



**Colegio Médico  
de Chile**

**PRIMERA CONFERENCIA  
INTERNACIONAL  
DE POLÍTICAS DE DROGAS**

**29 DE NOVIEMBRE DE 2013**

**DR. SERGIO SÁNCHEZ BUSTOS  
EDITOR GENERAL**

Edición a cargo de Sergio Sánchez Bustos.  
Correo electrónico [sergiosanchezb@gmail.com](mailto:sergiosanchezb@gmail.com)  
Fotografía Mariela Hernández Moraga.

Publicación financiada por el Colegio Médico de Chile A.G  
en asociación con Open Society Foundations. © 2014

# Introducción

El 29 de noviembre de 2013 se realizó la Primera Conferencia Internacional de políticas de drogas en Chile, en el auditorio Salvador Allende de nuestro edificio corporativo. Este evento se inscribe en el interés de nuestra institución de contribuir a impulsar la reforma a la política de drogas en nuestro país, que ya se había iniciado durante el mes de mayo, con nuestro Primer Seminario Nacional de Políticas de Drogas, realizado el 18 y 19 de ese mes y el lanzamiento, el año anterior de nuestro libro “Aportes para una nueva política de drogas”, colección de ensayos de difusión de nuestras reflexiones respecto al tema.

En la realización de la Conferencia, debemos agradecer la participación de diversas instituciones de carácter nacional e internacional que nos ayudaron a observar la política de drogas de nuestra región desde una óptica que nos permitiese impactar en la comunidad nacional, en un momento político propicio para establecer cambios en la misma, debido tanto al cambio de gobierno, como a la configuración de actores relevantes en torno al tema.

De esta manera, me gustaría mencionar a Release, organización inglesa que nos apoyó con la ideación del evento; la Open Society Foundations, que financió parte importante de la logística del mismo y a ICEERS, que respaldó en la organización material del evento y nos aportó con notables ponentes.

Este libro está organizado en base a las transcripciones de las conferencias formuladas por cada uno de los invitados a participar de la misma, que incluyen representantes de la Mesa Nacional por la Igualdad (Argentina); ICEERS (Chile, Uruguay y España); ESPOLEA (México); México Unido Contra la Delincuencia A.C y TRANSFORM (México); Asuntos del Sur (Chile); SONEPSYN (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Chile) y Colegio Médico de Chile A.G

Les hemos solicitado a nuestros ponentes textos escritos para exponer de mejor manera lo dicho, llamado al que acudieron algunos de ellos, mismos que aparecen publicados después de las transcripciones de las conferencias bajo el acápite anexos.

Asimismo me gustaría agradecer a nuestra transcriptor Leslie Mella Politis, quién se pasó el verano trabajando las grabaciones, a Mariela Hernández Moraga quién apoyó la realización de este evento en todo minuto así como a todo el personal del Colegio Médico de Chile A.G y a su mesa directiva nacional por el apoyo brindado a nuestras iniciativas.

Dr. Sergio Sánchez Bustos, Médico Salubrista.



<b>Inauguración: Dr. Enrique Paris</b> .....	7
<b>Primera mesa: “La legislación, miradas estratégicas”</b>	
Dra. Raquel Peyraube, Sr. Aram Barra, Dr. Sergio Sánchez Bustos .....	9
<b>Segunda mesa: “Los hechos de la cannabis: usos y abusos”</b>	
Dr. José Carlos Bouso, Dr. Daniel Martínez .....	31
<b>Tercera mesa: “La escena y el discurso”</b>	
Srta. Ingrid Tartakowsky, Sr. Eduardo Vergara, Dr. Mariano Fusero (abogado) .....	49
<b>Anexos</b>	
<b>Reforma de la política de drogas en América Latina:</b>	
Un balance de obstáculos y próximos pasos. Sr. Aram Barra .....	69
<b>La política internacional de regulación de drogas y la bioética</b>	
Dr. Sergio Sánchez Bustos .....	78
<b>El estigma de las PQUD y la atención de la salud</b>	
Dra. Raquel Peyraube .....	86
<b>Un cambio de paradigma posible</b>	
Sr. Mariano Fusero (abogado) .....	94



# Inauguración

Dr. Enrique Paris:

Espero que este evento genere gran provecho, se saquen conclusiones de lo que se discuta, que el público participe, porque eso es muy importante, que se aclaren todas las dudas ya que ojalá tengamos como fruto una publicación que realmente marque historia en Chile con respecto a este tema, y así vamos a avanzar en el curso del próximo año a niveles mucho más altos de discusión y de participación de la población en este tema que para nosotros es muy importante.

Hay diferentes visiones de cómo afrontar el consumo, cómo afrontar el uso, cómo afrontar el uso terapéutico. Yo creo que para nosotros, como Colegio Médico estoy hablando, son muy importantes las conclusiones que se obtengan de este seminario.

Los departamentos en los que el Colegio Médico se basa para trabajar, como el departamento de ética; de trabajo médico; de acreditación y formación, en fin, son las armas con las cuales el Colegio cuenta, las sociedades científicas para dar su opinión, y esa opinión sea reconocida, validada y respetada por la opinión pública. Por lo tanto yo creo que es muy importante el fruto de esta reunión, donde veo mucha gente, y estoy muy contento de eso, y que esa publicación, ese fruto, sirva como un insumo para que el Colegio Médico tenga una opinión más firme, más potente y más presente en la sociedad chilena. Yo quiero saludar también a los invitados extranjeros, me reuní con ellos recién, tuvimos un almuerzo. Tenemos presencia de España, de Uruguay, de México, y mucha gente de Chile también es muy importante. Para nosotros es un gusto, un placer y los recibo con mucho cariño. Creo que el Colegio Médico es una entidad que ha marcado el rumbo en los últimos años en los diferentes puntos y esto justamente ha sido algo que hemos querido destacar, antes no se tocaba este tema, me preguntaban los invitados extranjeros, antes el Colegio Médico no tenía prácticamente voz ni presencia en este tema, y creo que hemos marcado un hito poniendo este tema en la discusión pública, y quiero que esto se siga manteniendo en el tiempo sea quien sea el candidato del doctor Sánchez para el futuro del Colegio Médico. Muchas gracias. (Aplausos).







## “La legislación, miradas estratégicas”

**Leslie Politis:** Los participantes de esta mesa son la Dra. Raquel Peyraube, directora clínica de ICCERS y asesora del Gobierno uruguayo en políticas de drogas. Actualmente se desempeña como asesora de la secretaría Nacional de Drogas de la República del Uruguay en la reformulación de la política pública de drogas, específicamente en el proyecto de ley de regulación del Cannabis. También Dra. Francisca Florenzano, Directora del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol SENDA, Chile. La Sra. Florenzano nos ha pedido transmitirles sus excusas por no participar en esta conferencia el día de ayer a las 16:00, por tener que acudir a un evento de última hora en la embajada de Reino Unido. El Sr. Aram Barra, Oficial de Programa para América Latina Transform Drug Policy Foundation y de México Unido Contra la Delincuencia, México. Durante los últimos 13 años, Aram ha trabajado en temas como empleo digno, derechos sexuales y reproductivos, migración y política de drogas. Y el Dr. Sergio Sánchez Bustos del Colegio Médico de Chile.

**Mariano Fusero:** Hola bienvenidos a todos, muchas gracias por la invitación del Colegio Médico de Chile, a ICEERS por toda la atención brindada en particular. En el primer panel estamos en presencia de 3 expertos para hablar del tema de legislaciones, van a tener 20 minutos cada uno para exponer, y vamos a hacer 30 minutos que creo que son bien importantes para abrir el debate, y hacer el intercambio con todos ustedes.

**Aram Barra:** Hola, primero que cualquier otra cosa muchas gracias por la invitación al Colegio Médico de Chile, y creo que ya lo platicamos ahorita en el almuerzo, creo que es bastante importante que este evento se dé aquí en el Colegio Médico, no sólo por empujar un debate necesario y muy importante en el país y en la región, sino también por lo simbólico que representa que sea el Colegio Médico quien ayude a facilitar este debate. Me pidieron que hablara o que hiciera una propuesta general sobre en donde creemos nosotros desde México Unido Contra la Delincuencia y Transform Drug Policy Foundation, son dos organizaciones; México Unido una organización mexicana con más de 15 años de trabajo en cultura de la legalidad, crimen, cultura de la denuncia, y Transform Drug Policy Foundation un tanque de pensamiento británico con base en Bristol, Inglaterra, que lleva más de 15 años trabajando el tema de la regulación legal de la sustancia. Lo que Transform en concreto se plantea es una vez que pase este debate sobre las guerras contra las drogas, es decir, qué pasa después de la guerra contra las drogas, que ya se perdió, es cómo regulamos, qué sigue. Y entonces más o menos en eso me voy a centrar.

Primero que nada quiero decir un par de minutos sobre por qué hablar de la regulación. Ya lo dije más o menos en esta introducción, obviamente estamos hablando de un fracaso del sistema internacional de fiscalización de sustancias, ese paradigma o esa propuesta regulatoria de fiscalización propuesta por la Convención Única de Estupefacientes de 1961 de la Organización de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, ha fallado en los propios términos y en los propios objetivos que

se plantea ella misma como política. La misma Organización de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito UNODC plantea varias consecuencias no intencionadas, consecuencias negativas no esperadas de la guerra contra las drogas, ahí se las dividió como por tema, pasa por el desarrollo, seguridad internacional, salud pública, derechos humanos, sustentabilidad del medio ambiente, por el combate real al crimen organizado, por la eficiencia del gasto público, por la estabilidad del Estado, la democracia y la gobernabilidad. Me parece muy importante que eso, que no lo digo yo, lo dice quien se supone protege y da seguimiento a las políticas prohibicionistas a nivel global, entonces cuando pensamos en una propuesta política que tiene impactos negativos y no intencionados en todas esas ramas, pues es por eso que hablamos del fracaso del sistema de fiscalización. Finalmente creo que es muy importante, y es uno de los argumentos centrales de por qué América Latina está viviendo esta ola reformista, tiene que ver con una simetría de distribución no sólo de responsabilidades, sino también de los costos. América Latina como una región productora de sustancias a nivel global, junto con Asia, junto con África, asume los costos no sólo de intentar detener la producción y el tráfico, sino el día de hoy y cada vez más asume los costos también de ser una región consumidora. En ese sentido digamos en la gran arena global suena un poco injusto que América Latina tenga todos estos costos, mientras otra gran parte del mundo, sobre todo el norte global desarrollado, se dedica solamente a un pedazo del problema por utilizar el término internacional.

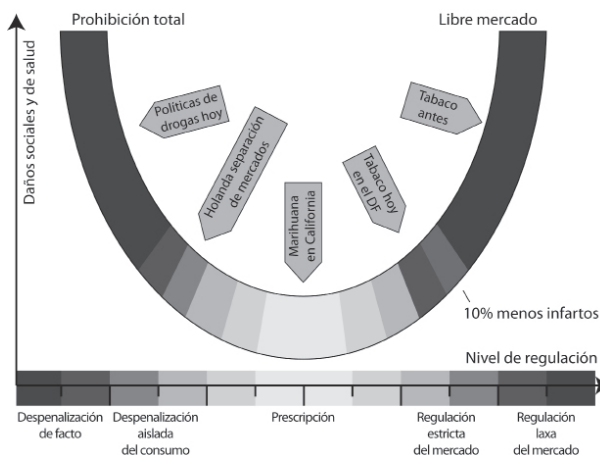
Finalmente se agota la retórica prohibicionista, por eso ya varias de las propuestas políticas de políticos en funciones y de candidatos, cada vez hablan menos de la prohibición, del prohibicionismo y de la guerra contra las drogas.

Todo esto se enmarca en un problema que es que llevamos 100 años de este paradigma, entonces a la opinión pública, a los medios de comunicación, a muchos sectores de la población les parece que estamos proponiendo algo radical, sin embargo me parece importante decir que en realidad el prohibicionismo sólo ha estado ahí los últimos 100 años. Digo “sólo” en términos relativos del tiempo que la humanidad ha existido. Hay una hipótesis que a mí me gusta utilizar como base que es “toda sociedad humana que ha tenido acceso a una sustancia, la utilizado y la ha normado de alguna manera”, ya sea que sólo podrían acceder por usos rituales, o ciertas elites o ciertos grupos de la población, siempre ha sido la misma sociedad quien ha normado quién, cómo y cuándo. Eso cambió a partir de un proceso globalizador a partir de los últimos 100 años, porque pues a mí sí ya me importa lo que haga el otro país, y al otro país sí le importa lo que haga yo.

Entonces bueno, parece que ya está fuera de la norma, pero en realidad creo que es importante pensar que el prohibicionismo como un paradigma contra el fenómeno de las drogas, es lo que está fuera de la norma, no en términos como más globales.

Me voy a saltar, creo que es lo más importante y es donde quiero definir un poco, hacer una propuesta en donde debiéramos estar debatiendo, “X” tiene un modelo que a mí me parece muy interesante, muy esquemático sobre en donde se ubica el debate de la regulación.

Hasta abajo tenemos este continuum, estos dos polos por un lado el prohibicionismo, o la ultra prohibición de la sustancia, es decir, el Estado dice “esto es ilegal” y por tanto elimino esa realidad, y en el otro polo lo más a la derecha de la gráfica, tenemos la liberalización de la sustancia que parece que es una propuesta que por lo menos el día de hoy nadie plantea de manera seria públicamente, que es dejar a las leyes de la oferta y la demanda, que la sustancia se regule sola. El Estado no tiene ningún tipo de intervención en el mercado o la cadena. Todo lo que hay en medio entre la prohibición y la liberación es lo que llamamos



regulación legal, y ahí quiero hacer un par de acotaciones en los términos. Creo que cuando nos preguntan públicamente “legalizar o no legalizar” es una pregunta bastante dicotómica y burda, porque no contribuye al debate, ya que nadie puede plantearse sí o no para responder a un problema que es complejo y multifactorial. Jurídicamente hablando la legalización simplemente como ese proceso en que uno pasa un producto o un comportamiento de ser ilegal a ser legal, es simplemente ese cambio, pero no plantea ningún modelo de política pública, y es ahí en donde está la discusión real. La regulación legal, cómo regular, acá nuestro moderador es abogado y me podrá decir si no, pero en términos jurídicos “regular” y “regularizar” significa lo mismo, yo en México no lo utilizo, no lo utilizamos públicamente el término regularizar, porque por lo menos en México, me parece que en Chile es similar, la palabra “regularizar” hace sentido a cuando uno se regulariza en el colegio, cuando uno va atrasado y se regulariza, y no queremos dar esta impresión de lo que estamos intentando hacer es normalizar el uso de las sustancias.

En términos de regulación legal, la regulación se plantea varias metas que pasan por la salud pública, que pasan por la seguridad, que pasan por proteger a las poblaciones más vulnerables como son las generaciones más jóvenes, que pasa por proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos y que pasa por maximizar la efectividad del gasto.

En términos muy rápidos los voy a ir pasando porque quiero llegar al tema concreto, las herramientas que tiene la regulación. En términos de salud pública la regulación legal le da al Estado las herramientas, las manos para controlar el uso problemático, la dependencia, incluso controlar el uso recreativo y no dependiente. Le da herramientas para poner a su lugar una serie de servicios de salud alrededor de la prevención, reducción de daños, del tratamiento, de la reinserción social cuando sea necesaria, pero creo que lo más importante y es una realidad en América Latina, le da la posibilidad al individuo, al ciudadano de acceder a esos servicios de salud. El día de hoy los usuarios de drogas somos un monstruo de 4 cabezas que vive de debajo de un puente, criminalizados además en gran parte de la región, incluso si el servicio de salud existe yo no me acerco a él por miedo a ser estigmatizado, por miedo a ser reconocido públicamente. En términos de seguridad, y creo que allí México tiene una voz interesante que cantar, porque creo que no sólo en la región sino que a nivel global somos probablemente el país que ha llevado hasta sus últimas consecuencias el paradigma prohibicionista en términos de seguridad, pues

como decimos en México nos salió más caro el caldo que las albóndigas. 7 años después de llevar hasta sus últimas instancias el prohibicionismo, pues tenemos más de 100.000 personas muertas en la guerra contra las drogas, más de 20.000 personas desaparecidas, que es una cosa sumamente triste, comparable con muchísimas guerras a nivel mundial. En términos de seguridad es quitarle un mercado específico a las organizaciones del crimen organizado, para que el Estado tenga un control sobre eso. Más o menos algo similar a lo que dije en términos de salud ocurre con los grupos vulnerables, muchas veces en el debate público nos dicen “si uno regula las sustancias, quién va a proteger a los niños”, hay una canción de Maná que dice “dónde jugarán los niños”, creo que con la regulación lo que el Estado está haciendo es proteger a los niños, no conozco ninguna organización del crimen organizado que pida carnet de identidad para probar mayoría de edad, o alguna organización del crimen organizado que cuando el menor de edad va acceder a una sustancia se diga “cuidado, no mezcles esto con tal cosa” o “ten este tipo de prevención, no lo consumas en ciertos lugares”. Nuevamente es darle herramientas al Estado para proteger a los menores de edad. Finalmente en tema de DDHH, creo que en ningún momento aunque una legislación sea siempre perfectible en ningún momento se prefiere un contexto o escenario de guerra por sobre una regulación imperfecta.

Bueno, efectividad del gasto México el día de hoy, y no tengo las cifras de otros países, me imagino que debe ser cercana, tiene una des balanza de 16 a 1, eso es por cada 16 dólares que ponemos al detener la oferta, es decir, a militarizar al país, a perseguir a los delincuentes que trafican, a esparcir y deshacer los cultivos que existen, a intentar detener el tráfico, ponemos un dólar al sistema de salud, esto es a la prevención, al tratamiento, a la reducción de riesgos y daños. Con esa desbalance presupuestas no hay ninguna manera de reducir las prevalencias de uso y abuso. Esto es a lo que realmente quiero llegar, que son las herramientas de la regulación, una vez planteadas estas grandes metas en términos públicos que tiene la regulación, con que juega la regulación en términos de modelos de política pública para regular. Entonces en la regulación de la oferta en particular, subdivido el papel que juega el Estado. La regulación en la producción puede poner controles de seguridad, puede poner controles para prevenir fugas o escapes del mercado legal al mercado ilegal, que supongo nos hablará un poco más tarde Raquel desde Uruguay, en términos del producto mismo se puede poner una regulación sobre el control de la calidad, potencia, precio, variedad, tipo de empaque que es lo que sucede con las drogas farmacéuticas, en los expendedores podemos hacer modelos de licencias, podemos hacer capacitación que es un tema interesante para quien está haciendo esta venta tenga alguna especie de juego o rol en la prevención. En los puntos de venta podemos definir dónde se ubica, cómo se ven esos espacios, en qué tipo de densidad poblacional existen, cuáles son los horarios de atención, en términos de mercadotecnia si se puede hacer una marca, publicidad o no, en términos de acceso controlar qué rangos de edad pueden acceder a una sustancia y cuáles no, si hay licencias para usuarios como es de nuevo el caso de Uruguay, si hay privilegio exclusivo de residentes, o si hay algún tipo de racionamiento.

Con todas estas herramientas de la regulación a nivel hemisférico, pues vemos ya los juegos no sólo en Uruguay, sino el caso de Washington y Colorado en Estados Unidos, imponiendo algunas regulaciones distintas en los 2 estados, obviamente en Uruguay también, pero jugando con estos elementos. Yo creo y eso es lo que proponemos desde Transform y México Unido, cinco modelos básicos para regular la disponibilidad, y ahí sí estoy hablando en concreto pues de ese acceso al producto es el tercer punto, y ahí está subdividido, a través de la receta médica o de lugares de consumo supervisado

que es algo que Europa viene haciendo hace más de 30 años, Estados Unidos más de 20 estados lo permiten, a través del modelo de farmacia que es parte del modelo uruguayo, a través de ventas autorizadas que justo el gran cambio de paradigma desde Uruguay hasta Colorado y Washington, los establecimientos autorizados para la venta y el consumo, ahí por ejemplo el símil de una droga legal serían los bares, son establecimientos que tienen una licencia para vender y consumir en el espacio una sustancia específica, y hay ciertas regulaciones de lo que un bar no puede hacer, y finalmente ventas autorizadas sin licencia, que creo que es importante para drogas de mucho menor impacto, el símil de esto sería el café, una droga que el día de hoy muy pocos países tienen una regulación para un consumo en un tipo de establecimiento. Quiero terminar diciendo algo que me parece de lo más importante, que es establecer los límites de la regulación legal. La regulación legal no es una bala de plata, la regulación legal no es la panacea, no dice que alguna sustancia sea inocua, ninguna sustancia es inocua, la regulación legal resuelve el problema del prohibicionismo, la regulación legal no suplente nuestras políticas de desarrollo social, de educación, de salud, no suplente el parentazgo efectivo y el buen parentazgo, no suplente nuestro quehacer de nuestro construir de la comunidad, simplemente responde a la realidad que se ha generado sobre todo en términos de violencia, pero también en las fallas básicas del prohibicionismo que es detener ese uso y abuso de sustancias. El día de hoy como todos ustedes saben, las sustancias no sólo son más accesibles en todos los países de América Latina, si no que el nivel de pureza de las sustancias ha subido, y el precio ha bajado, y en ese sentido es eso a lo que responde la regulación legal, y en esta pregunta retórica si termina con el crimen organizado, si resuelve nuestras fallas de nivel y calidad de educación, si resuelve los problemas de pobreza y desigualdad de distribución del ingreso, pues por supuesto que no. Creo que hay que entender a la regulación legal como una iniciativa legislativa, como una iniciativa de ley que tiene que ir acompañada de varios otros procesos legislativos que lo único que proponen es regresar al Estado a su rol garante de un derecho básico que es el derecho a la salud. Muchas Gracias.

(Aplausos)

Se me olvidó hacer el comercial que es un libro, yo les traje el segundo, el de al medio “Terminando la guerra contra las drogas, cómo ganar el debate en América Latina”, más que un libro yo diría que es una especie de manual o guión de los argumentos centrales a favor del prohibicionismo y en contra del prohibicionismo, a favor de la regulación legal. No traje copias para todos, acá ustedes lo pueden tomar y también lo pueden descargar gratuitamente en nuestro sitio web, y van acompañados de otros dos libros que no traje, el primero es “Una propuesta para la regulación” que es que está a la derecha, justamente el que dice con mayor soltura y mayor detalle de lo que les presenté hoy, y el otro sólo lo tenemos en inglés, estamos en el proceso de transducción y también será gratuito vía electrónica, que es “Cómo regular el cannabis de manera concreta”. Gracias

(Aplausos)

**M.F:** Muchas gracias al señor Aram Barra. Seguimos con la exposición del Dr. Sergio Sánchez Bustos, a quien le agradecemos la organización del evento.

