginal, evidencia una tensión entre la exigencia de un consentimiento para su rehabilitación, que además de su condición de habitantes de calle, en su mayoría indigentes, poseen incapacidades físicas y/o mentales, sumado al consumo de sustancias psicoactivas que potencializan

sus desequilibrios y el derecho a recuperar la pérdida de su potencial humano para encausarlo en pro de la sociedad para así impedir la injerencia arbitraria de terceros que los ven como presas fáciles para delinquir.

Con todo, es innegable asociar de manera inseparable a esa posición del estamento del Estado en general, en lo tocante al asunto que ocupa nuestra atención, el modelo imperfecto del sistema de salud, los costos elevados de los medicamentos, la tendencia a la desescolarización, la corrupción, la distribución inequitativa de la riqueza¹², los desórdenes de comportamiento de la humanidad y, por consiguiente, la gran brecha entre ricos y pobres. No en vano, como lo puso de presente la fundación política más antigua de Alemania, Friedrich Ebert Stiftung –FES–, Colombia es, dentro de la región más inequitativa del mundo, y en comparación con los países¹³ seleccionados para este documento, la nación con el menor índice de desarrollo humano y con la mayor concentración de riqueza (por el índice Gini), lo que la hace ocupar un deshonroso puesto 87 en el concierto internacional¹⁴.

12 “...los seguidores de MARX desarrollaron su teoría socioeconómica sobre la criminalidad, con énfasis en la pobreza y la desigualdad. Los marxistas que promovían esta visión se apoyaron en la teoría general de la economía/política plasmada en la obra de MARX, a fin de fundar sus planteamientos. Para la teoría marxista la cuestión económica aparece, entonces como un elemento de importancia privilegiada, capaz de influir de modo determinante sobre una larga serie de componentes y aspectos de la sociedad, entre ellos la generación de la criminalidad. En esa dirección, lo que resulta muy ilustrativo, se anota con referencia a los problemas estructurales de las sociedades que: ‘Como fenómeno social, el delito es el resultado –a nivel individual– de las profundas desigualdades que le son inherentes a las sociedades clasistas’...”. SILVA GARCÍA. *Criminología. Construcciones sociales e innovaciones teóricas*, cit., p. 349.

13 Brasil, México, Chile y Costa Rica.

14 CARLOS EDUARDO CASTRO HOYOS. “Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina”, Bogotá, Friedrich Ebert Stiftung Colombia –FESCOL–, julio de 2012, disponible en [<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>], p. 29.

BIBLIOGRAFÍA

CASTRO HOYOS, CARLOS EDUARDO. “Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina”, Bogotá, Friedrich Ebert Stiftung Colombia –FESCOL–, julio de 2012, disponible en [<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>].

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA:

Sentencia T-533 de 23 de septiembre de 1992, M. P.: EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-533-92.htm>].

Sentencia T-211 de 5 de marzo de 2004, M. P.: RODRIGO ESCOBAR GIL, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-211-04.htm>].

Sentencia T-1224 de 6 de diciembre de 2004, M. P.: RODRIGO ESCOBAR GIL, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1224-04.htm>].

Sentencia T-900 de 26 de octubre de 2007, M. P.: MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-900-07.htm>].

Sentencia T-057 de 4 de febrero de 2011, M. P.: JORGE IVÁN PALACIO PALACIO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-057-11.htm>].

Sentencia T-094 de 22 de febrero de 2011, M. P.: JUAN CARLOS HENAO PÉREZ, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-094-11.htm>].

Sentencia C-385 de 25 de junio de 2014, M. P.: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-385-14.htm>].

Sentencia T-043 de 4 de febrero de 2015, M. P.: JORGE IVÁN PALACIO PALACIO, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>].

CORTE CONSTITUCIONAL *et ál.* *Constitución Política de Colombia 1991, Actualizada con los actos legislativos a 2016*, Bogotá, Consejo Superior de la Judicatura, 2016, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>].

“Habitantes de calle: tremendo problema”, *Revista Semana*, Bogotá, 21 de agosto de 2016, disponible en [<http://www.semana.com/nacion/articulo/habitantes-de-calle-tremendo-problema-en-bogota/489734>].

Ley 1641 de 12 de julio de 2013, *Diario Oficial*, n.º 48.849, de 12 de julio de 2013, disponible en [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1641_2013.htm].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen”, Ginebra, OMS, 2004, disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf].

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. VI Censo de habitantes de calle, Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012, disponible en [<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/censo-habitante-calle-bogota-2011.pdf>].

SILVA GARCÍA, GERMÁN. *Criminología. Construcciones sociales e innovaciones teóricas*, 2.ª ed., Bogotá, Instituto Latinoamericano de Altos Estudios -ILAE-, 2013.