**Sergio Sánchez:** Bueno muchas gracias por haber venido. La verdad es que yo quería conversar es un poco dar cuenta de la situación en la que estamos hoy en día en Chile, y de la situación en la que está también el Colegio Médico de Chile. Nosotros decidimos organizar esta conferencia para aprovechar la coyuntura electoral y de alguna manera propiciar el debate entre las 2 candidatas a la presidencia que tenemos hoy día presupuestadas para el 11 de marzo, pero también entre actores

políticos claves, porque cuando uno analiza los países que han tenido más éxito en la reforma de políticas de drogas como lo es Uruguay, es importante que la clase política se permeee de esto, entienda y sea capaz de reflexionar cuales son las ventajas de tener una política de regulación de drogas que tenga efectiva prudencia al momento de establecer sanciones contra quienes cometen faltas, y no como en la situación actual en la que la política de drogas es peor que el efecto de las drogas en sí misma. Por esa razón quisiera señalar que tendremos algunos actores más políticos durante la tarde, nosotros invitamos a Eduardo Vergara a conversar acá, y hace 2 días fue nombrado asesor de políticas de drogas del comando de Bachelet, así que aprovechémoslo bien, él es la persona que va a hablar autorizadamente desde ese comando. También invitamos gente del comando de Matthei, pero no tengo claridad si finalmente se ha presentado. Y bueno, lo que ha estado pasando aquí en Chile es que cada vez mas ha quedado en evidencia que la ley 20.000 está mal hecha, tiene efectivamente la entrega, autorización para el consumo, está despenalizado el consumo de sustancias, pero todos los otros actos relacionados al consumo que tienen que ver con el acceso, están penalizados. Por lo tanto, es una ironía textual prácticamente, puesto que no se puede acceder de ninguna manera posible a ese consumo, y por añadidura además, la ley permite el consumo medicinal de estas sustancias, pero esto no está reglamentado, por lo tanto el Instituto de Salud Pública no ha reconocido reglamento posible para que las personas que hacen uso medicinal puedan acceder bajo el amparo de la ley, y muchos de estos se encuentran en la clandestinidad de los consumidores medicinales, puesto que no existe forma de acceder a ella\*. Por lo tanto nosotros como Colegio Médico ésa ha sido nuestra preocupación principal, enmarcado en lo que Aram nos contaba, ya que el proceso es mucho más amplio que legalizar o no una planta, es la reducción de la discusión que favorece el conservadurismo, esa discusión no hay que caer en esa trampita, realmente la discusión importante es la reforma a la política de drogas. Lo que Aram nos cuenta es la vanguardia a nivel mundial, yo creo que no hay como Transform u otra organización que esté tan a la vanguardia pensando en las disposiciones regulatorias del futuro para el mercado de la droga. Entonces acá en Chile está la oportunidad, yo he leído con detención las declaraciones de las candidatas que van quedando en pie por esta batalla de la presidencia, y si bien es cierto si uno lee el texto de la candidata Bachelet, es un poco técnico el lenguaje en que está escrito, ahí se dicen algunas cosas interesantes, se dicen “sacar a la cannabis de la lista 1”, esto es establecer su potencialidad terapéutica. Se habla también de despenalizar y darle un tratamiento a nivel de juzgado de policía local, es el modelo australiano en el cual el consumo, las faltas asociadas al consumo de esta sustancia son solamente faltas y se sancionan con multas y no con prisión. Y también se menciona modificar la ley 20.000 en aquellos aspectos que sean modificables, por ejemplo determinar cantidad a portar, a tener, a transportar. Esto abre la puerta a la discusión del autocultivo. Me parece fundamental que tomemos conciencia que esto está ocurriendo, puesto que son los escenarios posibles en los que uno se va a tener que mover los próximos 4 años. Por otro lado cada vez más hemos tenido información de que pacientes y personas están utilizando cannabis cada vez más mayoritaria, y esto persiste siendo un asunto extremadamente delicado puesto que están en la clandestinidad, y el consumo en la clandestinidad no deja de ser un problema legal que puede ser de alguna manera sancionado penalmente. Por otro lado también los médicos hay cada vez más colegas que se están decidiendo utilizar la cannabis dentro del arsenal terapéutico. El otro día conversaba con una doctora del Hospital de Carabineros y me decía que ella estaba de acuerdo con utilizarlo en el propio Hospital de Carabineros. Estamos juntando voluntades para conseguir que se sensibilicen las personas porque realmente como decía José Bouso hace un momento en una reunión más privada, la evidencia científica ya está, quien no reconozca

---

\*N. del editor: Hoy día, sin embargo el ISP ha autorizado el ingreso de sativex\* al país, legalizando de hecho el uso de fármacos cannábicos en Chile. Queda pendiente una reglamentación que implemente el recurso medicinal cannábico a nivel nacional y para toda la población, y no en casos específicos como se ha hecho hasta ahora”.

las potencialidades terapéuticas de estas plantas, no sólo de cannabis, sino de otras también, es porque no está actualizado en la literatura médica disponible, en la literatura científica disponible. Y los políticos que realmente tengan convicción de liderar los procesos del futuro, van a tener que empezar a leer un poquito más y ponerse al día de lo que aquí está pasando. Ahora esto también va a ser tarea nuestra, yo pienso que nosotros como Colegio Médico tenemos que de alguna manera impulsar estos cambios, pero también hay un nosotros más amplio que el Colegio Médico, que es el nosotros, el mundo de la gente que está activamente trabajando por este proceso de reforma. Y en este mundo que incluye a muchos de los que están aquí, siento yo que le hace falta avanzar, madurar, y dejar de caer en peleas pequeñas y ver estratégicamente el futuro con una mirada más generosa y con una mirada que esté dispuesta a hacer cosas de verdad por el bien de la sociedad, y no solamente quedarse engarzado en el camino, con fuegos de artificio, con luces de bengala que finalmente conducen a elementos de índole comercial y política, que le hacen bastante daño al trabajo que se ha hecho durante los últimos 10 años. Eso es más menos el tenor de lo que yo quería conversar, la verdad que el objeto mío es que se aproveche la presencia de nuestros invitados de lujo, todos son líderes a nivel mundial, y que también se establezca un diálogo franco con quienes deseen participar. Eso, muchas gracias.

(Aplausos)

**A.B:** La dirección de la página me la están pidiendo porque no se alcanza a ver, la primera (DE Transform) es [www.tdpf.org.uk](http://www.tdpf.org.uk), y la segunda de México Unido es [www.mucl.org.mx](http://www.mucl.org.mx)

**M.F:** Bueno muchas gracias al Dr. Sergio Sánchez Bustos. Seguimos con la presentación de la Dra. Raquel Peyraube, que como bien la presentaron es la directora de la clínica ICEERS y asesora del Gobierno uruguayo en Políticas de Drogas. La Dra. Tendrá 20 minutos más un plus que ha dejado libre el Dr. Sergio Sánchez Bustos.

**Raquel Peyraube:** Bueno Sergio en función del momento histórico que está viviendo mi país, me animo a decir que es un momento histórico que está viviendo Latinoamérica. Primero, porque somos país de un contexto hermanos, y segundo porque creo que también está generando lo que estamos haciendo, movimientos, no es casualidad que hace un año cuando Uruguay pateó el tablero como me gusta decir, empiezan a aparecer en voz alta lo que muchos pueblos estaban sufriendo en silencio. Es el mérito que le atribuyo al presidente José Mujica, que es haber dicho en altavoz algo que muchos estaban pensando y sintiendo. Pero que como siempre los políticos son muy complicados, como que se ponen la tachuela ellos mismos, entonces es muy difícil, entre que sus tiempos no son los tiempos de la gente, como los jueces, es terrible, y que además está la convención, y que quedo mal con fulano y mengano, si uno no se anima a romper con todo eso, en realidad no está cuidando a sus pueblos que es lo que se comprometió a hacer cuando asumió a los cargos que asumió. Entonces Sergio me encargó que compartiera con ustedes la experiencia, el tema es que mucho de lo que hizo Uruguay, es lo que describió Aram.

Es que sí entre otras cosas, Transform fue una institución que visitó Uruguay entre alguno de los consultores con los que hemos trabajado, en este caso había venido a visitarnos Steve Rolles, pero ha sido una de las referencias metodológicas que usamos para contrastarnos con lo que estábamos haciendo. Uno tampoco tiene por qué atarse a lo que ha hecho, y tampoco creerse que no tiene que contrastarse, medirse, monitorearse. Y me parece que ese es el juego, y una de las cosas que podemos empezar a colaborar entre los países del hemisferio. Entonces

yo voy a aprovechar de meterme con algunas cosas que tienen que ver con lo que se hace en esta casa, que es que tiene que ver con los aportes que pudo haber hecho y no hizo la medicina, mis colegas, y el abandono que hicimos los médicos de esta temática en manos de traficantes de esperanzas, porque hay traficantes de drogas pero también hay traficantes de esperanza. Entonces yo creo que la legalización de la marihuana que es el proceso en el que estamos embarcados en Uruguay, supone un desafío ético y formativo para todos los concernidos. En realidad la mayor parte de la gente que opina, aunque suene muy antipático lo que voy a decir, en mi país por lo menos la opinología es una especialidad que no está en la universidad pero la detenta un montón de gente, y entonces con él “a mí me parece” y no te lo cobran, entonces fácilmente la gente hace esto: “a mí me parece, y a mí me parece” y está bien que a nosotros nos parezcan cosas, pero uno no puede gobernar un país, y no puede intentar mejorar el sufrimiento de la gente con lo que uno haría en su casa, y de esto se trata lo que voy a hablar, la diferencia entre una política pública, y mis definiciones de vida no son más que eso. Las mías de vida terminan en la puerta de mi casa, y las políticas públicas tienen que ser un enorme paracaídas que generosamente ampare a la mayor parte de la población y no los que se parecen a mí. Las políticas públicas de drogas del presente han protegido al 10% de la población de usuarios, y al 33% de la población que nunca se hubiera drogado.

Entonces me parece que como política pública además de todos los resultados que dio, ya de por sí es un fracaso. Ése es el primer desafío ético, y es salirnos de donde hemos estado hasta el presente para empezar a pensar en toda la gente, y no pensar en los que se parecen a uno.

Y por otro lado formativo, que es empezar a estudiar, la mayor parte de los argumentos que se usan en contra la legalización, están asociados a literatura sesgada, no son ensayos randomizados doble ciego, en general mucha de esa literatura ha sido promovida por NIDA (National Institute on Drug Abuse) y por la DEA (Drug Enforcement Administration). Y otros tantos han sido estudios observacionales con sesgo, como por decir que la marihuana produce esquizofrenia.

Si uno va a una clínica donde están internados pacientes portadores de esquizofrenia, y les pregunta si consumieron drogas, en una cultura en la que además la droga más consumida es la marihuana, seguramente que sí. Entre otras cosas, porque una persona que sufre esquizofrenia cuando empieza a sentir el malestar no sabe qué le pasa, y de alguna manera va intentando encontrar respuestas, e inclusive respuestas y también alivio. Y ya sea que es el viaje que le propone una droga, o el alivio que le produce en su angustia de no comprender lo que le está pasando, consume marihuana. Y esto se ha dictado para generalizar que la marihuana produce esquizofrenia, pues hoy sabemos, que uno de los componentes terapéuticos de la marihuana, si hay algo que hace es tratar la psicosis, la esquizofrenia.

Lo mismo que lo de la escalada, esto que se dice que la escalada es un proceso que se parte con la marihuana, porque en los centros de tratamiento de los usos problemáticos de las drogas, sobretudo cocaína, pasta base y alcohol, cuando se les pregunta cuál fue la droga que consumió antes, el alcohol no está incluida, siempre hablamos de las ilícitas, y sí lo primero que de lo ilícito fumó fue marihuana, y tal vez antes tomo café con leche, pero no por eso vamos a decir que el café con leche fue la puerta de entrada a la marihuana.

Con esto pretendo que como colectivo sudamericano restablezcamos la relación con lo obvio. Si hay algo que la problemática de las drogas y la prohibición generó fue la



rotura de la relación con lo evidente. Lo evidente es que hace 40 años hacemos algo y no funciona, y queremos seguir haciéndolo. Lo evidente es que decimos que queremos nuestros hijos se paren de drogar porque están en riesgo, pero cuando se escapan de un tratamiento porque los maltratan, bajo directiva los terapeutas nos dicen que no le abramos las puertas para que vuelvan al tratamiento y los dejamos en la calle. Lo evidente es que el usuario mismo cree que a él no le va a pasar otra rotura de relación, “a mí no me va a pasar (...)” y también le pasa. La prohibición si hay algo que no nos ha dado es la libertad de relacionarnos con lo obvio, y con humildad, dejarnos mirar por los otros y que no se sigan rompiendo las redes solidarias sociales que estas problemáticas lo rompen.

La primera que lo rompió fueron las dictaduras latinoamericanas, y lo siguió rompiendo esta problemática. Entonces cuando me preguntan ¿cuál es el problema?, yo digo que para definirlo, primero vamos a tener que ver si a la legalización le exigimos lo que no le exigimos a ninguna otra situación legal, porque le pedimos todo: no equivocarse, no venderle a menores, desviación al mercado negro, cosas que en 40 años nos hemos callado la boca.

Si es una solución al problema de las drogas, otros me dicen que los que trabajamos desde la perspectiva humanitaria de la reducción y ética de la reducción de daños ya estamos resignados, si estamos resignados son un ideal moral, sin duda que sí, pero no estamos resignados a un ideal humanitario que no es lo mismo. A veces se confunde ideal, ideal moral con un ideal ético, que no es lo mismo. O simplemente va a ser una medida de nuestra sensatez.

Hemos aprendido a definir el problema de las drogas como un problema de salud y enfermedad, o criminal. Porque lo que trasciende siempre son casos escandalosos, uno los ve en la televisión porque son y dan testimonios, la primera rotura de un pacto ético en los servicios de atención y salud, no se puede exponer a un paciente, porque se rompe la confidencialidad.

¿Cómo se usa a los pacientes en esta problemática? Para hacer propaganda institucional, y testimonio ¿de qué?, ¿testimonio de una ilusión de haberle ganado una guerrita contra las drogas? Este es un botín de guerra. Los pacientes de los programas son botín de guerra, que se exponen como propaganda institucional, rompiendo la confidencialidad, otro desafío ético. Solamente hablamos de usos problemáticos de drogas cuando se cumplen una de estas cosas, y ustedes dirán “pero esto nos pasa a mucha gente, que no tenemos ni salud psíquica o física, relaciones de pareja.

Claro, para decir que hay un problema de drogas, alguna de nuestras áreas vitales tiene que estar afectada, pero sólo si se vincula al uso de la sustancia. Esto quiero decir que si mi mamá está enojada conmigo, o fue a consultar a su psiquiatra porque yo fumo marihuana una vez por semana, eso no es un problema de familia porque yo fumo marihuana, eso es un problema que tiene mi mamá. Porque mi uso ocasional de una vez por semana, por más habitual que sea, no me va a generar problemas en ninguna de mis áreas vitales, y ése no es un problema de familia vinculado a la sustancia, si no vinculado a la prohibición. Las mamás se angustian comprensiblemente porque sus hijos son pensados como criminales, otra consecuencia de la prohibición, y además les cuesta llevarlos a pedir ayuda, si nadie quiere ir. Entre el 60% y 80% de los pacientes que usan drogas jamás hubieran pedido ayuda si no están en situación crítica, y mucho menos a los médicos. ¿Y por qué pasó esto?, porque los médicos hemos abandonado estos pacientes, los dejamos en manos de programas religiosos, dogmáticos, donde no se exige un diagnóstico para definir un tratamiento, donde no se considera que la gente tenga esta entrada, el asunto de

los operadores terapéuticos, es maravilloso, pero no hay operadores terapéuticos ni para diabetes, ni para asma, ni hipertensión, ni trastornos neurológicos...

¿Qué nos pasó? Nos pasó que el velo de la prohibición no nos dejó pensar con la libertad que exige la ciencia, estas son las otras consecuencias de la prohibición. No nos dejó pensar en estas personas como pacientes. Yo como toxicóloga era llamada en emergencia para decirme “sácame esto de acá”. Y estoy segura que esto pasa en Chile, como pasa en todos los países con los que he hablado, Ingrid sin ir más lejos me comentaba lo mismo, es la ilusión de que este señor, del temor, va a desorganizar la guardia, va a hacer un escándalo y claro, se cumple la profecía autocumplida, si de mí se espera que sea un delincuente lo seré, si de mí se espera que agite, lo voy a hacer. Porque ése es el lugar asignado en el colectivo social, yo represento eso. Entonces estas cosas que parecen tan locas, son las que uno viene viviendo hace 26 años. Entonces uno lo puede pensar como un problema de salud, y yo prefiero pensarlo como un problema geopolítico, para que no sigan pasando estas cosas. ¿Qué es un problema geopolítico? Es algo que se define en algún lugar de la geografía, en un lugar donde se definen políticamente cosas que afectan territorios que están en otra dimensión. Eso es lo que pasa con América Latina. Lo que se define en Viena, nos prohíbe hasta de los cultivos tradicionales como los de la coca en la cultura Aymara, para preservar un país que no somos nosotros.

Cuando decimos que es un problema de salud, yo digo que no es un problema de salud, y si lo seguimos pensando así, vamos a seguir incurriendo en el error, esto es un problema geopolítico que tiene expresión socio-sanitaria y criminal. Es como decir “me duele la cabeza, tengo cáncer adentro de la cabeza”, o sea el problema es el cáncer, no el dolor de la cabeza. Bueno, lo que tenemos es un dolor de cabeza cuando hablamos de salud, y lo que tenemos es un cáncer, cuando hablamos de la prohibición.

Y otra acepción que a mí me parece muy importante es entender el uso problemático de drogas, pero es un problema de ciudadanía. La ciudadanía debe ser entendida como el ejercicio de derechos y responsabilidades de todos los concernidos, y eso incluye a los actores políticos, a los médicos, a los usuarios de drogas y a toda la ciudadanía.

Nosotros siempre estamos hablando como cultura judeo-cristiana del ejercicio de la responsabilidad, y nos olvidamos que nosotros tenemos el derecho a ser buena gente, el derecho a ser éticos, el derecho a producir conocimiento nuevo para situaciones de enfermedad, no sólo tenemos la responsabilidad, en tanto personas tenemos ese derecho. Muchos médicos no se dan del lugar en el que están ejerciendo, cargando el peso de la prohibición, y haciéndose cargo a través de los tratamientos de hacer una represión que no nos compete.

Nuestro lugar es el de acompañar a las personas, a pesar de sus decisiones, a mejorar su calidad de vida y sobrevida en tanto posible. No a definir cuál es el ideal moral humano, y nosotros pautarlo y ellos deben encajar en ese ideal moral. No lo hacemos con otros, ¿por qué con el tema de drogas?

En la historia del positivismo esto tuvo mucho que ver. A partir de los primeros años del siglo pasado, el positivismo definió la salud de los pueblos en Estado de bienestar, el Welfare famoso, y eso suponía ser A-Z, la perfección de la raza humana, en fin. Y en muchas situaciones lo que eran las epidemias se utilizó el modelo higienista, pero esto tiene que ver con otras dimensiones que no son la infección, tiene que ver con la dimensión de las pertenencias, del malestar en la cultura, del placer, de cómo me integro y me socializo. Entonces ese modelo positivista de austeridad en el que los médicos

pasamos a ser la policía y custodia de esto no nos ayudó. Nos alejó de estos pacientes y de ser considerados que podíamos ayudarlos.

Pero también nos alejó de la educación y la prevención, no sabemos cómo enseñar ni qué decir, sabemos decir “just say no”, como “mamá” Nancy Reagan dijo, ése es el modelo just say no de Nancy Reagan, en el primer año aumentó un 33% el consumo de drogas en Estados Unidos fue muy bien evaluado. Entonces ¿cómo se pone en evidencia todo esto que yo digo fracaso?

Esos son los indicadores, y son indicadores para toda América Latina, para Asia, para África, para Europa hasta que empezó con las políticas de reducción de daños.

Entonces las políticas de drogas tienen que tener necesariamente 3 pilares, el de la reducción de la oferta que es el que más se pone, porque además la UNODC es Naciones Unidas para las drogas y el crimen, no hablan de la salud ni nada, queda claro que no es un problema de salud, si no hubieran puesto... de hecho era UNDCP y pasó a ser un UNODC, uno tiene que aprender a leer cómo las organizaciones internacionales dan cuenta de lo que piensan. El apoyo internacional es para la represión, no es para la prevención y la salud. Y se ocupa de la disponibilidad de drogas y el lavado de activos, la reducción de la demanda es a través de la prevención y tratamientos, evitar que la gente pida, pero en todas nuestras políticas ha faltado lo que demostró dar vuelta la situación en Europa cuando la epidemia de VIH/SIDA estaba haciendo estragos, que es la reducción de daños.

¿Qué es la reducción de daños? Son las políticas, programas y prácticas orientados a reducir los efectos negativos del uso de las drogas en sí, de cómo se la usa, esto quiere decir, las drogas no producen SIDA como dice la gente, tiene SIDA porque usa droga, no, no, no. Es por cómo las usa, se inyecta compartiendo jeringa, él tiene hepatitis C porque las drogas producen hepatitis C, no, no producen hepatitis C, es cómo las usa.

Y finalmente, algo muy interesante se ocupa de los efectos negativos de la respuesta social al problema. Las políticas públicas son la respuesta social y cultural al problema de las drogas. Así que tenemos que empezar a hacer reducción de daños, y en mi país se entendió que la legalización era una medida de reducción de daños. ¿De qué daños? De todos los que habló él, hay otros, pero yo me voy a permitir porque estoy en esta casa, de que nosotros tanto los políticos, no sólo las políticas de salud pública, sino también toda política vinculada al tema droga, debería tener en cuenta los pilares éticos de la salud pública, que es muy sabia.

Y lo que dice es “primero no dañar antes de hacer el bien” primum non nocere, después el principio de beneficencia, el de justicia social en equilibrio con todo esto y sabemos que los usuarios de droga no hay justicia social para ellos porque no pueden elegir los tratamientos porque están determinados por cuestiones económicas, y porque los que a veces hay, a los que ellos pueden acceder tienen muy mala calidad, pero se tienen que resignar y conformar. Y el principio del derecho a la autodeterminación.

No existe política pública que si respeta esto pueda ser dignamente nombrada como política pública, porque todo lo que hacemos tiene una deontología, como debe ser hecho y en la guerra contra las drogas todo vale con tal de luchar contra las drogas. No es verdad. Porque si fuera así los resultados hoy serían otros. Entonces yo no me voy a detener en cuáles son los beneficios porque ya habló Aram, pero sí algunos que tienen que ver con la salud, que es el control de calidad de la sustancia, y por lo tanto disminución de las enfermedades vinculadas a los adulterantes que por lucro el traficante agrega, la disminución en el consumo de drogas

más peligrosas, separar los mercados, van a comprar una cosa y bueno el efecto supermercado, uno va a comprar dentífrico y vino con frutillas, cereza, el último marca de dulce de leche, zapatillas que no precisaba, eso pasa también en esto.

Ustedes disculpen también como es mi estilo, pero trato de ser caricaturesca, pero claro la idea es que todo el mundo entienda que estamos hablando, cuando hablamos del efecto góndola. La mayor facilidad para acceder a la consulta, si algo no está prohibido, que es lo que está pasando en mi país con el aborto, las mujeres jóvenes morían desangrándose, no iban a pedir ayuda, porque habían ejercido un acto prohibido, pero si ese acto deja de ser prohibido, ¿no será que se abrirán las puertas del sistema de salud para los usuarios de drogas porque ya no voy a ser criminalizado en tanto tal?, ¿no será que vamos a cambiar el lugar de la relación médico-paciente y que el modelo higienista nos separó, para ponernos juntos en el mismo lugar del mostrador, como hemos hecho con tantas otras situaciones de enfermedad? Y así podría seguir, pero me interesa mucho agregar en uno de los efectos beneficiosos, ya no en el ámbito económico ni político, eso es todo lo que habló Aram, sino en la potencial utilización médica, que esto también es un deber que tenemos ¿por qué no hemos desarrollado conocimiento con esto? ¿Por la prohibición? Fíjense que en mi país la ley vigente nos permite hacer investigación, y nos permite consumir constitucionalmente, igual que aquí, pero el acto preparatorio es un delito. No hay una sola investigación que se haya hecho, ni un proyecto que se haya propuesto ni que se haya autorizado, a pesar que la ley lo permite. Muy brutal esto.

¿Cómo los médicos hemos permitido que en algo que no tenemos resultados, y que los resultados son espantosos, el 60% de las personas que estuvieron internadas 8 meses en una comunidad terapéutica recaen en el primer mes de egreso, y porque no le trataron la dependencia química, lo que le trataron fue el problema de conducta que le genera el uso de la sustancia, los hacían lavar pisos, desarrollar tolerancia a la frustración con medidas sádicas, etc. Y claro, el 90% recayó al año, ¿qué pasa con la familia? “Me traicionaste, fracasaste”. No, no fracasó, es así. Entonces tenemos que desarrollar investigación para mejorar las condiciones de la problemática, pero también porque la marihuana tiene una cantidad de productos en el equilibrio de la planta que pueden ser prometedores, como salieron otras plantas hasta para la insuficiencia cardíaca, la negación de la insuficiencia cardíaca salió de una planta, entonces no lo hemos hecho.

Pero tampoco la industria, nuestras poblaciones necesitan, los gobiernos y los países necesitan aumentar el mercado de trabajo, y esto podría ser una industria, la industria del cáñamo, se pueden hacer desde casas hasta aceites, pero la prohibición no lo permitió.

Un autor muy famoso, Bernard Roques, quien fuera director del INSERM<sup>1</sup>, a pedido de Bernard Kouchner, le pidió que hiciera una revisión de las sustancias, de la peligrosidad de las drogas, el libro se llama así “La dangerosité des drogues” donde él evalúa cual era la peligrosidad de las drogas según una serie de indicadores, con rigurosidad científica, para ver qué iba a hacer el gobierno francés. Le encomendó el estudio, lo informó, pero bueno no reformaron porque fueron para atrás.

Pero se vio que el primer grupo de mayor peligrosidad era el que incluía la heroína y otros opiáceos, la cocaína, el alcohol, el éxtasis y algunas benzodiacepinas como el flunitrazepam que mata neuronas y los médicos prescribimos alegremente, sobre todo a las personas mayores de edad porque no pueden dormir, y esto les rompe el pequeño capital neuronal que les iba quedando. Pero es legal, tiene neurotoxicidad a diferencia de la marihuana que no la tiene, pero es legal.

En el segundo grupo el tabaco que podría por alguna de sus características estar

---

<sup>1</sup>INSERM de París, que es el Instituto de Investigación en Neurociencia de Francia.

en el primero, psicoestimulantes, anfetaminas que tienen diferencias con la cocaína, los alucinógenos y las benzodiazepinas. Y el cannabis está en un alejado tercer grupo solo.

Los que tengan interés les puedo pasar en base a qué se determinó esto, y van a ver que no le hemos aplicado mucho rigor a esta historia, por eso me parece muy bien, y aunque no es el mismo tipo de grupo, que la Dra. mi colega Bachelet, esté pensando de cambiarlo de grupo.

Entonces, ¿cuáles son los obstáculos? Lo que decía hoy, el idealismo moral, la dificultad de la sociedad para aceptar el consumo de drogas, las barreras políticas, son tan fáciles las políticas entradas en la prohibición, no hay que hacer nada, basta decir “no”. Todo esto supone, inversión de recursos, desarrollo, dignidad, es más complicado, obviamente.

Los tratados internacionales y acá me voy a detener, todos los gobiernos y el mío fue el primero que nos preguntó ¿y los tratados internacionales? Los vamos a romper, pero no, no, no hay por qué romperlos. Los tratados internacionales tienen jerarquías, y por encima de cualquier tratado internacional está los tratados internacionales de derechos humanos. Las leyes, las convenciones de drogas están por debajo de los derechos humanos ¿Qué derecho humano de los pueblos latinoamericanos no se ha vulnerado? Diría que todos. Así que no tenemos problemas. Las posturas religiosas, sobre todo en los gobiernos que tienen religión, y la falta de educación pública sobre la naturaleza y los efectos de las políticas de drogas. Las cosas no son lo que nos gustaría que fueran, son lo que pueden ser, poder acercar esa realidad me permite acercar a la problemática con medidas más sensatas, mas posibles de usarse, de que tengan un correlato con la realidad. Trabajar en esto, díganmelo a mí después de 26 años supone para estar así de entusiasta todavía mucha convicción, y realmente un sentido de compromiso y de vocación de servicio. Pero tenemos que aprender a controlar nuestros valores morales y nuestras ideologías y tenerlas bajo control para poder negociar, pero también para poder mirar la realidad, no con el cristal de nuestra vida personal, sino desde la necesidad de los colectivos. Entonces sería bueno que pudiéramos controlar eso, para poder definir intervenciones que mejoren la vida de las personas, pero de todas las personas no de algunas, los usuarios de drogas también integran estos colectivos, la prohibición nos los hizo sentir aparte, son parte del colectivo que todos integramos, y parte de su sufrimiento está la exclusión social que agrava su consumo. Muchas Gracias.

(Aplausos)

**M.F:** Bueno muchas gracias a la Dra. Raquel, vamos a pasar a este intercambio. Preguntas del público a cualquiera de los expositores y expositoras.

**Público:** A Raquel: Le quería hacer una pregunta en relación a los últimos estudios que han salido en resonancia magnética funcional, y también un estudio bien grande que salió el año pasado, un estudio australiano acerca del consumo en adolescentes. ¿Cuál es el rol o la importancia que usted le da a esos estudios nuevos que salen de resonancia magnética, que son de pocos pacientes, y más que nada, los otros estudios observacionales en países donde claramente existe un sesgo en ese contexto?

**R.P:** Bueno la opinión creo que la dije de entrada, que opinaba de los estudios sesgados. Con respecto a los otros, creo que debemos profundizar, no me conformaría con causísticas pequeñas, pero a priori decir lo que pienso. Yo siempre entiendo que el uso de drogas psicoactivas por el funcionamiento que tienen, salvo excepciones en donde puede estar indicado, debería empezarse una vez completada la madurez neurológica y psicológica. No recomiendo el uso de sustancias psicoactivas personalmente en embarazadas, pero si una embarazada está usando pasta base, y me dice que logró parar con marihuana, no es lo mejor para su bebé, pero sin duda va a tener mejor peso del que hubiera tenido al nacer si hubiera seguido con la pasta base, porque la marihuana aumenta la ingesta, así que por lo menos bajo peso no va a tener.

Pero más allá del humor no recomiendo el uso de psicotrópicos en general (porque además vienen con contaminantes) en personas que no han completado el desarrollo. No obstante, hay situaciones en que yo misma los sugiero. De hecho fui muy cuestionada en mi país cuando de hace más de 10 años atendiendo menores yo le pedí a los que consumían pasta base y cocaína, le pedí a sus padres que fueran a comprar la marihuana porque no tenía la posibilidad de separar el mercado de otra manera, y paraban, paraban de consumir. Ahora en mi país es más usado esto, se legitima usar un poco más la marihuana medio artesanalmente como un efecto-sustitución en el sentido que cambia la ansiedad, angustia, síndrome de abstinencia, etc.

Habrà que ver si tiene otras bondades que podría tenerlas también. Entonces, en situaciones donde uno se encuentra con niños de calle, que están consumiendo solventes, que disuelven su cerebro literalmente lo digo toxicológicamente hablando, la melanina no le queda y otras cosas tampoco, o pasta base de cocaína, cocaína fumable que aparentemente rompería los microtúbulos, la estructura neuronal ¿y no vamos a hacer reducción de daños en ellos? Y apostar por una sustancia que sí, que si bien, puede alterar de alguna manera protestando contenidos dentro de un tratamiento que pudiera ayudarlos, porque es un tratamiento sumamente económico, y es lo que podrían tolerar culturalmente, esta población no tolera las internaciones, esta población no tolera la medicalización con psicofármacos, pero culturalmente sienten que les queda próximo el uso médico con cannabis ¿No lo haríamos? ¿No lo haríamos como parte de un proceso del cambio? Yo creo que no me temblaría el pulso, como no le tiembla el pulso a algunos colegas cuando les prescriben flunitrazepam a los ancianos.

**M.F:** ¿Otra pregunta?

**Milton Flores:** Soy psiquiatra, Director de un equipo de investigación, TRIAGRAMA. La pregunta es la siguiente, de acuerdo a los tratados internacionales uno puede conocer que se plantea un orden de la condición humana en donde se incluyen ciertas dimensiones más esenciales en la existencia, en la visión sostiene. Se establece que hay un plano de energía transmaterial o espiritual que está habitualmente desatendido, que sin embargo tiene ciertos territorios que están consagrados para el despliegue de esas potencialidades, y que es precisamente esa soledad, ese abandono de ese plano el que está a la base de los problemas de drogas. En la experiencia que tenemos nosotros aquí en Chile, podemos señalar que efectivamente se ha reconocido, recientemente un capellán del Hogar de Cristo habló de cómo la angustia existencial está a la base de estos problemas, y que quedarse solamente girando en torno al síntoma que sería el consumo inconducente, es no querer hincarle el diente al

problema de fondo, que es justamente la falta de atención de esto. Mi pregunta, doctora, en Uruguay da la impresión de que se desconoce la presencia de usuario responsable que efectivamente estarían dándole atención al cultivo de este plano de existencia ¿cuál es la comprensión que se está manejando? porque, a mi por lo menos me parece que se está con todo el ejercicio que tiene que ver con abordar los síntomas y los problemas en ese plano, ¿se sigue desconociendo esta comprensión más profunda de la condición humana? ¿Cuál es su opinión al respecto?

**R.P:** a ver, lo que se trata de los tratamientos que tienen que ver con la salud mental, hay muchas escuelas de intervención; está la psicoanalítica, la transpersonal, hay muchas. Y este planteo que usted me hace de alguna manera tiene que ver con una comprensión del sufrimiento psíquico, son las hipótesis de comprensión del sufrimiento humano. Y me parece legítima, y posible, pero la proyección que esto pueda tener en una política pública va depender cómo lo hacemos con otras cosas, de que pueda ser demostrable, que tenga para todos los sujetos una aplicabilidad. Como decimos bueno, sabemos que si te duele la cabeza, el ibuprofeno, es una posibilidad, tal vez no todos los dolores de cabeza pero la mayoría. Las comprensiones de los sufrimientos humanos me parece que van por otro lugar, y tiene que ver con el confort con los propios pacientes, se encuentran en cada una de las líneas de intervención, y yo de eso soy sumamente respetuosa, es el paciente el que se siente identificado, y no las teorías en las que encajan, hacen que encajen los pacientes. El que siente que en ese espacio puede encontrar la explicación de su sufrimiento o que él pueda comprender su sufrimiento, porque a veces tal vez sea otro, pero si a él le sirve ése, yo soy profundamente respetuosa. No me parece que yo tenga la idoneidad para definir cuál si cuál no, y qué dimensión debería tener en una política pública, qué lugar tendría que tener en la política pública esta dimensión, me parece que eso lo van a tener que demostrar las demás personas que trabajan desde esta perspectiva, y hacer sus aportes para enriquecer las políticas públicas.

**M. Flores:** Esta perspectiva es trascendente a la opinión que se le pueda tener, porque es una perspectiva jurídica, en donde jurídicamente establece una condición que es la que tiene que ser incorporada por los pactos internacionales, o sea no es una cosa que alguien opine tal o cual cosa. Aquí la ley por decirlo así, la Convención Interamericana, la Declaración de Deberes y Derechos del Ser Humano, el cual todos en todas partes están firmando, asumen como principio la condición humana de esta categoría, por tanto es un imperativo, no es algo que uno pudiera decir “ah voy a usar esta condición humana o esta otra”, a menos que uno quiera estar fuera de la ley, o sea ése es el punto, porque aquí hay un planteamiento jurídico que está de fondo y en el cuál hay consenso, o sea no es una cosa para relativizar, a menos que queramos relativizar los principios de la Convención Interamericana y de la Declaración de Derechos y Deberes.

**R.P:** No, a ver, quizás o yo no le entendí o no fui clara. A mí lo que me parece es que uno no puede obligar a las personas a que hagan uso de su derecho, es tan sencillo como eso. No puedo negarle que lo tenga, pero si él no lo quiere ejercer yo lo tengo que respetar. Si una persona no quiere hacer un tratamiento en el que pueda resolver o intentar encarar su trascendencia, yo tengo que podérselo respetar. Porque sino, estaríamos siendo tan coercitivos... y otra cosa es que el Estado no le respete ese derecho, pero también le

tengo que respetar el derecho a la autodeterminación, entonces yo no puedo ejercer la obligatoriedad. Ahora, que los tratamientos, yo como Estado pueda obligar a que haya un espacio para la contemplación de esa dimensión, pero claro que sí, todos los abordajes psicológicos, transcendentales, etc. Pero yo no le puedo obligar a las personas a que ejerzan un derecho que de pronto uno se siente que no es el momento oportuno para ello, esa es mi visión.

**M.F:** Tenemos dos preguntas por aquí adelante, la compañera acá de rojo y señor de amarillo. ¿Se pueden presentar antes de hacer la pregunta por favor?

**Rodrigo Sepúlveda:** Rodrigo Sepúlveda, yo soy periodista del canal 13, aquí estoy, detrás doctora. Bueno, frente a este tema que ha sido bastante polémico, en Chile al menos se ha discutido bastante. Aquí tenemos incluso una persona que tuvo un problema judicial respecto al tema, y parece que la discusión no va a parar de aquí hasta que se tome algún tipo de resolución. Pero en términos prácticos quienes sufren este problema son enfermos y personas que tienen dolor físico. Usted dijo algo muy llamativo que me gustaría poder reforzarlo, o como decimos aquí en Chile una muy buena cuña, dijo “A mí no me temblaría la mano en recetar marihuana”. ¿Cuáles serían, según su visión, esas justificaciones médicas? por ejemplo para alguien que tenga este problema, que sufra de dolor crónico incluso.

**R.P:** Cuando digo que “no me tiembla la mano” no quiere decir que no tome precauciones, y que no evalúa si ése es el perfil que no supondría un riesgo mayor. ¿Cómo prescribimos los médicos? Con una evaluación de la relación costo-beneficio. Si el riesgo del efecto secundario que yo podría promover con el uso de este medicamento, de esta sustancia, o aun de esta terapia psicológica, que también tienen efectos secundarios, el beneficio probable sería mayor que el daño que le podría potenciar, que le podría causar. Entonces por ejemplo, cuando me dicen que una persona que tiene una situación de cáncer con compromiso óseo y que no ha logrado el alivio con el uso de los opiáceos, y sabiendo que la marihuana optimiza el efecto de los opiáceos, yo intentaría primero asociarla, primero porque no es mayor la dependencia que genera la marihuana que la que generan los opiáceos, y segundo porque yo creo que el problema de la dependencia química lo hemos sobrevalorado, porque en nuestra cultura representa un anti-valor libertario, pero el diabético es un dependiente químico, la diferencia es que no altera aparentemente su estado de conciencia, pero es un dependiente químico. Entonces, ¿cuál sería la evaluación? Es, mientras no tengamos las evidencias científicas de cómo se comprueban con otros medicamentos, ¿cuáles son las razones basadas en las experiencias que hacen a veces automedicación los propios pacientes, que me orientaría a pensar que puede ser beneficioso para esta situación de enfermedad y evaluando la relación costo-beneficio? Si lo puedo recomendar o no.

**R.S:** Por último, quiero ahondar un poquito en eso ¿Cómo puede convivir esta situación en relación a lo social también? Acá hay una sanción social que es inevitable, por mucho que esté existiendo este tipo de conferencias, también seminarios frente al tema. Hay gran parte, sobre todo en nuestro país, de chilenos que no están de acuerdo tampoco



¿Cómo podrían convivir, según su experiencia en Uruguay estas dos situaciones? Que evidentemente parece ser beneficiosa.

**R.P:** Si, de hecho en mi país estamos conviviendo con la mayoría de los que no la quieren legalizar, son mis colegas, a si que imagínate como estoy conviviendo. Pero a ver, ¿cómo convivimos durante 40 años? Sometidos a una hegemonía del fracaso. Y bueno, en algún momento van a tener que ceder la derecha y ser comprensivos. Tuvieron su cuarto de hora y ahora quizás, es el momento de empezar a intentar cosas que no tengan que ver con yo y reconfirmar mis ideales o lo que a mí me gusta y me parece, si no con lo que me empiece a demostrar que puede ser mejor para las mayorías. Así no podemos seguir ¿cómo se van a reconciliar? Y nos daremos la mano, como se la venimos dando hace 40 años a los que detentan estas políticas. Respetuosamente.

**M.F:** Tenemos una pregunta más, aquí la señorita.

**María Jesús Riveros:** Hola buenas tardes, mi nombre es María Jesús Riveros, yo soy nutricionista y actualmente candidata a Magister en Nutrición Clínica en adultos de la Universidad Católica. Y bueno, además soy integrante de Cultiva Medicina, una de las agrupaciones que ha colaborado acá, y me interesa bastante preguntarle primero a Aram Barra si en México ¿se está implementando o probando fondos para investigación a nivel clínico?, porque actualmente, personalmente informada más que nada con respecto a políticas públicas, pero más que nada en investigación a nivel clínico, y en segundo lugar al Dr. Sergio Sánchez si con esta posible bajada de la marihuana a la lista 2 ¿qué tanto se abre el espectro de investigación? Y si ¿el gobierno estaría dispuesto a entregar fondos para esto?

**A.B:** Bueno no se está dando ningún tipo de fomento financiero a la investigación, aplica básicamente lo mismo que dice Raquel para Uruguay, de hecho hay varios médicos y profesionales de la salud que públicamente dicen, como no pueden hacer investigación porque no tienen acceso a la sustancia. Hay un par de expertos que hacen investigación con acceso ilegal a las sustancias, que obviamente los pone en un lugar complicado, públicamente hablando. Pero no, no existe. Por eso empecé diciendo que me parecía muy importante el evento, no sólo en términos de fomentar el debate, sino lo simbólico que representa que sea aquí. Generalmente el sector de la salud en México, al igual que en Uruguay, al igual que me imagino en Chile y gran parte de América Latina, son quienes están principalmente en contra, de cualquier tipo de regulación legal de ninguna sustancia, y por eso a mí me importaba dar esas definiciones de políticamente, qué opciones hay. Creo que, y es muy respetable, creo que muchas de esas posiciones más médicas, se basan en ver los impactos orgánicos que sí tienen las sustancias. Lo que dice Raquel en muchos de sus comentarios es “bueno, no podemos hacer una política generalizada para la población” que se enfoca en esa minoría poblacional que utiliza y que abusa de las sustancias. Incluso que la que abusa es incluso más chica del universo que la que utiliza, y peor aún, igual que en los términos éticos médicos, la ética pública es “yo no puedo hacer una política, que afecta más a la población, que el impacto mismo que tiene la sustancia en el organismo o a nivel social.

**S.S:** Si, respecto a la pregunta la verdad es que hoy día se pueden hacer en Chile investigaciones

con las sustancias que están en lista 1, y 2, 3 y 4. Pero la verdad es que no existe un incentivo adecuado para que las instituciones de investigación lo quieran hacer. Nosotros esperamos buenos augurios del próximo gobierno sea cual sea, porque realmente se hace necesario. Es decir, es la piedra de tope en estos momentos poder determinar a ciencia cierta efectos, dosis, efectos adversos, reacciones adversas de estas sustancias. Vamos a tener la oportunidad de, yo creo que José Carlos es el experto internacional más destacado que yo por lo menos conozco en esto, el nos podrá contar más quizás respecto a estos aspectos, pero puedo adelantarte que nosotros como Colegio Médico las conversaciones informales que hemos tenido con los dirigentes y con los líderes, si yo creo que hay una voluntad para avanzar por parte nuestra. Topamos siempre en lo mismo, digamos que no tenemos un financiamiento adecuado para poder hacerlo. Eso es el tema.

**M.F:** Tenemos poco tiempo, por acá el compañero hace rato quiere realizar una pregunta. Compañero.

**Marcelo Montiel:** Buenas tardes, mi nombre es Marcelo Montiel, panelista del programa La Jueza, y uno de los activistas bastante vinculados al mundo de la prevención hoy día, desde la mecánica y el modelo del coaching. Ex adicto además, como dato al margen. Felicitarlos, primero que nada al Colegio Médico, provengo de una familia de médicos, soy hijo de un médico y la verdad felicito hoy día la actitud, la pro actividad que vive Chile en relación a este tema. Concretamente he escuchado a la Dra. y al Dr. Aram Barra desde México, y la verdad es que los felicito por las políticas que han podido establecer. Pero mi duda y donde se me produce el ruido completamente es en virtud de todo lo que hemos conversado, legislar de manera distinta, preparar una política pública responsable y bastante más efectiva y eficiente. ¿Dónde dejamos hoy día la prevención? ¿Cómo nos hacemos cargo de los adolescentes que hoy día tienen acceso libre a la pasta base, a la cocaína, porque el uso de la cocaína en Chile no es un uso elitista, hoy día la cocaína en Chile es un uso bastante popular, cada día es más mala la cocaína ¿qué hacemos con eso? Concretamente me toca a raíz de mi participación ocasional y accidental en mi vida hoy día en televisión, vivir situaciones con chicos desde Puente Alto a la Dehesa, la adicción es la misma, uno lo vive en la habitación, el otro lo vive bajo el puente. El acceso hoy día a la prevención y a la recuperación es algo en que Chile está al debe. Nos preocupamos mucho, y la verdad es que nos preocupamos de los últimos años en prevenir, pero antes años estuvimos contra el crimen organizado, controlar el narcotráfico, y perdimos tiempo. La verdad es que hoy en día SENDA hace un trabajo bastante más efectivo. ¿Qué consideran ustedes importante aplicar o poder replicar de lo que ustedes hacen hoy en día en Chile? Es una sociedad inmadura y bastante ignorante en relación a este tema.

**R.P:** Bueno en todo caso a todos nos pasa algo similar. Yo le decía, quizás, para hablar entre los 2, él se ocupa de la respuesta más política, y yo de la más técnica ¿te parece?

**M.M:** Fantástico

**R.P:** La ley en Uruguay prevé, y fue una de las cuestiones que asesoramos que debía ser de esa manera, los impuestos aplicados a la marihuana, la venta de marihuana, van a ser volcados en programas de prevención y tratamientos, está por ley eso. Y la ley además, el

primer artículo de la ley es la promoción de la educación y la prevención, o sea, el tema de la legalización está como una medida de reducción de daños, política y en salud. Entonces las personas que tienen desarrollo a lo largo de todas estas cuestiones de prevención y tratamiento, también estamos asesorando, a lo que será el IRCA, que la ley lo prevé la creación del Instituto de Regulación del Cannabis. Cuáles deberían ser los modelos preventivos que han demostrado ser más eficaces, porque a ver, todo el mundo pone una ONG y pide plata para hacer y no demostró cambiar. A ver, yo conozco muchísimas ONG que vienen haciendo prevención hace 32 años, pero no mejoraron la situación, así que prevención no hicimos. (Se escucha un comentario de fondo de parte del público) Está bueno yo de esos valores creo que tiene que ver, porque ¿sabes cuál es el problema? Esas evaluaciones tienen que ver también con los modelos de tratamiento. Si los modelos de tratamientos fueran otros yo no sé si esa sea la tasa, pero si decimos bueno, de cada 10 cardiopatías a los que los colgamos de los pulgares sólo 2 se recuperan, y seguramente es el tratamiento lo que falló, no es el cardiopata. Y me parece que en esto tenemos que hacer lo mismo, decir bueno a ver, si todos fallan, cómo hicimos siempre lo mismo, ¿y no será que no estamos haciendo las cosas bien y tenemos que hacer otro tipo de tratamientos? Eso es en cuanto a tratamientos. Algunos tratamientos han demostrado hacer una diferencia. Y en la prevención me parece que el tema está en que hemos centrado demasiado en el terror, de que “las drogas hacen mal, no te acerques”, los chicos se van a acercarse igual. Lo que mejor ha demostrado el desarrollo psicológico de los adolescentes es el desarrollo de habilidades para la vida. Saber tomar decisiones, saber controlar la impulsividad, saber recibir una crítica, saber hacer un reconocimiento, saber decir que no, saber decir que sí, todo lo que se llama “habilidades para la vida” que están clasificadas en grupo, así algunas de ellas, las del grupo 4 y 5 que son algunas de las que acabo de mencionar, que son las que están más directamente vinculadas con el uso problemático de drogas. ¿Cómo tolerar la presión del grupo de pares?, ¿cómo generar un cambio en la presión del grupo de pares? Y no educamos en esto. Así no se educa, y me parece que estas herramientas son interesantes. No son aisladas, también tenemos que dar información. Y por eso además me parece que la legalización va a traer otra posibilidad de tener otra información. ¿Qué información se da? Y ¿cómo se les da? Los chicos no creen en la información que se les da y dicen “ah sí, conozco uno que hace como más de 10 años que fuma marihuana y no le pasa nada, ¿qué me van a decir a mí que es un problema?”, y arranca. No es así, no creen en lo que se les dice, porque lo que se les ha dicho no ha sido riguroso, no en todos los casos. Y sólo se habla de lo negativo, no se les da dimensión del placer. El placer, hablar del placer en una cultura judeo-cristiana es complicado, genera culpa. Entonces tenemos que darles suelo, porque cambió, el modelo de socialización tiene mucho que ver con el hedonismo, el goce. Si está bien o está mal no sé, es lo que hay. Yo no voy a juzgar lo que es. Lo que sí sé, es que con eso tal como se me presenta si lo acepto en vez de pelearlo, puedo hacer algo mejor. Esa es la misión técnica. Aram.

**A.B:** No, dijo gran parte de la respuesta, yo nada más quiero agregar, hay una última revisión de literatura publicada por la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito a finales del año pasado, donde habla justamente de mejores prácticas. Al final es acercarse, no sólo desde la comunidad, sino también desde la escuela, también desde los centros de salud. Sobre la escuela da una recomendación importante que es, en cuanto yo encuentro a alguien portando, usando, abusando, lo que sea, estos códigos de conducta hacia adentro de los planteles escolares de correrlos y aventarlos, no funciona de nada

porque lo que haces es marginar más a la persona que tendrías que tener más cerca, acercarse a partir de la familia y sobre todo que es lo que me parece más importante, es el mensaje de “di no a las drogas” pues no ha probado ninguna efectividad ni eficiencia en reducir ni la experimentación ni el uso, y ahí creo que el papel importante lo puede traer la reducción de daños.

La reducción de daños como una política, como un programa, como una aproximación a las personas, en donde las personas están dándole información a esas personas que ya iniciaron su uso, o que ya iniciaron su experimentación sobre cuáles son los impactos digamos de manera objetiva, científica, no dogmática, de una sustancia no sólo en la persona, sino qué pasa si las mezclo, qué pasa si las uso en ciertas circunstancias, qué pasa si tengo ciertos comportamientos, sobre todo en las generaciones más jóvenes, el universo del sexo y las drogas son dos universos que están normalmente bastante cercanos. ¿Qué pasa si yo quiero consumir una droga y después quiero tener relaciones sexuales?, ¿en qué tipo de comportamientos sí me puedo meter? ¿En qué tipo de comportamientos no está recomendado que lo haga? Y si lo voy a hacer ¿Qué tipo de precauciones debo tomar?

**M.F:** Tenemos tiempo para 3 preguntas más, como enseñó hace rato la señora allí, y una pregunta más, la señora de blanco. Señor ¿Me acerca el micrófono por favor? Aquí.

**Lorenzo Naranjo:** Muchas gracias. Lorenzo Naranjo, médico. Dirigente del Colegio Médico. Yo le preguntaría a Aram porque evidentemente el tema de la droga en México me imagino es tremendo. Fundamentalmente del punto de vista del mercado, de lo que significa la importancia del país del norte en el negocio ilícito de la droga, entonces ¿qué medidas están implementando desde el punto de vista práctico en México? Y si a nivel de organismos internacionales existe interés en avanzar, cierto, porque estamos claros que la guerra contra las drogas efectivamente ha fracasado, y lo único que ha provocado es muerte, y violación de los derechos humanos.

**A.B:** Primero la de México creo que Raquel le atina a la respuesta cuando dice “es un problema geopolítico”. En el caso de México nuestro gobierno federal actual del presidente Enrique Peña Nieto está categóricamente en contra de cualquier tipo de experimentación política fuera del prohibicionismo, pero creo que el juego geopolítico que se va a dar depende de Estados Unidos.

Con el debate de El Colorado, con el debate de Washington, con más de 20 estados teniendo marihuana medicinal el día de hoy, y con el probable referendo que va a pasar de California en un año, o dos años máximo dependiendo de cuándo decidan hacer su referendo en qué elección. México se va a tener que replantear cuál va a ser su posición. La explicación o la lógica tras el argumento prohibicionista en la retórica política mexicana ha sido detener el tráfico hacia Estados Unidos, porque México era un país tradicionalmente productor y de tránsito, pero no consumidor. Esa realidad está cambiando el día de hoy, somos cada vez más un país consumidor, no a los niveles de consumo de Uruguay o de Europa o de otros países, de Chile incluso, pero una vez digamos que hay una producción legal y un consumo legal en el vecino del norte, se cae el argumento o se cae la lógica detrás del argumento que vamos a hacer todo lo posible para detener este tráfico hacia el vecino del norte, asumiendo todos los costos en términos de derechos humanos, económicos, violencia, etc.

En el marco de los organismos multilaterales e internacionales, en realidad yo diría que el gran opositor es la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la JIFE, que es un órgano un poquito como vigilante policía que crea la comisión de narcóticos que es a la que se

refería Raquel, es este órgano que se reúne una vez al año en Viena y define cuál es la política global. Y la JIFE, la Junta Internacional se dedica a ver que los países estén cumpliendo la normativa, de hecho ahora están criticando fuertemente a Uruguay en estos días. La JIFE es definitivamente uno de los órganos más conservadores y más reacios de modificar. Sin embargo por ejemplo ahora hay un debate muy interesante donde América Latina como grupo está promoviendo una posición bastante progresista, sobre que la próxima revisión de alto nivel, que es donde van todos los políticos, jefes de Estado, secretarios, que va a suceder en el 2016, se haga en Nueva York y no se haga en Viena. Ese cambio que parece muy chiquito, en realidad es un cambio muy importante, porque en Nueva York están basadas las Organizaciones de Derechos Humanos, Organizaciones de Desarrollo Poblacional, en fin.

Es una aproximación al tema bastante distinto, a la aproximación de crimen que tiene Viena. También los órganos multilaterales de la región, la Comisión Interamericana, la OEA con el último informe, ahora tiene su reunión la CICAD, que es el órgano especializado en drogas de la OEA, en un par de semanas en Colombia, están abriendo un debate interesante, que creo que están abriendo un espacio político para que varios funcionarios pasados, como ha sucedido con varios ex presidentes, si no en funciones se puedan pronunciar en lugares distintos. Creo que eso es un muy buen avance.

**M.F:** Tenemos a la señora.

**Cecilia Heyder:** Buenas tardes, Cecilia Heyder. Quiero hacer una pregunta Dr. Sánchez. Muchos hospitales y centros médicos están aconsejando a pacientes crónicos y terminales el uso de la marihuana, de lo cual en las unidades del tratamiento del dolor aconsejan ir a pedir permiso al SAG. ¿Qué opina usted que en el SAG no den formularios porque no existen?

**S.S:** Bueno, efectivamente eso ha sido una falta administrativa mayor del SAG. Me parece que los permisos que han otorgado en los últimos 20 años ha sido 0. El único que han entregado ha sido a este comercial Agrofuturo, después lo revocaron, y creo que parte del trabajo que hay que hacer es precisamente ordenarle; primero regular al ISP, ordenarle que entregue alguna forma de reconocer el potencial terapéutico del cannabis, y a continuación discutir la forma de aprovisionamiento. Si va a ser autocultivo, si va a ser vía medicamento reconocido, digamos formato medicinal como sativex®, si va a ser clubes de usuarios, o si va a ser a lo Uruguay, que en el fondo toma todos los mecanismos. Y creo que personalmente pienso que el autocultivo de variedades medicinales me parece que es una medida democrática y me parece que es razonable. Como decía Raquel hace un momento, el proyecto uruguayo contempla 6 plantas por hogar, que es la misma cantidad que se está estableciendo en Colorado, para consumo recreacional, así que yo estoy de acuerdo con eso.

Esas es mi opinión personal, al interior del Colegio no hemos discutido tan detalladamente cuál sería la salida.

**C.H:** Los médicos del San José y del oncológico la recomiendan. Junto con la unidad del dolor del San José. Les dan los datos como ir al SAG, y en el SAG no existe ni un formulario para hacerlo. Entonces es un círculo cerrado, una compra huevos en cualquier esquina.

**S.S:** Sí bueno, sí exactamente. Tengo entendido que el SAG tiene ahora un formulario online, no sé si es verdad, la verdad es que no lo he investigado, no me he metido.

**C.H:** No, no existe. Yo me metí hoy día en la mañana como me dijeron ayer y no existe.

**S.S:** Ah bueno, entonces, el SAG tiene mucha dependencia política siento yo, de los ministerios que se ocupan de la seguridad pública, yo creo que ahí yo, realmente no tienen mucho margen de libertad como para establecer esto. Ahora, ellos están faltando incluso a la ley 20.000 incluso, porque la ley les conmina a ellos el reglamento de la ley, el decreto 867, les conmina a ellos una forma de proveer estas autorizaciones, si no lo están haciendo están incumpliendo la ley, claramente.

**Mujer:** Disculpe, usted habla que el ISP cierto, debería tomar cartas en el asunto. ¿Por qué del ISP? Si en el fondo se requiere de una voluntad política para entregar las herramientas o para entregar las atribuciones al ISP para que actúe de tal forma. ¿No debería ser una cadena?

**S.S:** Sí. Tienes razón, en el fondo debería ser una cadena. Debiera establecerse fehacientemente la necesidad de regular terapéuticamente esta sustancia. Con un país tan presidencialista como Chile, esto debiera emanar de la presidencia de la República, que tomara conciencia digamos, y que ordenara al ministro de salud, que a su vez es el jefe directo del ISP. Efectivamente esa debiera ser la lógica.

**M.F:** La última pregunta .

**Andrea Valdéz:** Gracias. Andrea Valdéz, asistente social. En realidad quería Aram, un poco comentarle, bueno yo soy asistente social en un programa de tratamiento. Llevo aproximadamente 8 años ejerciendo propiamente tal, y mencionarle que, colgándome un poco de lo que dice la Dra. Raquel, los programas de tratamientos tienen largas historias, tienen un modelo muy dominicano, que atentaba contra los derechos humanos, y un poco la necesidad que los programas de tratamiento sean formados en el tema de las políticas de drogas. Habitualmente los programas de tratamientos son siempre formados en atención clínica, atención directa, manejo del paciente, va a ser muy complicado, entrevista motivacional, pero nunca por lo menos yo llevo un año y medio recién de mis 8 años de experiencia, desde servicios psiquiátricos hablar, escuchar de las políticas de drogas, de cuál es el real impacto de los programas de tratamiento de las personas. Uno podría separar que la atención clínica es muy diferente a la política, pero al final la política impacta directamente en la persona. Yo creo que uno es eso, o sea, agradecer la instancia de poder reconocer cuáles son las políticas generales de droga, y un poco también el desafío que los profesores también no sean capacitados en aspectos clínicos, sino también sean capacitados en aspectos geopolíticos. Uno es eso.

Lo segundo, tomando quizás como hay 2 periodistas que hablaron de cuñas, también sería súper importante que en función de lo que dice la Dra. Raquel, es el estudio que habla de

los franceses, por ejemplo, no sé si es un error mío, pero sacó en tercero o cuarto lugar el alcohol como una de las drogas más peligrosas. Nuestro país tiene una presencia de alcohol importante. Siempre se habla que la puerta de inicio a las drogas es la marihuana, pero en mi experiencia si uno incluye las drogas legales e ilegales, incluyendo el tabaco siempre, el alcohol siempre es la droga de entrada. Por lo tanto nuestra realidad, es una realidad ligada al alcohol. Me gustaría preguntarle a usted en su país, ¿cuál es la realidad del alcohol? Porque también sería una buena cuña que se pudiera reconocer que los estudios internacionales están hablando que en este momento el alcohol es mucho más peligroso que la marihuana, y el centro de discusión se está centrando en la marihuana, entonces ahí desde el punto de vista de las políticas, considerando lo que usted también está mencionando, las políticas sanitarias tienen que ser para todos, no para algunos. Me gustaría conocer un poco cuál es la realidad en su país con respecto hacia el alcohol. Sí, en Uruguay.

**A.B:** Sobre el primer comentario completamente de acuerdo, de hecho ahora estamos trabajando en un manual que va a ser un manual para capacitadores pares, jóvenes con jóvenes, que hablan sobre los impactos orgánicos de las sustancias, los impactos sociales, la reducción de daños, y empezamos a hacer esa diferenciación entre la reducción de daños de la sustancia, y la reducción de daños de las políticas de drogas, que también tienen una serie de daños el día de hoy, y hay que saber cómo manejar eso. Y me quiero meter tantiquito en el tema del alcohol porque México también tiene una prevalencia de abuso, no de uso, altísima. Nosotros no somos una cultura que beba normalmente, no salimos a beber todos los días. Es difícil encontrar una cerveza o vino en una casa regular, del país, pero la media nacional cuando salimos a beber es de 17 copas por persona. La media.

Binge drinking es el alcoholizarse con el propósito de alcoholizarse, no de disfrutar la sustancia o la bebida. Y han empezado a salir sobre todo en la ciudad de México una serie de políticas y programas interesantes que están intentando controlar eso. Uno por ejemplo es lo que nosotros llamamos el alcoholímetro, que son puntos de la policía, ubicados en puntos estratégicos de la ciudad, que aparecen en las noches de los días tradicionales de fiestas, para evitar... si encuentran a alguien conduciendo un automóvil bajo los efectos del alcohol, lo detienen y se lo llevan a una detención momentánea. Y eso va acompañado con programas de educación, con programas sociales y todo lo demás. Otro por el cual estamos abogando últimamente es que los bares tengan que servir comida hasta la hora en la que están operando. Entonces ahí creo que, más allá de enfocarnos en los programas específicos, creo que una pregunta interesante que nos tenemos que hacer en América Latina es ¿qué significa la reducción de daños para las sustancias no inyectables? América Latina tiene una prevalencia baja de uso inyectado de sustancias, muy focalizado en ciertos países en ciertas ciudades, pero la reducción de daños como concepto político nace en Europa con esas circunstancias, con la infección y prevalencia de VIH y hepatitis C altísimas en Alemania, Reino Unido, Suiza. Los programas de intercambio de jeringas y demás, y entonces creo que la pregunta es ésta, ¿Qué significa la reducción de daños para el que va a usar alcohol? Pues que coma, que tome agua, que beba pausadamente. ¿Qué significa la reducción de daños para la marihuana? ¿Qué significa la reducción de daños para la cocaína? ¿Qué significa la reducción de daños para el tabaco? Incluso. Y ahí creo que hay mucha discusión que tener todavía y contextualizada en la región.

**R.P:** Bueno, nosotros tenemos, no sé si ustedes saben que los últimos estudios arrojan que Uruguay es el país con el mayor consumo per cápita de whisky mundial. Es increíble, sí, se toma muchísimo alcohol, la modalidad es todas las modalidades, en los jóvenes el estilo binge drinking, que es mucha cantidad en poca unidad de tiempo, y eso tiene una afectación particular, cardíaca, hepática y cerebral muy especial, es un consumo de altísimo riesgo. Se ha feminizado el consumo. Las mujeres, la relación era de 1:4 o 1:3 dependiendo si era área rural o área urbana, y en este momento los chicos te dicen “¡cómo toman las mujeres!”. Se feminizó mucho. Es muy frecuente lo que se le llama “la previa”, antes de salir toman en las casas, y muchos grupos de mujeres están tomando una botella de vodka de litro, o de tequila, son las bebidas en este momento de mayor éxito, entre 3 ó 4 mujeres. Es brutal. Tiene varias veces por encima la dosis tóxica. Entonces ellas te dicen “pero a mí no me hace nada, yo salgo lo más bien” y eso es lo que más me preocupa, quiere decir que tenés una tolerancia muy importante para poder absorber tal cantidad de alcohol sin que tú lo percibas. Entonces estamos hablando de situaciones de consumo donde ya hay una habituación importante.

Nosotros estamos haciendo regulación con eso. Programa conductor solidario de hace mucho tiempo, o sea se hizo y se educaba con actores comunitarios en las estaciones de servicio en todos los días de fiesta, pero en este momento nosotros tenemos un control muy estrecho de la alcoholemia. La alcoholemia nuestra permitida es 0,3 y si manejas o llevas personas en transporte colectivo 0. Se están tomando medidas, lo que se necesite incidir mucho más es en la venta a menores, que ocurre mucho en las estaciones de servicio, creo que hay que sacar el alcohol de las estaciones de servicio, los fast, los minimarket.

Hay que seguir muchas cosas, pero tenemos una clara conciencia y nosotros decimos que nuestro primer problema es el alcohol. Y eso es parte lo que se usó para fundamentar el por qué había que legalizar; si el alcohol nos da tantos problemas reales, gravísimos, y es lícito, la marihuana con menor capacidad de generar dependencia, con menor toxicidad, con menor cantidad de uso, menor dosis, debería poder ser objeto de control también.

Con respecto a las medidas de control de reducción de daños a mí me parece muy importante explicar algo. En reducción de daños se trabaja sobre todo por cuestiones muy focales, se trabaja por sustancia por ejemplo, porque la reducción de daños, más allá de cuando vas de fiesta como le llamamos nosotros, no llevar taco alto, llevar la identidad por si te pasa algo, hay un montón de medidas, no mezclar. Más allá de eso se debe trabajar por sustancia. Y el tomar el conocimiento médico, tomar el conocimiento farmacológico para transformarlo en medidas de educación, en códigos de divulgación para jóvenes.

**M.F:** Bueno, muchas gracias a todos por el productivo intercambio, vamos a tener un break de 10 ó 15 minutos como mucho y partimos con el segundo panel. Muchas gracias y un aplauso para los expositores.







Segunda mesa:

## Los hechos de la cannabis: usos y abusos

**L.P.:** Los participantes son Dr. Daniel Martínez, Director de Psiquiatría de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía (SONEPSYN) Chile. Médico psiquiatra de la Universidad de Chile. Miembro del Programa de Auto Cuidado de Conductas Adictivas de Estudiantes Universitarios (PADEU-UC) desde el 2055 y del Centro de Estudio de Adicciones (CEDA) de la Universidad Católica de Chile desde el 2006 a la fecha. Dr. José Bouso, Investigador Clínico IMIM y Director de Proyectos Científicos de ICCERS, España. Psicólogo clínico y Doctor en farmacología. Ha conducido estudios sobre seguridad y eficacia de diferentes dosis de MDMA administradas a mujeres que presentan estrés postraumático crónico debido a abuso sexual. Además ha conducido investigaciones neuropsicológicas sobre los efectos a largo plazo del uso de ayahuasca en comunidades de España y Brasil. Modera Ingrid Tartakowsky.

**José Carlos Bouso:** Bueno muchas gracias por la presentación, muchas gracias al Colegio Médico de Chile por el trato tan amable y tan cordial que están teniendo con nosotros, y también a Ingrid y a ICCERS en Chile pues también por el trato. Y la invitación a participar a estas jornadas.

Yo soy el director científico de ICCERS, que es una fundación internacional que trata de impulsar la investigación con plantas, con materiales etnobotánicos, y también trabajo en la unidad de ensayos clínicos del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques – IMIM, investigaciones médicas en Barcelona. Declaro no tener conflictos de interés respecto al contenido de esta presentación, no tener ninguna relación económica con entidades ni industrias relacionadas con el mundo del cannabis, y que toda la información que presentaré esta extraída de artículos científicos publicados según el sistema de revisión por pares o bien, del resultado de las investigaciones en las que he participado. Voy a empezar contextualizando un poco qué es la adicción. En el axioma médico y neurocientífico actual las drogas adictivas se consideran sustancias que actúan sobre unas áreas, un circuito cerebral determinado, se llama área mesolímbica cortical que incluye diferentes zonas cerebrales. Estas áreas cerebrales son las que de manera natural en nuestro cerebro funcionan para que estemos motivados para realizar tareas y nos orientan hacia la acción para nuestra vida cotidiana, tomar decisiones sobre aquellas cosas que en función de nuestra experiencia hemos entendido como placenteras o como displacenteras. Como muchas de las drogas actúan sobre estos circuitos de recompensa, el modelo genomónico actual en neurociencia viene a decir que las drogas producirían hábitos o adicción porque actuarían sobre este sistema neurobiológico. Vamos a ver qué hay de cierto en esto. Para eso voy a tratar de revisar el concepto de adicción.

Adicción proviene del latín *addicere* que etimológicamente quiere decir inclinación fuerte hacia una conducta buena o mala, no impone categoría clínica ni moral, y sólo a finales del siglo XIX empieza a relacionarse con apetito mórbido, con hábito o vicio, a tener cierta connotación peyorativa en función del contexto social en el que se inscriba.

La primera vez que se relaciona el concepto adicción con alguna droga es con el café. El café probablemente ha sido la droga más maltratada a lo largo de la historia de la humanidad, fue prohibida y desprohibida en diferentes épocas en países musulmanes. En la Rusia de los zares había pena de muerte para los consumidores de café y había lugares clandestinos donde los cafetómanos se jugaban la vida porque había pena de muerte también por consumir estas tazas de café. Esto es un ejemplo de cómo muchas veces la categoría legal de una droga no tiene nada que ver con sus propiedades farmacológicas y sí mucho con el contexto social en el que se inscribe.

A principios del siglo XX es el alcohol el que ya se empieza a relacionar con la palabra adicción y sólo a mediados del siglo XX se generaliza a las demás drogas, haciéndolo coincidir pues con las primeras convenciones internacionales en materia de persecución de drogas.

Al día de hoy la medicina moderna o la farmacología entiende que ha ido sustituyendo cada vez más el concepto de adicción por el concepto de drogas de abuso. Una droga de abuso cuando hacemos ensayos clínicos para determinar el potencial de abuso de una droga, pues simplemente preguntamos a los voluntarios si le gusta la droga, y si los efectos de esta droga son buenos o malos. El hecho de que un voluntario califique en una escala analógica si le gusta el fármaco, ya es motivo para sospechar que pueda haber potencial de abuso. El DSM-IV define que la dependencia física ya no es un criterio necesario para diagnosticar dependencia a sustancia. También la OMS define la adicción como una serie de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos, la variable intensidad en la que el uso de una sustancia psicoactiva tiene una alta prioridad, con unas consecuencias psicológicas, biológicas y sociales, el problema de estas definiciones al uso es que suponen a una caja de pandora, no definen drogas adictivas, si no que conductas adictivas. Y el definir la adicción a una droga como las conductas que realizan los sujetos supone una descripción y no una explicación que es lo que se presupone que debería hacer la ciencia.

No voy a explicar, no voy a detenerme en explicar cómo se construye un hábito. Los hábitos se construyen en función de lo que se llaman en ciencia conductual reforzadores, que es aquello que aumenta la probabilidad en que una conducta se repita. Y los hábitos tienen una base neurobiológica también. Las vías neuronales conducen neurotransmisores. Esos neurotransmisores principalmente dopamina, glutamato y GABA son las que configuran este circuito de recompensa del que hablaba antes. Luego los hábitos se construyen químicamente, sin necesidad de que exista droga alguna. El hecho de que aparezcan conductas que se van reforzando con el tiempo y que se van transformando en hábitos, hay bases neuronales que explican la explicación o explicaciones químicas que explican la configuración o constitución de estos hábitos.

¿Qué ocurre cuando se interrumpe un hábito? No hay necesidad que haya ninguna sustancia psicoactiva de por medio. Hay un trastorno en psiquiatría que se conoce como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) que es esta necesidad que tienen estos pacientes de repetir hábitos de manera compulsiva, es un trastorno de ansiedad. Y ¿qué le pasa si a una persona con TOC se le impide realizar un hábito? Aparece todo un cuadro psicofisiológico que definido por el craving es la necesidad de repetir la conducta, activación fisiológica, irritabilidad, disconfort, insomnio, ansiedad y depresión. También otro hábito, otro trastorno que es el juego patológico. El 65% de los jugadores compulsivos si se les impide jugar desarrollan también un cuadro sintomatológico caracterizado por insomnio, dolor de cabeza, molestias estomacales, previa de apetito, debilidad física, aumento del latido cardíaco, dificultad al respirar, sudoración y calambres. Y estos cuadros sintomatológicos son más intensos que en personas en las que se les ha retirado una droga. Conclusión, así de esta primera parte, las definiciones conductuales describen un patrón conductual, no así las propiedades farmacológicas de las drogas, que son lo que a día de hoy se basa el concepto de adicción.

¿Esto por qué ocurre? Pues porque existen unos factores de confusión entre la farmacología y el hábito. Estos factores de confusión se producen porque las drogas se utilizan asiduamente. Como se utilizan asiduamente es fácil trasladar y pensar que debido a esta utilización asidua se ha producido una dependencia. Los rituales en torno al uso de drogas juegan un papel importante en el mantenimiento del hábito, y esto se sabe por ejemplo en factores tan fisiológicos como es una sobredosis de heroína. Se producen más muertes por sobredosis de heroína cuando alguien se ha inyectado en un contexto que no sea el habitual, incluso a la misma dosis, que inyectada en un contexto habitual, es decir, simplemente el cambio de contexto ante la misma dosis puede definir la diferencia entre una sobredosis o no.

Las claves contextuales y el entorno habitual de consumo juegan un rol importante. Cuando en la Inglaterra de los años 70 empiezan los primeros programas de dispensación de heroína, viene una comunidad de heroínómanos canadienses a tratarse con heroína de calidad farmacéutica a los hospitales ingleses y muchos de ellos vuelven a Canadá porque dicen que la heroína no les coloca, no les hace efecto. Es una heroína, perfectamente de unos niveles de pureza altísimo, también se sabe entre las comunidades de inyectores de drogas como muchas veces el síndrome de abstinencia simplemente es calmado bombeándose sangre, es decir, y esto depende de estas claves contextuales y del entorno en el que se consumen.

El potencial adictivo no depende tampoco de la tasa de continuidad de uso, que para la cocaína pues está en un 10%, drogas que se consideran altamente adictivas como cocaína, anfetaminas o los opiáceos están en un 10% de uso. Drogas que se consideran menos adictivas en un 23% y drogas también menos adictivas que las anteriores en un 20% como lo es el éxtasis.

Si el potencial adictivo fuera algo importante para mantener el consumo, las tasas de mantenimiento de consumo para estas drogas más adictivas serían más altas ¿no? La mayoría de los que prueban no usan más de 25 veces, 80% sí lo hacen para alcohol y tabaco. Como conclusión, la explicación de las conductas adictivas para drogas se produce un sesgo de atribución a las drogas que se asocia, no siempre acertadamente con los principios activos, es decir, se confunde la farmacología con el comportamiento.

¿Y esto a qué se debe? Bueno se debe a que este modelo que he tratado de explicar antes, que basa la adicción a las drogas en un mecanismo neurobiológico y en una activación de los circuitos de recompensa está basado fundamentalmente en la investigación animal, en la investigación animal en donde a una rata, las ratas son animales sociales como la mayoría de los mamíferos. El simple hecho de aislar a una rata de su grupo y meterla en una caja de laboratorio, ya le produce unos niveles de ansiedad considerables. Con encima si se le da la oportunidad de usar sustancias pues es relativamente lógico, esto del ejemplo lo podríamos encontrar en la gente que está metida en cárceles, sus consumos de drogas también son más altos que el consumo de la población general.

Pero de la investigación animal con drogas se ha derivado el axioma de que las drogas actúan como reforzadores. Bueno, de nuevo nos encontramos ante varios sesgos. El primero es que en general para todas las drogas a las ratas hay que presionarles primero, apretar la palanca para que quieran consumir las drogas. A las ratas de por sí no les gusta consumir drogas, se les tiene que entrenar. Hay algunas drogas que son más fáciles de entrenar que otras. Son difícilmente entrenables para auto administrarse THC y nicotina, quizás son las drogas más difíciles de entrenar, pero se sabe aparte de esto que las ratas prefieren el azúcar a la cocaína. El segundo sesgo es que en opiáceos puede que aprieten la palanca para evitar síndrome de abstinencia, de tal forma que la droga actúa como reforzador negativo, y explica por tanto el mantenimiento de la conducta, y no el inicio. También el otro sesgo es que se puede apretar la palanca para recibir sustancias, porque actúa la sustancia como reforzador secundario. Obviamente porque se les ha entrenado antes por ejemplo a recibir comida si aprieten la palanca, ¿no? Y el mayor sesgo de todos es que todos los estudios en investigación animal, sobre todo en los que los animales están aislados en jaulas, tienen una escasez en lo que se llama “validez ecológica”, un ejemplo de esto es el experimento que se conoce popularmente como “Ratpark”. A un grupo de ratas se les metió en las típicas jaulas donde se hacen los experimentos y se les entrenó a auto administrarse opiáceos. Cuando se habían hecho adictas a los opiáceos a la mitad de la comunidad de ratas se les metió a los “Ratpark”, una especie de parque de atracciones para ratas. Una jaula que imita el ecosistema natural de las ratas, es decir, donde hay otras ratas donde tienen capacidad para jugar, para explorar, y para tener un tipo de conductas más del tipo social. Bueno las ratas que vivían en el ratpark poco a poco ellas solas iban abandonando la adicción a la morfina, hasta terminar abandonándola. Mientras que las ratas que se mantenían en las típicas jaulas mantenían sus niveles de auto administración de morfina.

¿Qué ocurre? Volviendo al tema de la dopamina como base de la adicción. Luego explicaré un poco más en profundidad cuál es el mecanismo por el cual actúa el cannabis. Hay ahora un fármaco, un trazador, ahora con estas técnicas modernas de neuro-imagen que se acopla a los receptores dopaminérgicos encargados o que se entiende que están encargados de la regulación de las conductas placenteras y en función del nivel de fijación cuando se co-administra con una droga potencialmente adictiva, se considera que esta sustancia es lo menos susceptible de producir abuso. Bueno, en los estudios que se han utilizado, al menos en lo que yo conozco, con raclopride utilizando tomografía por emisión de positrones, en un estudio no se ha encontrado que haya liberación de dopamina en los circuitos de recompensa. En otro estudio con SPECT que es otra técnica de neuro-imagen tampoco se ha encontrado.

Probablemente la diferencia se encuentra que en investigación animal se suelen administrar siempre dosis altas de fármaco porque lo que interesa ver es el mecanismo de acción. Pero al administrar dosis altas de fármacos no estás activando el único circuito de neurotransmisión que tu quieres estudiar, si no que se activan todos a la vez. Cuando en humanos se dispone ya de estas técnicas sofisticadas para mirar liberación de dopamina nos encontramos que el THC apenas lo liberan hay diferencias con placebo.

Hay un estudio sin embargo en el que se ve 3,4% de posible activación, no se ha replicado este estudio, mientras que para el resto de sustancias con alto potencial de abuso está entre un 10% y un 30%. Lo que sí se ha encontrado tras administración con THC utilizando técnicas de neuro-imagen utilizando este marcador el raclopride, es que hay activación en áreas relacionadas con la elaboración de procesos cognitivos complejos. Con lo cual quizás toda la ciencia basada en la adicción a drogas está dejando de lado el papel de la recompensa cognitiva en los afectos de las drogas que probablemente muchas veces sobre todo en determinados fármacos, es más importante que el papel sobre los circuitos de recompensa tradicionales. De nuevo nos llevamos la sorpresa de que en el único estudio que hay utilizando raclopride y opiáceos no se encuentra liberación tampoco de dopamina, frente a estudios que se hacen cuando las personas se les invita a escuchar música, donde las activaciones del sistema de recompensa son considerablemente altas. Con esta pequeña introducción a las bases conceptuales de la adicción lo único que quiero manifestar es que quizás ponemos demasiada atención en el papel farmacológico de la sustancia, y yo soy farmacólogo no debería decir esto, y dejamos de lado todo el espectro conductual y por supuesto insertado en el mapa sociopolítico como ha dicho la mesa anterior a la hora de entender cuáles son los mecanismos por los cuales las personas consumen drogas.

Para entrar ya en materia, la planta del cáñamo como casi todos ustedes sabrán hay 3 variedades: sativa, ruderalis e indica, la sativa e indica son las que tienen propiedades psicoactivas, y la ruderalis se utiliza sobre todo para industria. La planta del cannabis es una auténtica fábrica de compuestos químicos, tiene como 400 compuestos activos de los cuales entre 60 y 70 son exclusivos de la planta, es decir, son cannabinoides, y los

cannabinoides más relevantes son el THC que es psicoactivo, el CBD que es sedante y ansiolítico, el Cannabidiol que también es psicoactivo pero tiene un 10% de actividad comparado con el THC, y hay otros cannabinoides pues ya menos estudiados aunque cada vez se van estudiando más.

La razón por la que algunos cannabinoides son psicoactivos y otros no pues ahí ven la estructura actividad, la estructura es más o menos la misma modificando la cadena de carbono en la molécula pues se va sumando o restando psicoactividad. Con estos estudios de estructura-actividad se consiguen sintetizar cannabinoides en laboratorio. El hecho que haya unos cannabinoides dentro de la planta y otros que no, es lo que modula el efecto global de la planta y es lo que hace que ingerir THC puro sea diferente a ingerir la planta en su conjunto. Y de hecho siempre se dice "no es que las plantas con un alto índice de THC son más peligrosas que las que tienen un bajo índice de THC", bueno esto no es cierto. El índice de THC y siento por ir tan rápido, creía que tenía 30 minutos y me lo han reducido un poco, tengo la ansiedad de que creo no voy a llegar a tiempo, el índice de psicoactividad es al final una combinación entre distintos cannabinoides. El CBD actúa de manera contraria al THC, no en cuanto a los efectos medicinales como ahora explicaré, pero si en cuanto a los efectos psicoactivos, de tal forma que una planta con contenido alto en THC, pero con contenido alto en CBD va a ser mucho menos potente que una planta con poco contenido de THC y casi no contiene CBD. Entonces hay que tener en cuenta los distintos cannabinoides a la hora de hablar de la psicoactividad.

Hay diferentes tipos de cannabinoides, los cannabinoides se pueden encontrar en la planta pero también se pueden encontrar en nuestro organismo. Nuestro organismo, el sistema endocannabinoide, probablemente uno de los sistemas más primitivos de los que primero aparecieron, y receptores cannabinoides se encuentran ampliamente distribuidos en nuestro cuerpo. Y como digo podemos encontrar cannabinoides en la planta, dentro de nuestro sistema nervioso, o los podemos sintetizar en un laboratorio.

Venga de donde venga, su acción se debe a que actúan sobre unos receptores que se llaman receptores cannabinoides y que son los que terminan produciendo efectos fisiológicos. Hay dos tipos de receptores, los receptores CB1 que se encuentran distribuidos, sobretodo en el sistema nervioso, nuestro cerebro, y receptores CB2 que se encuentran distribuidos en órganos periféricos sobretodo en sistema inmunitario. El mecanismo de acción del sistema endocannabinoide es muy interesante porque rompe con toda la lógica de los demás sistemas de neurotransmisión, como los serotoninérgicos, dopaminérgicos, etc. donde los neurotransmisores se almacenan en vesículas en lo que se llama neurona pre-sináptica, y cuando una neurona quiere mandar un mensaje a la otra, simplemente lanza el neurotransmisor, la neurona postsináptica recibe el mensaje, y la cadena de información se transmite de unos a otros.

En el caso del cannabis es muy diferente, actúan de manera retrógrada, y además los cannabinoides no se encuentran almacenados en ningún sitio, sino que se sintetizan a

demanda. Cuando el organismo sufre un daño, está en una situación estresante o está en una situación en la que su condición fisiológica puede verse modificada, da la orden de sintetizar cannabinoides, se sintetizan los cannabinoides que van de la neurona postsináptica a presináptica, y regula la acción. Y ahora he recibido un mensaje, en el que estoy emitiendo y como consecuencia de este mensaje estoy reduciendo mi actividad, así es como funcionaría. En vez de decirle yo a Ingrid que estoy dado por el tiempo como consecuencia de esto recibo el mensaje. Es un mecanismo de retroalimentación que sirve para regular la actividad del sistema nervioso. Por eso es sutil en situaciones en las que se ha producido isquemia, en las que se ha producido daños neuronales, cada vez se va viendo más ya el papel neuroprotector del cannabis. ¿Por qué? Porque regula este estrés de activación neuronal.

Los receptores cannabinoides están ampliamente distribuidos por el organismo, ahí los podemos ver, en azul claro son los receptores CB1, en azul oscuro los receptores CB2, y el hecho de que haya esta amplia distribución de receptores cannabinoides es lo que hace que el cannabis sea tan versátil desde el punto de vista médico. El cannabis no cura ninguna enfermedad, pero sí que ayuda al tratamiento de los síntomas de muchas de ellas.

Los receptores CB1 y los receptores CB2 se acoplarían como se acopla una mano al guante, perdón el THC y el CBD, y el CBN, y el CBD actuaría de una manera más peculiar. El CBD actuaría cuando se sintetiza la anandamida o el 2-AG que son los cannabinoides endógenos, cuando ya no se necesitan hay un factor que se llama FAAH, los nombres son lo de menos, que simplemente lo destruye, lo degrada y ya, no se necesita más endocanabinoide. El CBD lo que haría sería impedir la degradación de los cannabinoides endógenos de tal forma que de manera digamos más natural el organismo no eliminará los cannabinoides y estarán por más tiempo haciendo acción. Bueno esta es la distribución de los receptores CB1 en distintas partes de las áreas cerebrales, y últimamente cada vez hay más investigación y a mí me parece a la vez muy interesante en investigar cannabinoides no psicoactivos. El CBD es el principal cannabinoide no psicoactivo, probablemente sea una de las medicinas del futuro. Se está empezando a comportar en enfermedades como la epilepsia infantil como un buen anti epiléptico, y hay ensayos clínicos que lo muestran como un excelente antipsicótico, al menos igual de buenos que los antipsicóticos modernos, pero sin el perfil de efectos secundarios, y cada vez hay más investigaciones en este sentido. No sé si se ve muy bien, esta es una lista para qué principio podrían estar o se ha hecho investigación con cannabinoides, para aliviar el dolor, para ayudar en la pérdida de peso, aumentando el apetito, como anti bacteriano, para disminuir los niveles de azúcar en la sangre, para reducir el vómito y la náusea, las crisis epilépticas y las convulsiones, bueno. Este es una especie de mapa de cannabinoides y luego, ¿se pueden utilizar cannabinoides en la medicina? Pues bueno, los cannabinoides en medicina se llevan utilizando desde los años 80, de hecho el primer cannabinoide que se empezó a utilizar fue el THC en su forma de Dronabinol<sup>®</sup> que es THC sintético llamado Marinol, en dosis entre 5 y 10 mg para el tratamiento contra las náuseas, la pérdida del apetito, en enfermos con cáncer, y luego vino la Nabilona<sup>®</sup> que también es un derivado sintético del THC, pero farmacológicamente es lo mismo.



Al día de hoy hay un preparado farmacéutico que se llama Sativex<sup>®</sup> que es un extracto de planta, tiene todo lo que tiene la planta, y en cuanto a relación THC/CBD es de 1:1, son 2,5 mg de THC por 2,5 mg de CBD en forma de spray oral muco-nasal. La ventaja de un spray oral es que no atraviesa por el sistema digestivo, con lo cual no tiene los problemas que tienen las vías orales, sino que se absorbe por la mucosa sublingual. El problema es que las plantas para que estén estandarizadas pues se cortan, se procesa el sativex<sup>®</sup> justo cuando se corta la planta y esto hace que con el uso continuado las mucosas terminen irritándose. Y también el cannabis medicinal en forma de cannabis estandarizado, fumado oral por ejemplo, hay una empresa, no voy a dar publicidad, que vende en Holanda cannabis medicinal que son diferentes variedades de cannabis estandarizados. Se sabe que hay una variedad que tiene 19% de THC y 1% de CBD, 12% de THC y 1% de CBD, THC 6% y CBD 7,5%, es decir casi fifty fifty y es marihuana de calidad farmacéutica, es decir, cumplen los requisitos que exigen las agencias reguladoras de fármacos para que un producto se pueda vender en farmacia, es decir, es marihuana de calidad farmacéutica. De hecho se venden en farmacias Holandesas bajo prescripción médica y financiada por la seguridad social.

En otros países de la Unión Europea también se están vendiendo estos productos ¿por qué? Porque es la única empresa que elabora marihuana de calidad farmacéutica. ¿Cuáles son las principales indicaciones? Tratamiento de náusea, vómito tras quimioterapia, en anorexia asociada a pérdida de peso en SIDA, en esclerosis múltiple son los principales ensayos clínicos que se han hecho con sativex<sup>®</sup>, para el dolor neuropático y espasticidad, y en usos compasivos, principalmente aumentar el apetito y aliviar las náuseas, en el tratamiento del dolor crónico, si se combina con opiáceos además reduce la tolerancia de los opiáceos, con lo cual lo convierte en un tratamiento más seguro que utilizar opiáceos solamente; la espasticidad en otras enfermedades diferentes a esclerosis múltiple, síndrome de Tourette.

Bueno, aquí pueden encontrar en esta página web todos los ensayos clínicos que se han hecho el día de hoy con Dronabinol<sup>®</sup>, Nabilona<sup>®</sup> y Sativex<sup>®</sup>, es decir, con las formas farmacéuticas de THC y con la forma farmacéutica de marihuana. Hay más de 100 ensayos clínicos al día de hoy realizados desde los años 80 con varios miles de pacientes. Esta es la presentación del Dronabinol<sup>®</sup>, es decir, el THC sintético. Esta es la presentación del Sativex<sup>®</sup>, ahora mismo hay una paciente para utilizar el Sativex<sup>®</sup> en el tratamiento del cáncer... -ay no me sé la palabra- pero este ensayo clínico ya está en marcha, y también como antioxidante y neuroprotector.

Son ensayos clínicos. A ver, no se puede patentar la planta del cannabis, pero sí se pueden patentar usos, y esto es lo que ha hecho GW farmacéutica con el Sativex<sup>®</sup> como tratamiento antiproliferador de células cancerígenas.

Esta es la presentación de marihuana medicinal que se puede comprar en varios países de la Unión Europea, es decir, que si hay voluntad médica, no tanto política, política

también, pero los médicos pueden solicitar recetas de uso compasivo y hay países y hay laboratorios que elaboran cannabis medicinal, que cumplen criterios para ser vendidos en farmacias. También hay métodos seguros, en cuanto a no afectación de vías pulmonares para ingerir cannabis, aparte de la vía oral, pero la vía oral es muy errática, y es de difícil dosificación. Está la vaporización, que es calentar la planta para liberar los principios activos sin producir combustión que es lo que produce partículas cancerígenas.

Aquí hay una revisión pues para las principales enfermedades, dolor crónico, neuropático, dolor experimental, espasticidad y esclerosis múltiple, SIDA, glaucoma, pues vemos que hay como 11 estudios para dolor neuropático realizado sobre 631 pacientes, esclerosis múltiple ha habido 9 ensayos sobre más de mil 300 pacientes, es decir, esto de que no hay investigación en cannabis medicinal, no se corresponde con la realidad porque hay más de 100 ensayos clínicos con varios miles de pacientes que han sido tratados, el perfil de seguridad está bastante determinado, aquí también no se ve muy bien.

Bien, la relación de ensayos clínicos que se han hecho para alguna de las enfermedades, los estudios que han sido positivos y los estudios que han sido negativos. Por ejemplo en pérdida del apetito y peso hay 7, 10 estudios clínicos, 9 de los cuales han sido positivos. Es decir, hay ensayos clínicos suficientes como para considerar que es incuestionable el uso terapéutico de la marihuana.

Obviamente hay efectos secundarios. Hay efectos secundarios físicos: cansancio, mareo, taquicardia, hipotensión. Se desarrolla tolerancia a muchos de los efectos secundarios, especialmente a cansancios y mareos, pero no se desarrolla tolerancia en cuanto a efectos medicinales, esto es interesante. Y también hay efectos secundarios psicológicos. Puede haber síndrome de retirada en grandes consumidores de cannabis, que se corresponden parecidos a los síndromes de retirada parecido a lo que ocurre con tabaco. Lo interesante es que en los estudios que se han hecho el día de hoy pues no hay evidencia de abusos, efectos cognitivos ni de efectos psicopatológicos en los pacientes tratados en los ensayos clínicos. Esto está publicado y puedo enviarle las referencias a quién esté interesado. Y por último el Sativex<sup>®</sup> o la marihuana Flos que es la marihuana medicinal, son mucho mejor tolerados que el THC sintético por las razones que ya he expuesto.

Hay ciertas contraindicaciones, también hay que tener algunas precauciones estrictas, obviamente mujeres embarazadas, niños y adolescentes, ancianos con problemas cardiovasculares, y hepatitis C, y obviamente la aceptación del cannabis como medicamento pues, bueno supondría poner diferentes alternativas de tratamiento, co-ayudantes o no a los tratamientos estándar. También disponer de diferentes formas de cannabinoides, no solamente las comercializadas, para que los pacientes también tengan mayores opciones de tratamiento. Poder ensayar diferentes métodos de utilización, vías de administración, y posibilidad de combinar variedades. Para la persona es más barata y el gasto público también; utilizar marihuana medicinal que utilizar los preparados farmacéuticos es mejor tolerable física y psicológicamente que los preparados farmacéuticos, incluso hay

estudios en que se encuentra que muchos pacientes reducen los fármacos de prescripción utilizando marihuana. Esto supondría también un ahorro en el gasto público. Y el hecho de poder disponer de calidad farmacéutica sería lo que permitiría, lo que facilitaría todo esto. Por mi parte nada más. Muchas gracias y le doy la palabra a Daniel.

(Aplausos)

**I.T:** Muchas gracias José Carlos. Ahora le damos la palabra a Daniel

**Daniel Martínez:** Primero gracias por la invitación. Hace tiempo estábamos con la posibilidad de seguir conversando estos temas, y como aparece en el título yo quiero un poco reflexionar desde vivencias y experiencias que tenemos en relación al tema del uso de marihuana, cannabis sativa. Yo trabajo en dos instituciones, uno soy director de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía y también trabajo en el CEDA el Centro de Investigación de las Adicciones, y algunas cosas las voy a decir en el contexto a lo mejor de acuerdos y de trabajos institucionales y otras cosas las voy a decir a decir a título personal. Algunas cosas las voy a decir, y otras cosas, momentos si me preguntan encantado de poder clarificar ya que, como todas las cosas de la vida hay algunos aspectos en los que coincidimos o no como grupo.

Lo primero, me encanta a mi comenzar con este poema de Carmen Gloria Berríos que podría ser “Tradiciones” o “Traiciones”. Dice “Eva introduce apocalípticamente un trozo de manzana en la boca de Adán”, “La bruja introduce letalmente un trozo de manzana en la boca de Blancanieves”, “Mi abuela prepara afanosamente un strudel de manzana. Me inquieta el destino de mi abuelo” En el contexto de la reflexión bueno ¿dónde estará el problema? Porque si uno parte desde-hasta la historia del cristianismo y si uno lo cree o no lo cree, por último como metáfora, uno dice Bueno ¿y dónde estará el problema? ¿Será la manzana? ¿Habría sido el olor? ¿Habría sido que al caer generó ciertos olores, el color, la atracción? ¿Será problema de Eva por decirlo así, en el sentido de la persona, del deseo, de la impulsividad, un tema de género? ¿Será el tema de que al estar prohibido obviamente la persona decía “¿qué será lo que me están prohibiendo? ¿qué será esto que a lo mejor tiene una serie de aspectos positivos? ¿qué será lo que se me está ocultando?”

La verdad es que yo creo que en diferentes conductas adictivas, algunas cosas pesan más. En algunos pesan más el potencial adictivo de las sustancias, en otras pesan más el tipo de personalidad y persona que la use, y en otras pesan más obviamente el contexto, las diferentes condiciones que están influyendo. Pero más allá de eso, a mí me lleva la primera reflexión que es la que hemos estado trabajando en salud mental que tiene que ver con lo siguiente. Yo sigo pensando algo que hace mucho tiempo se decía en

los programas de tratamiento, que el problema no es la droga, sino la persona, cómo la persona se relaciona con la droga. Y esa perspectiva a mí en las cosas que me preocupa tiene que ver justamente con exacerbar el tema de la droga. De partida el único estudio comparativo, uno de los pocos estudios comparativos de Chile en el mundo, de los países de la OCDE sobre materialismo, aparece que Chile junto con Inglaterra y Estados Unidos, somos los 3 países más materialistas. Materialistas definidos como que el sentido de nuestra trascendencia está puesto en algo que es externo a nosotros y que es algo material. Cuando se aplicaron a esas personas y a esa sociedad una serie de instrumentos para evaluar bienestar subjetivo, calidad de vida, salud mental, la relación es inversamente proporcional. Mientras los países, las personas somos más materialistas, tenemos menor calidad de vida, tenemos peor salud mental y tenemos menor bienestar subjetivo.

Entonces, usando esa frase de Tomas Moulian de que “el consumo me consume” yo siento que los temas complicados justamente de ciertos modelos tiene que ver con el consumo, el consumo de lo externo para calmar o tratar algo interno.

No siempre es así, mucha gente obviamente se relaciona muy bien con el consumo, pero hay gente que se relaciona muy mal con el consumo. Con el consumo de la comida, con el consumo de los fármacos, con el consumo del dinero, con el consumo del poder. La relación con otro a veces obviamente exagera e hipertrofia justamente la importancia de ese otro y muchas veces uno llega a tener ciertas conductas excesivamente materiales.

Esta frase de René dice: “siéntese René, lo que le voy a mostrar puede causarle un verdadero shock” es para mostrar la otra parte de la moneda, porque ya vimos obviamente que algo puede aportar la sustancia o el objeto con el que me relaciono, y la otra parte muy importante es la persona. Y uno de los graves problemas que uno siente en el último tiempo que ha ido pasando por lo menos de la salud mental, es sentir que las personas hemos ido perdiendo la capacidad de reconocernos y de reconocer otro. No visibilizamos muchas cosas, aparece un analfabetismo emocional. En esta sociedad es más frecuente encontrar problemáticas en salud mental, y eso yo siento que es muy importante. Yo creo que cualquier visión de la droga o cualquier otro elemento uno tiene que ponerlo en el contexto de la salud mental, y uno de los aspectos más importantes de la salud mental tiene que ver con las personas.

De esa perspectiva me preocupa que este es el único estudio que tiene que ver con trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil. Este es un estudio de Benjamín Vicente y colaboradores de mil 558 niños, y que encontró que un 38.3% de la población estudiada con criterio amplio, tipificaba padecer de un trastorno psiquiátrico. Muy preocupante. Muy preocupante por varias cosas, primero que nada por el porcentaje porque es población infanto-juvenil, pero también porque conceptualmente acá estamos “psicopatologizando”, estamos poniendo el nombre “trastorno psiquiátrico” a problemas de salud mental que están muchas veces determinados por condicionantes psico-sociales y por modelos de desarrollo.

Entonces yo siento que ahí también hay temas muy importantes que tienen que ver cuando uno se plantea el tema de las drogas y la salud mental. Lamentablemente hay una tendencia a psicopatologizar, a ponerle nombre de una enfermedad, a somatizar, a corporalizar y por lo tanto buscar soluciones en fármacos.

En lo personal, más allá del tema de la marihuana y mi propuesta tiene que ver justamente con ser muy cuidadoso con darle excesiva importancia a lo externo, a los fármacos, a las drogas, al dinero, a diferentes elementos que pueden obviamente sin lugar a dudas influir más positiva o negativamente, pero centrarnos ahí a veces es tema de discusión.

El reciente informe de desarrollo humano, que aquellos que quieran ver otra edición de la salud mental, es muy interesante nos plantea esto. Y la invitación que hace este informe justamente es a decir “tenemos que preocuparnos por la subjetividad y la intersubjetividad de la salud mental”, por el tema de los vínculos de las personas. También hace un llamado en el sentido que en Chile hemos estado muy centrados en lo individual y planteando el tema de lo colectivo, del bienestar de la salud mental de un punto de vista colectivo. Y una cosa interesante que tiene que ver con los modelos de desarrollo y en eso también plantean el tema de las drogas, en el encuentro reciente de Bután donde tuvimos la suerte de participar como grupo en el cual se está planteando un cambio de desarrollo del paradigma de la humanidad como propuesta alternativa, se planteaba que la búsqueda del bienestar personal, no debiera ser en un mundo sustentable en la búsqueda de, no debiera ocasionar el malestar de otro ser humano, el malestar de otros seres vivos y el malestar de la sociedad y del medio ambiente. Acá se plantea un tema muy importante que tiene que ver con buscar diferentes formas de bienestar colectivo, y en esa forma de bienestar colectivo vamos a encontrar personas muy diferentes biológicamente, psicológicamente, socialmente con propuestas de vida diferentes, y en ese sentido yo encuentro que una de las grandes gracias del diálogo que se está dando acá en Chile, y también en este aspecto de, también compartir nuestras diferencias y ojala que obviamente los modelos puedan dar la posibilidad de que coexistan diferentes visiones de mundo.

En este tema de ¿cómo entender las adicciones? Nosotros nos hemos ido centrando en el último tiempo en esta persona que se relaciona con un objeto externo en un medio que puede favorecer o desfavorecer ciertas conductas protectoras o de riesgo en el tema de los vínculos. Y ahí una de las cosas fundamentales para nosotros es cómo las personas aprendemos a tener y a vincularnos responsablemente, saludablemente. Uno puede disponer de diferentes adjetivos que no son inocuos, pero pueden dar ciertos matices, pero en el fondo es ¿cómo puedo aprender a vincularme saludablemente para mí y para otros? Esa perspectiva es que es muy importante el vínculo, el apego, mi capacidad justamente de mantener autonomía, mi capacidad de decisión, sin lugar a dudas una de las cosas que se opone a cualquier conducta adictiva que nadie quiere, es la posibilidad de la pérdida de la libertad. Y si yo me planteo la necesidad de aprender a establecer relaciones y vínculos que sean positivos, y lo menos riesgoso y patológico posible, viene inmediatamente el tema de la gestión del riesgo.

Nosotros creemos que desde siempre uno debe aprender a gestionar los riesgos porque, en la vida obviamente tiene muchas cosas positivas pero también tiene cosas riesgosas. Ahora en el caso de la droga y cada tipo de droga, van a ver ciertos matices o ciertas particularidades que nos van a definir que en este caso en estas condiciones es mejor gestionar el riesgo de esta forma y de este otro de otra forma.

Desde la salud mental, cuando uno revisa la literatura y acá quiero ser bien claro, o sea uno puede encontrar literatura para todo. Obviamente que tiene que buscar cuál es la que más vale, la que de alguna forma tiene los mejores estándares científicos. Si uno quiere moverse de ese paradigma, pero también uno podría moverse de otro paradigma, y ser muy válido ese otro paradigma. Acá simplemente quise colocar algunos elementos para colocar esas posibilidades. Esto obviamente es Harold Kalant, que es una de las personas que ha trabajado más en el tema de los posibles efectos adversos de la marihuana en el tema de la salud mental, salud física. Este psiquiatra canadiense que ha hecho varias actualizaciones al respecto. O grupos obviamente de diferentes partes del mundo, que han estado planteando lo mismo. Y decirles que acá aparece esto justamente desde Australia, de ir definiendo los posibles efectos riesgosos, adversos del uso de la marihuana, la salud física, la salud mental. Son de otros, por lo tanto no quiero centrarme mucho en eso.

Decirles que nosotros como sociedad de neurología, psiquiatría y neurocirugía el año 2005 y el año 2010 hicimos una revisión de la evidencia que teníamos respecto al uso de la marihuana en la población chilena y más allá de unas cosas que voy a decir puntualmente al final, las conclusiones que pusimos fueron estas. Dijimos bueno, con estas consideraciones no pretendemos focalizar el problema del consumo de la marihuana, ya que sin duda el problema principal de la dependencia no son las drogas, si no las personas que se exponen y pueden afectarse por su tipo de relación. En este contexto, un punto ideológico la marihuana como otras drogas legales tabaco o alcohol, o ilegales son riesgosas, pueden generar dependencia, otros daños para la salud física y mental de las personas.

Subrayamos como sociedad científica la urgente necesidad de seguir investigando estas áreas tan determinantes, los proyectos, los estilos de vida de las personas, buscando orientación para fomentar la salud mental de nuestra comunidad. En suma de nuestra perspectiva científica declaramos que la marihuana genera riesgos y tiene la potencialidad de generar daños y patologías, por lo cual informamos a la comunidad estos antecedentes recolectados, y validados a partir de la investigación y la experiencia clínica.

Esta es una declaración muy general, sin lugar a dudas. Antes había evidencia de por qué la estábamos haciendo. Pero sinceramente consideramos que la marihuana como otras drogas y otras situaciones de la vida te genera riesgos, y para algunos será más y para otros será menos y ahí está en parte de cómo yo me relaciono con la sustancia. Sí eso es más o menos.

La evidencia científica no es lo único que obviamente te va a llevar a tomar una

decisión de política pública y por otro lado las definiciones son personales, o sea yo finalmente decido con esta evidencia qué es lo que hay o no hay. Cuando recientemente la Universidad Católica hizo una nueva revisión este año sobre los posibles estudios y metanálisis con respecto al tema de la salud mental y de los riesgos del uso de marihuana, estos son los temas que tienden a aparecer más frecuentemente. La verdad que en el caso de las escaladas de las drogas hay muchos estudios que dicen que sí podría ser un tema significativo en población infanto-juvenil. En tema adulto poco significativo, poco importante, mucha gente consume marihuana y no consume ninguna otra sustancia, pero sí obviamente es mucho más preocupante por temas neurobiológicos, por las conductas, por los estudios epidemiológicos en población infanto-juvenil, y estamos claros que para suplantar el dilema de la marihuana uno habla justamente en población adulta y siguiendo más o menos los mismos parámetros que el alcohol, que el juego y que otras cosas que están destinadas para población adulta, y no para población infanto-juvenil.

El tema del abuso y la dependencia, ahí la verdad es que nuestra evidencia de evaluación de diferentes estudios, como también nuestra experiencia clínica, acá somos más o menos unos 15 psiquiatras, que estamos trabajando en esta sociedad de psiquiatría, tenemos obviamente lo bueno y lo malo, que somos un grupo donde nos llegan pacientes bastante graves, pacientes que no han podido superar los temas. Lo más seguro es que hay un montón de otros pacientes que no tienen esos problemas, y que llegan a otras partes o que no llegan, a nosotros nos llegan los pacientes más graves, y esos pacientes más graves obviamente tenemos un porcentaje que desarrolla dependencia. Sin lugar a dudas la dependencia a la marihuana no es una dependencia más potente del punto de vista físico. Algunos hablan justamente de una dependencia más psicológica, de una deshabitación, pero hay una serie de pacientes donde el síndrome de abstinencia, la angustia, lo que quiera uno definir como parte del síndrome de abstinencia es significativo, y vemos un porcentaje de la población a los cuales tenemos que hacer tratamiento para manejar el síndrome de abstinencia, tenemos que hacer tratamiento más o menos estructurado. O sea, hay una parte de la población que le pasa esto. Una parte que claramente no es la mayoritaria, pero que cuando ocurre, y se da fundamentalmente en consumidores de grandes cantidades durante bastante tiempo, es algo que no es deseable en la relación que uno pueda tener con la marihuana.

Comentarles que ya como un tema interesante, nosotros consideramos que los instrumentos que se han estado utilizando en Chile para medir desde el SENDA la relación con la marihuana no son los más adecuados. Nosotros acabamos de validar en la Universidad Católica un instrumento para validar el nivel de riesgo con la marihuana. Consideramos que es interesante evaluar los niveles de riesgo como una cosa mucho más funcional, y que obviamente en los temas de dependencia otros pasan no por aplicación de instrumentos, si no por evaluaciones clínicas que requieren mucho más tiempo y mayor profundidad. Entonces nosotros acabamos

de validar este instrumento.

Con respecto al tema de deterioro de memoria e inteligencia, ése yo creo que es uno de los temas más debatibles del último tiempo, ya que uno diría que hace mucho tiempo se ha planteado que obviamente que la marihuana no es una droga que provoque históricamente, o ha habido diferencias con respecto a la posibilidad de que hubiera un daño por el uso de la marihuana.

Recientemente se ha movido el ambiente por este estudio de Meyer que plantearía que en los grandes consumidores de marihuana llamados adictos durante 30 años, que han tenido el diagnóstico más de 3 ocasiones, habría justamente un deterioro cognitivo. ¿Por qué no? Si son 30 años, obviamente si alguien lleva durante todo este tiempo, consumiendo grandes dosis de marihuana. Pero eso es una realidad, tampoco obviamente uno deja de ver que existen otras realidades donde los consumos no son de esa característica ni de esa intensidad.

Con respecto al tema de depresión y síndrome amotivacional fundamentalmente, antes de eso perdón, decir que la marihuana como cualquier objeto con el que uno se relaciona nos hace recordar este tema del pharmakon, de que sustancia que puede ser muy buena pero muy mala a la vez, y que en el caso del pharmakon depende de la dosis. Hay dosis que la gente no tiene efectos con los fármacos, hay dosis de los cuales hay efectos y hay dosis de los cuales se intoxica.

Entonces yo creo que eso es importante y esos son los temas complicados de cuando hay políticas de “cuánto” podrá ser normal, sabiendo que cada una es diferente, que hay tolerancia, que hay capacidades para mantener una relación con la droga, y ahí yo me pregunto más allá del tema de la cantidad y de la relación adictiva, ¿cuánto es suficiente? Como tema también de desarrollo de sociedad ¿cuánto es suficiente en nuestras diferentes relaciones que tenemos en este caso con el tema de la droga?

Depresión y síndrome amotivacional simplemente decir que para nosotros no hay ningún tema muy concluyente. Síndrome amotivacional es algo que se describe muy poco, se ha encontrado poco y en grandes adictos, algunas personas no están de acuerdo. En el caso de la depresión que la marihuana provoca depresión tampoco hay acuerdo, algunos dicen que sí puede complicar la evolución de alguien que esté con depresión, pero no hay temas muy significativos. Las crisis de pánico han aumentado en el mundo y se han asociado con algunas sustancias, cuando te da la pálida, pero también con cocaína, con cafeína, también con el estilo de la sociedad. Tampoco es algo obviamente que uno diría que es tan potente, y el tema de la psicosis, la esquizofrenia, por eso es uno de los elementos de los cuales los fármacos derivados de la marihuana se dice bueno, “hay que ser cuidadosos cuando hay antecedentes”. Y uno de los elementos que está bastante demostrado, es la posibilidad en personas vulnerables, que aparezca más tempranamente un



primer brote psicótico lo cual, aumenta el riesgo.

También el tema de la accidentabilidad en el contexto de un tema de educación, claramente la principal accidentabilidad está dada con el alcohol, la segunda droga en alguno de los estudios mundiales es el caso de la marihuana pero muy abajo en relación al alcohol. Ahora lo que es claro es que uno acá viene a decir cualquier sustancia que tenga la potencialidad de disminuir los sensores de capacidad de respuesta, sea un tranquilizante, marihuana, alcohol o la cocaína porque estoy más impulsivo, debiera llevarme a ser más cuidadoso en mi relación con el tema de la conducción, eso es como un tema general.

Y para finalizar en esta breve presentación de algunas ideas que quería compartir con ustedes, ya que estuvo Ennio Morricone recientemente acá, me acordé del bueno, el malo y el feo. Y lo que yo quiero decir es que la marihuana como todas las sustancias yo creo que pueda tener estas y otras acercamientos. Puede haber el acercamiento de la relación con la marihuana más negativa, de las personas que sí tienen problemas con la marihuana, está el acercamiento bueno de las personas que no tienen problemas y que al revés le encuentran beneficios y por otro lado aparecen los efectos terapéuticos de... ..en un primer momento de los fármacos aparte de la planta cannabis sativa y actualmente derechamente con la marihuana. También está el lado más feo, el lado obviamente que tiene que ver con toda la temática social, con todas las cosas no resueltas en las cuales insisto, pongo el tema de la salud mental como un aspecto importante ahí de las cosas que no hemos podido solucionar como sociedad respecto a salud mental pero también respecto con la marihuana, y también está el lado bonito y el lado bonito es la industria que tiene que ver con el tema de la marihuana, los encuentros, como ha pasado con todas las cosas de la vida. Yo creo que todas esas realidades son, la buena, la mala, la fea y la bonita. Y hay que considerar una discusión profunda para justamente seguir avanzando en buscar mejores alternativas para los diferentes grupos que hay en las poblaciones. Eso. Gracias

(Aplausos)

**I.T:** Muchas gracias Daniel. Damos espacio para preguntas. Había alguien de la mesa anterior que quería preguntar, que estaba pendiente. Vamos a partir con ella.

**Mujer:** Hola buenas tardes. Yo quisiera preguntar si hay algún apoyo para personas que tienen problemas neurológicos que no han sido tratados medicamentosamente. Yo tengo una niña que ha tomado las dosis más altas y ella es una epi refractaria que ha destruido prácticamente mi vida, laboral, social, de pareja. En toda índole de cosas ha afectado, pero a mí lo que más me afecta son sus crisis que me hacen doler el alma cada día. De 200 crisis diarias he reducido a varias. Este mes llevamos como 15 crisis en el mes. Yo estoy consiguiendo un aceite y este me ayuda. Pero yo

necesito un apoyo de chilenos que sepan y conozcan el caso del cannabis que ayuda, porque mi hija ha cambiado su calidad de vida. Y eso para mí es muy importante, pero estamos dentro de la clandestinidad. Muchas gracias.

(Aplausos)

**J.C.B:** No sé si esto es una pregunta. Respecto a las instituciones yo las desconozco porque no soy de aquí. No sé si hay alguna institución que fuera de lo que son las asociaciones cannabicas, que son las que se ocupan tradicionalmente porque el estamento médico ha dejado de lado a los enfermos que se auto medican con cannabis medicinal. Fuera de esto no sé si hay alguna institución que pudiera ayudar. Esto es una de las líneas más interesantes que oí hoy día. El otro día comentaba con Raquel, Colorado es el único Estado en Estados Unidos que a pesar de que en 20 estados hay cannabis medicinal, es el único donde venden aceite de CBD. Hay una auténtica migración de padres que tienen hijos epilépticos con epilepsia infantil. El otro día leía el único artículo que publicó sobre el tema, una niña había llegado a tener 300 crisis epilépticas a la semana, y se habían reducido a 4 ó 5. Había otra niña con 100 crisis diarias, que esto es una auténtica barbaridad y se habían reducido a 1 ó 2. No dejan de ser casos anecdóticos porque son casos que no tienen ningún seguimiento médico y que son los que refieren personas como usted, a las que se les pregunta. Al final las personas como usted se ven abocadas a hacer lo que están haciendo. Que es lo que pueden, jugar con el ensayo y el error, y con lo que personas que tienen acceso a marihuana pues pueden facilitarle, porque el Estado de momento no lo va hacer.

**Pablo Meléndez:** Hola buenas tardes, yo soy Pablo Meléndez, de Algarrobo. Formo parte de “Amigos del Cannabis” soy cultivador hace varios años, consumidor recreacional y ayudo a varia gente ya sea con galletas, aceite, etc. Y son dos preguntas, una para el doctor José ¿cuál es la posición de usted con respecto a la nueva posición de gobierno federal norteamericano con respecto a la prohibición de los extractos de lo que estábamos hablando recién, los aceites de marihuana? Y ¿cuál es su posición como farmacólogo con respecto a la producción de Sativex®, ya sea THC sintético, con respecto a la medicina natural? no hecha en laboratorio más que nada, y la posición de las farmacéuticas con las campañas que se están haciendo alrededor del mundo.

**J.C.B:** Bueno es un tema complicado. No conozco esa ley en concreto. También pues en Colorado y en Washington están regulando también el consumo recreativo no sólo el medicinal, y también pues las últimas noticias que llegan de Obama era que los federales iban a dejar de perseguir a los usuarios de dispensarios en los estados en los que el cannabis medicinal está autorizado.

Supongo que la persecución hacia la elaboración de extractos vendrá porque

son extractos que no cumplen con normativa de calidad farmacéutica para ser vendidas o no sé. Me suena la ley, me suena algo del Ministerio de Agricultura. A ver todo lo que sea prohibir a mí me parece una barbaridad, sea lo que sea, porque las sociedades avanzan de manera proactiva con la regulación interna, de los comportamientos, no con las normativas externas, y lo digo para las sociedades. Que el CBD y los extractos del CBD son útiles, esto yo creo que cada vez es más evidente. También es cierto que nadie está garantizando el día de hoy que estos extractos contengan sólo CBD, porque en realidad son extractos que se hacen de la planta, luego se elaboran en forma de aceite, pero no hay ninguna garantía. Varias genéticas que son más altas en CBD, y el THC se sabe que tiene un componente epileptógeno, con lo cual hay que tener mucho cuidado con esto. Respecto a las farmacéuticas a mí me parece muy bien, gracias a la industria farmacéutica yo salgo de una operación relativamente complicada pues he sufrido el menor dolor posible y encima pues poder volver a andar. No veo ninguna conspiración por parte de las farmacéuticas en ningún sitio. Me parece muy bien que GW farmacéuticals fabriquen Sativex®. Lo que sí veo mal por parte de los gobiernos que permitan sólo el uso de productos farmacéuticos. También es cierto que en las farmacias no se pueden vender cualquier cosa porque también está en riesgo la salud de los pacientes, y hay mucho. Y un cultivo sin control puede dar lugar a la aparición de hongos o de bacterias que pueden ser perjudiciales para el organismo. Entonces siempre nos estamos moviendo en un equilibrio inestable que por una parte, cuando queremos una cosa, necesitamos la otra. Creo que esto tendría que venir porque bueno, está bien que quiera usar Sativex® puede usarlo, pero que también los Estados ejerzan regulación sobre los cultivos, y que haya control de calidad como se produce con cualquier producto que va ser ingerido con fines humanos, sean estos con fines medicinales o no. El simple hecho que algo este destinado al consumo humano debería tener ciertos controles de calidad. Lo que termina consiguiendo la prohibición es terminar produciendo productos adulterados con escasa fidelidad y con un aumento de riesgo para los pacientes. No sé si he contestado tu pregunta.

**Avelino Jiménez:** Hola, soy Avelino Jimenez. Soy médico psiquiatra. Lo que quiero decir es que felicito a la señora, que vino con su preciosa hija a darnos esta buena noticia de que después de años de lucha están encontrando un nuevo medicamento que está siendo efectivo para su problema. Estamos en el mismo camino, yo creo que es un buen testimonio. Y la pregunta sería para el Dr. Daniel Martínez. En el 2008 aquí en Chile se clasificó a la marihuana en la lista 1, que vendría ser la lista donde están aquellas sustancias que producen dependencia psíquica, dependencia física, pueden producir intoxicación aguda, graves daños para la salud y que no tendrían ningún efecto terapéutico. Bajo la presidencia de la Dra. Michelle Bachelet. Desde el 2008 hasta el 2013 ha pasado tanta agua bajo el puente, sobre todo esta explosión de investigaciones que muestran y confirman los usos terapéuticos de la marihuana, que aparentemente fue un hecho políticamente incorrecto, una metida de patas hasta el cuello yo creo, no sé si todos lo pensarán de esa manera pero la

pregunta a Daniel Martínez que representa la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía es ¿ustedes piensan que debería desclasificarse a la marihuana de la lista 1? Segunda pregunta, como institución ¿estarían dispuestos a agilizar esa gestión para que se realice lo más pronto posible?

**D.M:** Bien concretas las respuestas, yo a título personal considero que la marihuana no debería estar en la lista 1, no sé si concordamos, no creo que concordemos, no sé cual podrá ser el nivel de acuerdo de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, que hay gente que tiene diferentes visiones. Y lo que tendría que venir es una conversación justamente abierta sobre este tema que no ha estado en el último tiempo en la sociedad.

**Julio Olivares:** Buenas tardes. Mi pregunta va al Dr. José, soy Julio Olivares, soy dueño de Club Paraíso Verde y colaborador de Cultiva Medicina desde este año. Con respecto a su visión como fármaco sobre todo, que es un tema de los que más se trata precisamente con el cannabis medicinal, yo soy usuario medicinal también y gracias a esto he logrado ya casi 5 años que no consumo fármacos. Gozo de una buena salud, lo que sí he ido al doctor a hacerme chequeos regulares y todo eso. También tengo la experiencia de la medicina antroposófica con mi hijo, en la cual también lo he mantenido alejado de los fármacos tradicionales precisamente por un tema de miedo a las dosis cada vez más altas que se van ejerciendo. Hoy en día tenemos casos de pacientes con dolores crónicos que son sometidos a altas dosis de analgésicos que realmente lo único que logran es tumbarlos y prácticamente dejarlos inconscientes. A través del cannabis ha logrado un poquito mejorar su condición de vida, también mantenerse una mayor cantidad de tiempo despierto, hay casos de depresión y todo eso. La Dra. Raquel expresó hace un momento que prácticamente los doctores tenían una deuda al haberse olvidado de este tipo de pacientes. ¿En qué condición cree usted o que pensamiento deberán tener los fármacos o farmacias en este caso, pero a través de su opinión personal en cuanto a detener el tipo de investigación y no estar hoy en día sin saber que vas a tomar este analgésico y tienes esta otra opción también.

**J.C.B:** Yo nunca voy a criticar a la industria farmacéutica, la industria farmacéutica está curando continuamente. Hay cánceres que gracias a la industria farmacéutica hoy día son curables y hace 40 años no, y gracias al desarrollo farmacéutico de la industria tenemos fármacos que hacía 20 años ni soñábamos. No quiere decir que no haya un gran negocio en torno a la industria farmacéutica, y que en determinadas áreas de la medicina la industria farmacéutica pues, no haya aportado nada nuevo y estoy hablando, por ejemplo, en el área de la psiquiatría, uno de los últimos fue el

providencial descubrimiento de los anti-psicóticos pero tampoco creo que se haya avanzado mucho en los últimos 20 ó 30 últimos años. Ha habido un desarrollo monumental en el ámbito de los psicofármacos, de las benzodiazepinas que ahí me parece casi milagroso porque se permite a mucha gente dormir con dosis relativamente poco tóxicas de fármacos. No sé, ahí hay numerosos ejemplos en los que no tengo motivo para criticar a la industria. Que la marihuana y el cannabis pueden ayudar a tratar síntomas que se tratan con otros fármacos, pues tampoco lo voy a negar. Y que no se esté potenciando la investigación en estos tipos de trastornos, para los que la marihuana podría ser útil, pues tampoco. De ahí a pensar en una conspiración o en un freno de la industria farmacéutica para frenar la investigación, a ver, hay un desarrollo el día de hoy de un fármaco con extracto de cannabis lo he explicado es el Sativex®. Según he oído en las farmacéuticas nadie ha frenado a Sativex®. Se puede decir que Sativex® también es una empresa farmacéutica. Bueno nadie está frenando a Bedrocan® el desarrollo de cannabis de calidad farmacéutica. Se vende en las farmacias holandesas con prescripción médica y resguardada por la seguridad social en otras farmacias europeas. No creo que haya una conspiración, al menos explícita. No creo que de momento la industria del cannabis pueda estar haciendo o quitando negocio a la industria farmacéutica entre otras cosas porque el desarrollo de los fármacos por parte de la industria está bastante consolidado. No lo sé. No lo creo. Lo que sí creo es que hay más una especie de mezcla entre mala fe e ignorancia por parte de muchos políticos que no se atreven a reconocer estos usos medicinales, y a tratar de fomentar primero la investigación y luego también pues la aplicación terapéutica de cannabinoides. No creo que estén presionados por la industria.

**D.M:** Perdón, un comentario breve, yo creo que sin lugar a dudas los medicamentos sintetizados a partir de la planta como otros fármacos, otros medicamentos que puedan estar en la misma línea, han sido grandes avances, pero yo creo que sin lugar a dudas el uso de fármacos es necesario para el uso de patologías moderadas y severas como a lo mejor la principal forma de respuestas, pero la gran mayoría de los síntomas y no patologías no requieren uso de fármacos y ahí yo siento que hay un abuso, donde hay varios grupos que podemos hacer co-responsables. Desde la industria farmacéutica con su estructura de marketing, desde los médicos que a veces preferimos medicar que darnos el tiempo de tasar profundamente lo que le está pasando, y desde la cultura que se va instalando en las personas de buscar una solución mágica y rápida a las necesidades que tienen. Entonces yo siento que en general es importante buscar otra forma y yo creo que los procesos de cambios personales, colectivos, las terapias, las diferentes formas de autoayuda y ayuda profesional nos han demostrado que el trabajo personal, la ayuda, el consejo, la psico-educación, pueden ayudar a manejar un montón de síntomas, sin tener que llegar a algo externo, sea farmacológico o no farmacológico.

**J.C.B:** A ver tenemos que tener en cuenta que las relaciones entre sociedad y medicina están estrechamente relacionadas. Los principales fármacos que se venden en el mundo occidental, son fármacos para tratar enfermedades producidas por el modo de vida o el estilo de vida occidental. El principal fármaco que se vende hoy en día son anti ulcerosos, anticolesterosos, fármacos que tienen que ver con un estilo de vida concreto. Entonces, o cambiamos nuestros hábitos de vida en general, y volvemos a las sociedades cazadoras-recolectoras, que tampoco tendría por qué ser una mala idea, o tenemos que aprender a vivir con las enfermedades que son producto de la sociedad en la que estamos instalados. En ese sentido el cannabis también está jugando su papel, porque muchas veces está jugando un papel que fomenta la socialización y que fomenta el establecimiento de redes entre determinados círculos sociales. Pero tampoco creo que para defender los usos terapéuticos del cannabis o para reivindicar unos derechos con respecto al cannabis sea necesario criticar o tratar de desprestigiar los avances en otros ámbitos de la medicina, y son avances que bueno, la prueba es que cuando alguien está enfermo al final, y con una enfermedad grave, una enfermedad seria pues terminar recurriendo a este tipo de fármacos provenientes de la industria.

**M. Fusero:** Quisiera manifestar preocupación por el caso de la señora. Preocupación por el caso y alegría por haber encontrado una medicina natural mediante la cual haya logrado alguna repercusión beneficiosa para el estado de salud de su hija. Sin embargo, manifiesto una preocupación principal por la falta de respuesta institucional sobre el caso. Muchas veces la justicia social se hace caso por caso. En Argentina patrocinamos un caso emblemático de un usuario medicinal de cannabis; cuando las instituciones no reconocen a esta sustancia y su uso medicinal, a veces hay que forzar a ello con la utilización de la justicia caso por caso. Más allá de que eventualmente se puedan hacer discursos y militar leyes o resoluciones respecto al uso medicinal, casos como el de la Sra. me parecen totalmente planteables mediante un amparo judicial. Yo creo que aquí, por lo que he conocido, hay muchos técnicos para colaborar, como el Dr. Sergio Sánchez Bustos, y estamos también todos nosotros como para ayudar en lo que podamos, más allá de las distancias. Ponemos a disposición todo el material que tenemos elaborado respecto al caso en Argentina, la presentación judicial, la demanda más un Amicus Curiae, que es una figura legal donde una organización interviene en el caso asesorando al juez sobre una temática en concreto. El Amicus Curiae es beneficioso respecto del uso medicinal del cannabis. Material respecto al uso medicinal, tenemos de sobra. Acá, con el importante componente médico que tenemos, me parece que podríamos colaborar en plantear un caso concreto. Todo ello está a su disposición, y lo que eventualmente faltaría es -obviamente yo no tengo matrícula acá, me encantaría patrocinar el caso-, algún colega que asesore jurídicamente, ya sea de las organizaciones sociales de derechos humanos o algún abogado o abogada militante, sumado al acompañamiento de las agrupaciones cannábicas que hagan presión y den visibilidad al caso. Eventualmente esto puede llevar a un litigio estratégico. No sé

bien en qué instancia se encuentra aquí el uso medicinal del cannabis, creo que hay algunos casos emblemáticos, no tengo un conocimiento a cabal, pero sería bueno analizar tales casos y plantearlos ante la justicia a modo de litigio estratégico. Por otro lado, considerando que mi intervención debería ser a modo de pregunta y no de respuesta, le pregunto al Dr. Martínez si a nivel institucional se le ocurre alguna salida institucional para el caso. Creo que existen autorizaciones del Ministerio de Salud, me estuve interiorizando un poco sobre algunos casos concretos. Por lo cual, ¿eventualmente se podría analizar el caso, se podría profundizar en él, se podría dar una autorización? En la justicia argentina solicitamos que “el Estado me provea cannabis o me autorice expresamente al autocultivo”. Ésa es la petición en concreto, como para que el uso no sea como usted dijo, en las sombras, en la clandestinidad, con miedo a la criminalización, a la persecución policial, a la extorsión institucional, etc. O sea, se solicita que el Estado contemple el uso medicinal. Todo esto como paliativo, obviamente, antes de que se haga una reforma de la ley que sea abarcativa para todos los casos. Estamos tapando pequeños baches, ya que el uso medicinal debe ser una política de salud, una política de Estado. Y aprovechando esto, le pregunto al Dr. Martínez: ¿usted observa, conociendo más el paño local si hay alguna salida especial para el caso en concreto?

**D.M:** Sinceramente la desconozco en lo profundo porque no ha estado en el debate ni en el hacer en el último tiempo. Yo creo que ahí a lo mejor el Dr. Sánchez o el Colegio Médico que ha estado trabajando fuertemente el tema, yo creo que pueden tener de repente más opiniones o conocimientos del tema. Por eso que antes también me decidí, digamos un poco a extraer la respuesta.

**M.J.R:** Bueno, María Jesús Riveros, nutricionista e integrante de Cultiva Medicina. En este caso al Dr. Martínez le quería hacer una pregunta. Dentro de su presentación mostró de que la SONEPSYN en este caso ha evaluado de forma sistemática y basado en la evidencia científica, todos los riesgos que puede conllevar la cannabis, ¿cierto? Mi pregunta es si en esta institución ¿se han juntado a evaluar los beneficios directos que tiene la cannabis incluso en enfermedades psiquiátricas como por ejemplo trastornos de conducta alimentaria, en el que ahí la base principal es solucionable o de alguna forma se puede abarcar con cannabis, o incluso más allá. Dentro de mi misma experiencia la diabetes, actualmente están saliendo estudios principalmente en Harvard, y es una epidemia que nos está llevando en nuestro país.

**D.M:** Los dos momentos que nos reunimos durante los años, el año 2005 y el año 2010, vimos tanto los posibles riesgos como los usos terapéuticos de la planta Cannabis Sativa. En ese momento tampoco era tan fuerte el uso de la marihuana estudiada

en cuanto a los efectos, por lo tanto eran los medicamentos. Desde mitad de este año hemos empezado nuevamente a reunirnos y esperamos justamente a mitad del próximo año sacar un nuevo documento que incorpore todos estos conocimientos, este debate que hasta hace unos 2 ó 3 años no estaba tan puesto, ni era tan necesario. Pero en eso estamos. Quiero decir que como grupo para nosotros, también quiero ser bien sincero, para nosotros este es un tema importante, pero no necesariamente el tema más importante. Es por eso que justamente estamos trabajando en otras temáticas que van por el lado de la salud mental y por otras líneas. Entonces hay un grupo de adicción en la sociedad psiquiátrica, que es un grupo que se junta regularmente, en el cual yo no estoy actualmente participando activamente, sí hasta el año 2011 que fue cuando hicimos justamente esta declaración.

**I.T:** Ok, muchas gracias cerramos entonces esta mesa







## La escena y el discurso

**L.P:** Modera la historiadora Carolina Guíñez de Cultiva Medicina. Los participantes son Ingrid Tartakowsky, delegada en Chile- ICCERS. Psicóloga Clínica. Candidata a Magíster de Psicología de Orientación Analítica en la Universidad de Chile. El Sr. Eduardo Vergara, director de Asuntos del Sur, Chile. Cientista político que trabaja en el área de políticas de drogas, narcotráfico y DDHH. Representa al comando de la candidata a la presidencia Michelle Bachelet. Es politólogo de la University of Portland, M.A.C de la California State University Long Beach, Master Public Affairs en Seguridad Humana del Instituto de Estudios Políticos de París. Y finalmente el abogado Mariano Fusero, abogado y secretario de la Mesa por la Igualdad, Argentina. Además, es coautor de diversos proyectos de Ley sobre Reforma Integral de la Ley y Políticas de Drogas, Legalización y Regulación del Cannabis, Reducción de Daños y Vulnerabilidad de Usuarios/as de Drogas Prohibidas, e investigación del uso medicinal y terapéutico del cannabis. Así también es autor de la Recomendación General N°6 del Instituto Nacional contra Discriminación (INADI) sobre “Discriminación a Usuarios/as de Drogas Prohibidas”.

**I.T:** Lo que me interesa presentar hoy día es ¿por qué se debe regular la cannabis? Y lo que me interesa mucho como tema central es, las personas que ya utilizan cannabis de forma medicinal, porque se habla mucho de gente que no tiene acceso, de la dificultad de poder acceder al uso terapéutico, pero tampoco se sabe mucho de las personas que ya la están usando, de cuáles puedan ser las dificultades que pueden tener, y tampoco se habla mucho de qué es lo que se necesita, o qué es lo que hay que saber o considerar para usar a la cannabis de forma medicinal.

Entonces primero, dar cuenta que hay una realidad nacional. Hay gente que consume cannabis de forma recreativa o medicinal. Los usuarios medicinales no cuentan con información oficial, buscan y prueban por ensayo y error. Se encuentran con información opuesta también, en internet hay mucha información pero hay información para todo. Temen preguntar a los médicos, a los psiquiatras, etc. Porque es ilegal entonces temen tener problemas judiciales con esto. Los profesionales de salud mental no cuentan con información, no manejan formas de administración, dosis, efectos, riesgos ni nada, son muy pocos los que manejan algo de esto. Los profesionales también temen hablar sobre cannabis en sus lugares de trabajo, entonces no es un tema que se socializa, sino que se mantiene al margen y se mantiene escondido. Algunos profesionales permiten a sus pacientes utilizar cannabis, algunos lo sugieren también pero de forma silenciosa, entonces se está utilizando una planta como medicamento, pero de una manera que pone en riesgo a las personas y con muy poca información. Pero ¿qué están utilizando los usuarios medicinales como medicamento? Yo creo que es una gran pregunta hoy día porque no hay análisis, no hay estudios tampoco a nivel nacional sobre esto.

Y quisiera partir hablando sobre algunas consideraciones sobre los medicamentos, es decir, que se debe considerar para tomar algo como un medicamento. Primero partir diciendo que una droga es una sustancia psicoactiva que genera ciertos efectos en el organismo, y

la cannabis es una sustancia psicoactiva por el THC, es una planta que tiene esta sustancia que genera efectos en el organismo. Un medicamento no es lo mismo que una droga, porque un medicamento está determinado por un balance entre efectos-potencia-pureza. O sea un medicamento tiene que ver con dosis, forma de administración, pureza o no. Y cualquier cambio en la composición que se haga o no, puede afectar las propiedades medicinales. Entonces no toda droga es un medicamento, depende de la forma de uso, y la cannabis puede ser un medicamento, pero no siempre lo es.

¿Qué se necesita para que la cannabis cumpla con estándares de medicamento?

Se necesita que esté regulada, que sea una fuente legal, que tenga control de calidad, que sea estandarizada que la gente sepa que con lo que cuenta es siempre de lo mismo, son siempre las mismas dosis de los cannabinoides que necesita. Que la gente sepa cuál es la mejor forma de administración para cada trastorno, para cada síntoma. Se necesita acceso para los análisis de muestra, porque la gente cultiva su planta, la usa medicinalmente, pero no sabe qué cannabinoide está usando, no sabe si debería estar utilizando otro, y se requiere acceso a cannabis con estándares de medicamento para la gente que no quiere cultivar y para la gente que quiere acceder a un producto con estándar farmacológico.

Entonces ¿qué hay que considerar para hacer de la cannabis un medicamento? Primero establecer los tipos y porcentajes de componentes medicinales.

Entonces como comentaba José Carlos hay 3 especies. Esta clasificación de especies está dada de acuerdo a la morfología. Los últimos estudios indican que no hay una correlación entre esta clasificación, y los tipos de cannabinoides. Pero lo que sí indican es que hay una correlación con los terpenos. Los terpenos son las moléculas aromáticas que también tienen propiedades medicinales. Entonces pareciera que según los últimos estudios en genética de las plantas, pareciera que no podemos determinar los porcentajes de cannabinoides de acuerdo a la especie o a la variedad.

Bueno los terpenos son componentes medicinales que se encuentran en varias plantas. Acá hay algunos ejemplos que no vamos a entrar en cada uno de ellos, pero tienen propiedades analgésicas, anestésicas, para el sueño, etc. No se encuentran sólo en la cannabis, sino que se encuentran en muchas otras especies.

Es importante también para considerar, para ver cómo utilizar la cannabis como medicamento, que se encuentran los cannabinoides de distinta manera en la planta cruda que luego de calentarla. En la planta cruda se encuentran como ácidos, y tienen propiedades medicinales, pero son distintas a las que tienen luego de calentarlas. Entonces no es lo mismo utilizar una planta cruda, y comerla, ingerirla cruda, que utilizarla fumada por ejemplo, cocinada o vaporizada. Un ejemplo de esto es el THC que en la planta se encuentra en forma de ácido, el ácido de THC, y que luego de aplicarle calor se convierte en THC, que es psicoactivo. Si tú te comes una planta cruda no va a tener psicoactividad, pero si la calientas sí la va a tener.

Los cannabinoides en la planta se encuentran en los tricomas, que son unas glándulas, hay un dibujo acá, son unas glándulas que se encuentran en las flores, ya sean de hembra, macho o hermafrodita, sobre todo en las hembras que tienen mayor producción. Y en el dibujo de más allá, en la zona gris es donde se encuentran los cannabinoides. Esta es una foto real de cannabinoides, hay un fotógrafo que se está encargando de sacar fotografías. ¿y por qué menciono esto? Porque lo que importa es considerar el proceso de la maduración de los tricomas. No da lo mismo tampoco medicinalmente, utilizar una planta luego de un mes de cultivo, que de 4 ó 6 meses. Los tricomas van madurando y en el proceso

de maduración van cambiando sus componentes, van apareciendo nuevos. Hay plantas que tienen ciertos cannabinoides, plantas que tienen otras, entonces al momento de la cosecha va a indicar ciertos cannabinoides que va a permitir utilizarla para ciertas cosas medicinales, y no para otras.

También es importante mencionar que las condiciones de cultivo afectan a las concentraciones de los cannabinoides, o sea, cuánta agua le doy a la planta, cuánta luz, etc. Cuánto tiempo la voy a tener creciendo también afecta en que cannabinoide voy a tener y de qué manera.

Como José Carlos mencionó hay más de 60 cannabinoides identificados, no voy a entrar en cada uno de ellos, pero sí las mezclas de estos cannabinoides van a generar y posibilitar ciertos efectos medicinales. La gente tiene que saber qué es lo que está utilizando, se necesita acceso a análisis para saber esto.

Y hay una sinergia entre componentes medicinales, entre cannabinoides y terpenos.

Otra pregunta también que tienen muchos usuarios medicinales es ¿qué tan potente tiene que ser? Porque hay gente que piensa que mientras más THC tiene, mayor potencia terapéutica tiene. No necesariamente, depende si requiere THC o no para los trastornos o síntomas que quiere paliar. Pero uno podría pensar que una planta con mayor potencia de THC podría significar menor cantidad de la ingesta. Pero esto también significa mayor posibilidad de riesgo de tener efectos no deseados, como por ejemplo “quedar muy volao”. Hay muchos pacientes medicinales que no quieren “quedar volaos”.

¿Qué más hay que considerar para considerar a la cannabis como un medicamento? Su amplia gama de efectos medicinales. Bueno, básicamente explicar que los cannabinoides lo que hacen es activar los receptores cannabinoides que están ubicados en el organismo. Acá están los dibujos de los receptores CB1 y CB2. Y el efecto medicinal se da justamente porque los cannabinoides activan los receptores que están en cada uno de estos órganos. Por eso se dan efectos que tienen que ver por ejemplo en el caso de los receptores CB2 con el sistema inmune y el sistema nervioso central, y con los receptores CB1 con el sistema nervioso central y órganos periféricos.

Ejemplos de órganos y células en donde se ubican los receptores, por lo tanto, los cannabinoides se pueden usar como medicamento para esta célula y para estos órganos.

Bueno aquí parte también ejemplo de lo mismo, los receptores CB1 están en zonas ligadas al movimiento, la memoria, ambulación del dolor, motivación, cognición y ansiedad. Y los CB2 tienen propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antineoplásicas. O sea impiden el desarrollo de los tumores malignos.

¿Qué más hay que considerar para hacer de la cannabis un medicamento? Hay que considerar las distintas formas de administración, que implican distintos efectos medicinales. No es lo mismo utilizarla fumada, vaporizada, como té o como galletas. Acá hay un cuadro comparativo entre 4 formas de administración, y se compara la rapidez en hacer el efecto, la dosis, qué tan fácil es hacer una dosis exacta con esta forma, qué tan saludable puede ser, qué tan fácil es el uso, porque pareciera que la comestible implica más trabajo como cocinar, no es tan fácil como vaporizar y los costos también.

Si se comparan estas variables con estas formas de administración, la forma vaporizada sería la que tiene efectos más rápidos, y sirve para dolencias más agudas, y la forma oral por té, tendrían un efecto más duradero para dolencias más crónicas. La biodisponibilidad también hay que considerarla, explicado bien simple se trata de cuando yo ingiero algún

fármaco, algún medicamento, la forma de administración me va a determinar cuánto hay disponible en mi organismo. Por ejemplo la vía oral implica un metabolismo por el hígado. Entonces una cierta cantidad que yo ingiero va a tener un efecto menor por ejemplo que si la fumo, porque el hígado se va a quedar con parte de esto, y a él le gustan los lípidos. Los cannabinoides son lípidos, entonces hay que considerar esto también.

La vía rectal yo no sé si se utiliza mucho, pero tiene una alta biodisponibilidad, un 90%, la vía inhalada tiene sobre un 50%, y la vía oral como hay un metabolismo en el hígado, implica ingerir una mayor cantidad para lograr ciertos efectos, que tampoco son los mismos por el metabolismo distinto que hay. La vía fumada no es la más saludable porque hay combustión, pero sin embargo es la más usada por usuarios medicinales y recreacionales. Faltan muchos estudios con esta vía.

Se ha visto que gente que fuma tabaco, hay una relación entre gente que fuma tabaco y cánceres al pulmón. No se ha visto esto con gente que fuma cannabis. Entonces se han hecho unos estudios, hay como 3 ó 4 estudios sobre esto que indican que, si bien se liberan elementos de combustión del cannabis que son perjudiciales, pareciera que el THC funciona como preventivo para generar algún cáncer. Esto también se está estudiando.

La vía vaporizada es la más segura, esto significa no hacer combustión, sino que evaporar los ingredientes activos, se evaporan y se utilizan todos. Entonces es muy eficaz y muy segura.

El té es frecuente en los usuarios medicinales. Tampoco hay estudios con esta forma. Lo que sí tiene el té son problemas de solubilidad y de estabilidad. Y se obtienen productos muy distintos de a cuerdo a cómo se prepara el té. Estos problemas los voy a explicar. Acá tenemos un primer dibujo que dice “solución”, esto es algo que está disuelto. Las moléculas están repartidas de forma homogénea, entonces cuando se ingiere esto, se ingiere una dosis exacta.

Las moléculas en suspensión, cuando juntamos agua con aceite por ejemplo, no se juntan, si no que quedan divididas, y quedan estas gotas pegajosas como cuando se elabora un té por ejemplo, quieren intentar juntar los lípidos, los cannabinoides con agua, y la gente no logra tomar una dosis exacta con esto. Algunas personas intentan resolver esto utilizando leche, el tercer recuadro, para poder unirlos. Pero no es lo mismo tampoco elaborar un té hirviendo el agua, luego echándolo a la planta, o hirviendo la planta con el agua, o la primera alternativa echándole leche, o la segunda alternativa echándole leche. El resultado no es el mismo, la dosis no va a ser la misma y los efectos terapéuticos tampoco van a ser los mismos.

Con el aceite también faltan estudios. Circulan también aceites que pueden tener contaminantes. José Carlos lo mencionó también. Hay varias situaciones que pasan en el proceso, ya sea en el cultivo, en la cosecha, en el guardado o en el secado que pueden generar contaminantes como hongos, bacterias, etc. Y si alguien está con el sistema inmune bajo o tiene problemas respiratorios por ejemplo y la fuma, eso puede generar también mayores problemas. Se necesitan análisis para saber qué es lo que la gente está consumiendo.

Se recomienda para el aceite el de oliva o el de coco como más saludable. Y lo que pasa con el aceite es que no mucha gente maneja el cómo prepararlo bien. Si está en contacto con el oxígeno se pueden degradar productos como el THC, entonces el THC se puede convertir en CBN, que es un producto de degradación. Es un producto psicoactivo pero bastante menor, tiene efectos medicinales pero bastante menor que el THC, entonces

puede haber gente que prepare el aceite y que pierda propiedades medicinales.

Los terpenos los podemos oler porque se evaporan justamente, son muy inestables. No tienen nada que ver con el THC, hay mucha gente que cree que el olor tiene que ver con el THC y no tiene nada que ver, son cosas distintas. Y lo otro, adulteración. Hay gente que intenta conseguir cannabis en el mercado ilegal, y consigue cualquier cosa. Entonces esto es un problema que tiene que ver con la regulación.

En resumen y para terminar, para utilizar la cannabis como medicamento se deben considerar; especies y variedades no aseguran porcentaje de cannabinoides. Utilizar la planta cruda y luego de calentarla implica distintos efectos medicinales. El tiempo de maduración de tricomas implica distintas concentraciones de cannabinoides y degradación de algunos. Las condiciones de cultivos cambian las concentraciones de cannabinoides. Mezcla de cannabinoides y terpenos conllevan distintos efectos medicinales. Las distintas formas de administración implican distintos efectos medicinales, por ejemplo la rapidez y el dolor, la gente que sufre de dolor necesita algo rápido. Cada forma de administración implica ingesta de distintas dosis, el tema es la biodisponibilidad. Hay formas de administración que son poco saludables. Una mayor potencia de THC puede implicar una mayor cantidad de efectos no deseados. Se pueden adquirir contaminantes durante el cultivo, cosecha, secado o guardado, lo que puede generar trastornos o empeorar síntomas. Si se adquiere en el mercado ilegal puede venir adulterada.

Entonces para encontrar la mejor fórmula para cada trastorno y síntoma la cannabis debe estar regulada. Esto permitiría diseñar un buen medicamento. Muchas gracias.

(Aplausos)

**Carolina Guíñez:** Muchas gracias Ingrid, ahora damos paso al segundo expositor, a Eduardo Vergara, director y fundador de Asuntos del Sur.

**Eduardo Vergara:** Quiero aclarar una cosa para no generar malos entendidos, vengo acá como director de Asuntos del Sur y a mí no me enviaron desde el comando para hablar de políticas de drogas sino que después de mi derrota en Rancagua, porque fui candidato a diputado y perdí, me sumé a tratar de influir y aportar en lo que fue ya la primera elaboración del programa de políticas de drogas de la presidenta Bachelet e idealmente tratar de seguir influyendo en lo más posible de aquí al día de las elecciones y antes de que se forme el gobierno, porque creo que, tengo la profunda convicción de que estamos en un momento bastante especial donde hay una sensibilidad mucho mayor, y tenemos dos opciones: o nos sumamos y tratamos de influir, o mejor nos quedamos de espectadores y seguimos criticando desde afuera. Y creo que cada uno tiene su momento en su agenda, y creo que el momento de influir es ahora. Especialmente en una segunda vuelta, así que quería dejar eso claro.

Principalmente les voy a hablar, la idea de mi intervención va de la mano con la experiencia comunicacional más que nada que he tenido para impulsar y llevar adelante la necesidad de reformas profundas a nuestra política de drogas, no solamente en Chile, sino que en América Latina. Y me gustaría contarles cuáles creo yo que son los elementos más importantes que confluyen para que una estrategia comunicacional en torno a políticas de drogas sea exitosa. Especialmente teniendo en cuenta que somos un país extremadamente cartucho, hipócrita, y donde todavía candidatos presidenciales dicen que quieren gobernar con la biblia en la mano. Entonces yo creo que el desafío es tremendo y bastante cuesta arriba.

Dicho eso, los elementos que confluyen para generar un discurso, y un discurso favorable a la reforma de políticas de drogas se mueve en un contexto. El contexto en el que nos movemos hoy en día es que hemos vivido y estamos viviendo una ola de sensatez, no solamente a nivel mundial, sino que específicamente y bajo un liderazgo en América Latina, donde han existido conversaciones que hace 5 ó 6 años no existían, porque hace 5, 6 ó 10 años la receta transversalmente era la prohibición y la represión como forma de llevar adelante políticas de drogas exitosas.

De cierta manera ex presidentes, y algunos de ustedes son familiares con lo que fue la “comisión de drogas y democracia” y después la “comisión global de drogas” que agrupó, aglutinó a grupos políticos de izquierda y derecha como César Gaviria, el ex presidente Fox de México, y más de centro izquierda como Ricardo Lagos ex presidente de Chile, Fernando Henrique Cardoso, y tomaron decisiones de que también tenían que impulsar ciertos conceptos para que como región llegáramos a un concenso, en que la política de drogas, la guerra contra las drogas había fracasado.

Yo creo que sin mirar en menos los diversos esfuerzos de la sociedad civil, porque creo que también hay que reconocer, no solamente en Chile, sino que a lo largo y ancho de América Latina, hemos tenido movimientos cannabicos, movimientos ciudadanos de personas que se han volcado a la calle. Acá salen más de 80 mil personas, pero muchas veces los medios lo silencian o caricaturizan a esas personas que son un grupo de “volaos” que no quieren nada más. Entonces yo también creo que hay que ser bien sensatos y honestos en lo que faltaba para embarcarse en un discurso coherente que reflejara la necesidad de reforma, tenía que ver inevitablemente, nos guste o no nos guste, con la inclusión de actores políticos de peso que pudieran decir “está bien”, esta necesidad de reforma no es un capricho de una elite ni de un grupo de volaos, sino que es una necesidad mucho más amplia que toca diferentes sectores y diferentes sensibilidades dentro del movimiento de reforma.

Con eso también empezó a hacerse público y de manera masiva los fracasos, en concreto los fracasos de una lógica de prohibición y represión. El caso de México fue tal vez el más puro, porque el caso de Colombia estaba muy contaminado con lo que fue la intervención de la guerrilla y la FARC y su intervención de Estados Unidos. Pero en su momento México se pensó que lo que ocurría en Colombia no iba a suceder ahí, pero cuando se empieza a desarrollar, y cuando vimos que México no sólo llega a 60 mil, a 80 mil muertos, sino que también hay 23 mil desapariciones, una sociedad civil que dentro del DF que se empieza a volcar, que empieza a exigir una flexibilidad en la política de drogas, teniendo en cuenta que al mismo tiempo el país estaba sufriendo con muertes, desapariciones y el crecimiento del crimen organizado, creo que son señales interesantes que hablaban de una nueva Latinoamérica que estaba disponible para esa pelea.

Como se puede esperar y como era esperable, esa ola de reformas, esto es como un tsunami, nosotros estábamos al final, fuimos uno de los países y somos uno de los países en que se ha demorado más en llegar, esta ola de reformas y debates. Pero eso de la mano con que ocurren dos cosas muy significativas. Una que es el movimiento con aires democráticos en Estados Unidos donde California pierde la posibilidad de regular el cannabis como se regula el alcohol y el tabaco, pero hay personas que están participando. Y hay una voz democrática que está pidiendo cambio, y finalmente se llega a que hoy Estados Unidos tenga una realidad en donde 19 estados han decidido regular la cannabis para usos terapéuticos, pero también Colorado y Washington sean estados

donde democráticamente se decidió regular la cannabis para fines recreativos. Y si nos movemos más al cono sur, yo creo que el coraje y liderazgo de Mujica también ha dejado a muchas personas... los ha hecho pensar.

Esos elementos han confluído como paraguas dentro de tres actores o elementos claves que han llevado a que el debate sobre políticas de drogas pueda ser mucho más efectivo. Uno que tiene que ver con la opinión pública. La opinión pública en América Latina, en Asuntos del Sur nosotros dirigimos un observatorio latinoamericano de políticas de drogas y opinión pública. A muchas personas les parece absolutamente bizarro. Pero nos dimos cuenta que el elemento que faltaba era entender cómo las personas estaban pensando y percibiendo la necesidad de reforma para poder influir políticamente.

Nosotros conducimos encuestas de manera anual en 6 países de América latina, son encuestas presenciales que se le hacen a un universo de personas entre 18 y 34 años. Lo hacemos hasta 34 años porque los declaramos jóvenes, creemos que ahí está la generación donde podemos encontrar oportunidades para estar más perceptivos a las reformas.

En esa encuesta los resultados son, nosotros ya estamos mirando los resultados de esa encuesta donde en Chile más del 50% de las personas encuestadas están absolutamente en desacuerdo con las políticas gubernamentales de drogas, creen que las campañas de rehabilitación y prevención son absolutamente negativas que no tienen ningún efecto positivo, y critican fuertemente al gobierno, independiente del color político. Yo creo que todos sabemos que la crítica hacia las políticas, el diseño y la ejecución de políticas de drogas en este país traspasa el eje izquierda-derecha porque todos han tenido culpa respecto a los resultados que tenemos hoy.

Pero si tu comparas cómo se está comportando la opinión pública a nivel general, o sea, cuando encuestas a personas entre 18, 65 y 70 años, te das cuenta que el conservadurismo en América Latina persiste.

La encuesta latinobarómetro incluyó preguntas respecto a legalización, regulación de drogas y miradas de narcotráfico, y nos damos cuenta que transversalmente la sociedad latinoamericana sigue siendo temerosa. Entonces le reitero, el análisis de la opinión pública es que aquí hay un tema generacional. Las personas mayores de 34 y 35 años de edad que están sentados acá, son la excepción de la norma. Y les digo la excepción de la norma porque con esto ni siquiera estoy pretendiendo que ustedes estén de acuerdo o no con regular, sino les estoy diciendo que por lo menos están dispuestos a participar en un debate que tiene como componente la palabra “droga”.

Yo creo que ese análisis tiene que ser muy importante para entender cómo nosotros avanzamos. En lo personal he sido un crítico, y se lo he dicho a muchos líderes del activismo cannabico, del activismo de la calle, que a mí no me parecía bien que después que marcharan 30 mil personas, dieran unas entrevistas a la televisión con lentes oscuros, con una polera negra y con una hoja de marihuana. Porque lo que yo pensaba, que la madre que estaba sentada al otro lado, lo primero que pensaba era “yo no quiero que mi hijo sea como él”.

Y lo que nosotros necesitábamos lograr era absolutamente lo contrario. Generar una asociación de confianza, que permitiera que pudiésemos tener estas conversaciones mirándonos a los ojos y que no nos miraran a los que estábamos hablando de esto, como los drogadictos de la calle, porque eso es lo que ocurría antes. Entonces yo creo que teniendo en cuenta ese elemento, y la lectura que se le ha hecho, el balance es positivo en las nuevas generaciones de latinoamericanos y chilenos, están mucho más perceptivos,



mucho más críticos a las políticas de drogas, y entendieron que la mano dura no funcionó. El segundo elemento, son tres, me queda una más no se preocupen, son las “elites políticas”. Las elites políticas, y especialmente quienes tratan de pensar de manera más pragmática dentro de las colisiones políticas, te estoy hablando de grandes bloques, generalizando lo que pueda ser izquierda y derecha, en el pensamiento más liberal en lo económico, hay una fuerte tendencia de personas que están absolutamente convencidas que la regulación es el camino. Y la justificación se basa principalmente en que es lo más eficiente. El menor gasto fiscalmente es lo más responsable, pero que también abre la oportunidad para poner reglas del juego, que les encanta las reglas del juego cuando les conviene. Pero hay una elite liberal en lo económico emergente que está pensando, sin ir más lejos en Chile, hace unos 3 ó 4 meses, se presentaron las 95 propuestas endiosadamente para mejorar nuestro Chile, pero algunas de ellas era regular las drogas, y no solamente la cannabis.

En la izquierda está la gran deuda, porque la izquierda, o la social-democracia, o el progresismo siempre ha tenido miedo de meterse en debates y temas de seguridad, y como el tema de política de drogas históricamente se asoció con la seguridad ciudadana, los progresistas fueron los grandes ausentes.

Sin embargo, la existencia de Mujica, que yo creo que más de alguno le vamos a hacer una animita cuando se vaya al cielo, abrió la mente a muchos actores políticos progresistas, para entender que estaba bien. La participación de Fernando Henrique Cardoso y de Ricardo Lagos Escobar, también abrió puertas y ventanas para sumarse a esos debates. De cierta manera políticamente se normalizó. El problema es que estas elites siguen siendo minoritarias, y las que en su gran mayoría están de acuerdo, son hipócritas, porque en reuniones y seminarios donde no hay prensa, hablan todos de que claro “estamos todos de acuerdo con legalizar y la regulación”, pero al momento de votar, que como tu mides la eficacia y el actuar de los políticos, no lo hacen o no tienen ni siquiera el coraje para exigir públicamente urgencias en proyectos de ley que en este mismo país tenemos tanto en la cámara como en el senado, que hablan de regulación, que hablan para permitir el cultivo para fines personales.

Entonces yo creo que ahí, es uno de los problemas y ahí es donde estamos al debe. Tenemos una opinión pública emergente caminando hacia lo positivo, pero una elite política que sigue siendo altamente hipócrita. Mi experiencia personal estos días tratando de influir en un programa de gobierno, cuando nosotros sabemos que al final del día existen cálculos electorales, y no es que yo me siento en la mesa y diga “mira, esto es lo que va a ocurrir”, pero tú sabes que si hablas de legalización pierdes un millón de votos, o de despenalización. Si hablas de legalización vas a perder 1 millón y medio o 2 millones de votos. Entonces ése es el costo, y ¿cuál es la invitación? En que muchas veces la crítica soterrada de la opinión pública es que ¿por qué no se hacen estas cosas? Pero también hay que entender los costos políticos que esto trae.

Yo no estaba presente, pero al principio ustedes deben haber escuchado la experiencia uruguaya, y ahí también hubo o hay una gran lucha contra la opinión pública.

Aquí no se trata de que todos estén caminando en Montevideo, Uruguay pensando “estamos extremadamente felices con esto, viva nuestro presidente, es la mejor decisión que tomamos” No, pero ¿cuál es el problema? Que no solamente en Chile sino que en América Latina nos caracterizamos por tener líderes, especialmente presidentes que no son reformistas, que no entran al poder para hacer grandes reformas. No estamos hablando de Francia, ni de algunos países europeos donde personas han entrado con

convicciones profundas que están dispuestos a poner sobre la mesa su capital político y su popularidad, especialmente sin ir más lejos tenemos un presidente que está más preocupado de cómo va a pasar a la historia, de cómo gobernar. Y eso parece ser la tónica. Entonces eso hace que las elites políticas terminen retrayéndose e iniciando debate, sin ir más lejos también lo vimos en Argentina cuando Cristina en su momento, poco menos que prometió que desde el inicio al fin del año iban a haber debates más profundos, iba a haber una regulación, y después no ocurrió. Eso está ocurriendo en toda América Latina.

El tercer elemento, que yo creo es importante entender el cómo esta ola y discurso de políticas de drogas se está moviendo, tiene que ver con los medios de comunicación. Los medios de comunicación más convencionales, estoy hablando en el caso chileno de La Tercera, El Mercurio, La Segunda, se han abierto a estos debates porque líderes liberales en lo económico, lo han puesto sobre la mesa. Y eso ha permitido de cierta manera, normalizar un debate de las necesidades de reforma dentro de elites.

Los diarios, los medios de comunicación más masivos siguen “burlándose” de lo que está ocurriendo. Te estoy hablando de Las Ultimas Noticias, La Red que es canal en el que yo estoy metido más de la cuenta, sin ir más lejos hay veces en que me han invitado a debates con el “cogollo Larraín” y con todo el respeto yo le he dicho “señor, yo no estoy disponible”. Porque creo que nosotros también tenemos que cuidar las formas, y no lo digo sin ninguna forma de discriminar a nadie ni de reírme de nadie, pero creo que el debate es tan sensible, que cuando se transforma en una caricatura de algo, solamente logramos retroceder.

Sin embargo, si ustedes me preguntan el balance general de los medios de comunicación, es positivo. Porque como nunca en los noticiarios, en programas, hablamos de Informe Especial, hasta en matinales, estamos viendo la presencia de un debate. Donde a muchos de aquí que yo veo que están sentados, yo los he visto en la tele, y los felicito se ven muy bien. Pero los he visto debatiendo, hablo del Dr., por Milton, Morgana, una chorrerra... bueno a ti no te hemos invitado todavía, pero creo que es un balance positivo.

Dicho eso, y con esto voy a terminar porque veo a algunos la cara de que les estoy dando la lata, creo que es extremadamente importante entender que el debate de políticas de drogas de este país, no puede comenzar ni terminar con la cannabis. Nos estamos haciendo un daño tremendo. Aquí hay debates profundos sobre pasta base que no estamos tratando con seriedad. Yo invito de manera pública que el Colegio Médico por medio del Dr. Sánchez lidere seminarios e investigación respecto a lo que la pasta base está haciendo en nuestras poblaciones.

Otro problema grande que tenemos es que hemos cometido el error de separar narcotráfico con consumo, oferta y demanda. Quienes hablan de despenalización, quienes hablan de cannabis no quieren hablar de narcotráfico, de manera seria.

Lo tiran al “voleo” cuando dicen “Legalicemos para quitarle el negocio a los narcotraficantes” y hasta ahí llega el debate. Lo que estamos viviendo en este país en Arica, Antofagasta y Tarapacá es extremadamente grave. Hay un desprestigio transversal a Carabineros de Chile, a la Policía de Investigaciones y a nuestro gobierno, dado la incompetencia de un plan frontera norte que se ha prestado para manipulación, para montajes. Hace 2 días se liberaron a 4 personas que estaban encarceladas injustificadamente, porque les habían montado mil 300 kilos de marihuana, mientras 20 kilómetros más al sur pasaban 500 kilos de cocaína, y eso fue un montaje.

Hace unas en el OS-7 de Arica se encontraron billetes falsos acumulados dentro de

las oficinas. Entonces no nos vengan a decir, descaradamente, cuando yo debato con Francisca Florenzano, que nuestras teorías se basan en una realidad que no es la chilena. Que estamos hablando como si fuéramos México, Colombia o Centroamérica... no señor, eso es falso.

Nos hemos vanagloriado por todo el mundo diciendo que nuestras instituciones, especialmente Carabineros de Chile es confiable y transparente, cuando las cosas aquí están sucediendo, y se están encubriendo.

Eso a mí me preocupa, bastante. Porque creo que es un debate que no hemos abordado con seriedad, y que no veo que ningún actor político ponga sobre la mesa hasta ahora un programa serio.

Yo he debatido en el comando de la presidenta Bachelet y por lo menos se ha avanzado en que avancemos en inteligencia financiera, que es el debe más grande que tenemos; lavado de dinero, cómo se mueven dineros, quien se queda con quién.

Entonces ésa es la invitación. Los 3 elementos que les comuniqué, respecto a la comunicación de este debate, el balance para mí es positivo, pero creo que tenemos que avanzar en un debate serio, en un debate donde no tengamos miedo de decirle a quienes están haciendo el ridículo y a quienes están pisoteando un tema tan importante. Aquí en este mismo seminario hemos visto personas que el uso de cannabis de diferentes formas les ha transformado la vida. Hemos visto también que personas por el sólo hecho de utilizarlo de manera recreativa, porque dicho eso, o sea, yo soy un defensor del que quiere ir a surfear o ver tele fumándose un pito lo haga. Para mí la cuestión no parte ni termina con los usos espirituales ni medicinales, es un derecho de cualquier persona. Y ojo, que en estos días también hay un síntoma importante que ha tenido que ver con la Expoweed. ¿Cómo? Partiendo con personas del gobierno que han salido haciendo “alaraca” porque ahí van a entrar menores, pero se olvidan que cuando en las fondas hay personas borrachas votadas en el suelo tomando, los aplauden. Y cuando el padre está tomando una piscola con el hijo en la misma mesa, y después le pasa las llaves del auto para que salga a carretear, no hay una conciencia, ni un análisis. Yo creo que ahí estamos al debe, pero me declaro a pesar de haber recibido una derrota hace unas semanas, una persona tremendamente optimista en lo que se nos viene en políticas de drogas en Chile y en América Latina. Muchas gracias.

(Aplausos)

**C.G:** Muchas gracias Eduardo. Ahora continuamos con Mariano Fusero, abogado y secretario por la mesa Nacional por la Igualdad.

**M.F:** Bueno, muchas gracias a todos y agradecer a los organizadores por la invitación, por el buen trato que nos ofrecieron, por todos mis compañeros y compañeras expositores, que la verdad fue un lujo poder conocerlos a la gran mayoría, por más que me sienta minoría como abogado, en un terreno hostil, o sea cuando me invita acá el Colegio Médico de Chile, realmente es un gran susto porque generalmente los médicos y los abogados nos llevamos a patadas históricamente. Me están invitando a un terreno hostil, yo estoy acostumbrado a hablar con la militancia allá, con el compañero Mike Bifari, allá, es un terreno mas grato allá con gente que consume, generalmente aplaude mucho, pero con los médicos a mí me ha costado un poco. Para ver en qué iba a profundizar este

debate y para que se hagan una idea, con esto termino la relación médico-abogado, en los médicos en algunas provincias, cuando los médicos se reciben en la facultad, van a tirar huevos a la facultad de abogacía, por los juicios de mala praxis que le hacemos, ¿no? Espero que no sea el caso, por lo menos los médicos aquí presentes ya han sido palpados de arma y de huevos como para que me agredan mi exposición. Bueno muchas gracias por todo sinceramente.

Con respecto al discurso de acá en el panel, tenía el título “La escena y los discursos”, realmente tarea compleja, porque discurso históricamente no fue unívoco, ni fue pauteado de determinada forma que no haya sido cambiado dinámicamente.

En su momento es el discurso de las drogas cuando se empieza la prohibición y demás se empieza a vincular toda esta cuestión del usuario de drogas prohibidas, con aquel contestatario social y enemigo político. Eso fue bastante útil para algunos regímenes represivos, vinculados a las dictaduras militares en Latinoamérica, a las desapariciones de personas, etc. Y uno observa que las leyes prohibicionistas más allá de todo el contexto internacional en el cuál ya hablaron mucho los compañeros y esas obligaciones supuestamente internacionales asumidas, por más que los derechos humanos como dijo Raquel estén por encima de estas obligaciones internacionales en materia de drogas, este contexto venía también a propiciar lo que se estaba estableciendo acá como una doctrina de seguridad nacional, donde la Escuela de las Américas, con la doctrina de seguridad nacional y toda esta cuestión de las leyes antiterroristas, que daban este basamento político para el exterminio de las poblaciones, junto a las leyes de drogas que perseguían a estos personajes, que no sólo tenían ideas políticas de izquierda, comunistas, eran mandados por Stalin y Fidel Castro, sino que a la vez fumaban marihuana o tomaban cocaína. Entonces sirve como un discurso selectivo, como todo discurso punitivo, selecciona a su clientela, el sistema penal siempre ha seleccionado a su clientela que selecciona a los más vulnerables generalmente.

Esto sirvió como basamento entonces los bienes jurídicos protegidos dentro las leyes, ustedes saben que toda ley penal tiene un bien jurídico supuestamente protegido, que es lo que viene a regular la conducta para que no se dañe. Ese bien jurídico en ese momento, en ese contexto está vinculado con la seguridad nacional. Entonces por ejemplo uno observa la ley Argentina, que es la que yo conozco más en profundidad, que en esa época los juzgados federales eran los que intervenían en estas conductas, por más mínimas que sean, porque está en juego básicamente la seguridad nacional.

Era una relación que se hacía básicamente de consumidor, con una ramificación del cartel de Medellín, o con una ramificación de la revolución cubana. Entonces se vinculaba esta cuestión de la doctrina de seguridad nacional básicamente como para la represión.

Obviamente que en este contexto el discurso estaba vinculado que la solución podría ser la muerte o la cárcel, o sea no había lo que en teoría penal se llama la “prevención especial negativa” que es sacar la manzana podrida de la sociedad para que no la contamine. Entonces la muerte o la cárcel era básicamente la solución que se daba dentro de este discurso de doctrina de seguridad nacional.

Después de esto se va cambiando, las leyes también van cambiando de paradigma, y se propicia una cuestión del bien jurídico a proteger, viene a ser la salud pública. Un ente bastante abstracto, que algunos dicen que se compone de la salud individual de cada uno de los individuos, el bienestar social, etc. Pero nunca fue muy claro en su componente real.

También acá se empieza a diferenciar básicamente lo que es el traficante del consumidor. Al traficante le correspondían las mismas soluciones, o sea la muerte o la cárcel, y el consumidor le correspondían lo que son las medidas de seguridad, las curativas. Ahí viene también esta relación de abogados y médicos, la gran responsabilidad que tuvimos todos nosotros dentro de nuestras disciplinas, como para unos siendo jueces, los abogados criminalizar y perseguir punitivamente a las personas, y los otros implementar la psiquiatría y los sanatorios psiquiátricos, etc. como para establecer medidas compulsivas de tratamiento, o medidas de seguridad curativas de una forma indeterminada. Esto básicamente, o sea, lo que tiene la pena básicamente es una cuestión de dignidad ¿no? Porque uno sabe por lo menos cuándo empieza y cuándo termina. Cuando a uno le interponen una medida de seguridad sanitaria, curativa, psiquiátrica, etc. está en mano generalmente de los peritajes médicos cuando esta persona está apta como para supuestamente reinsertarse en la sociedad. Digo “supuestamente reinsertarse” porque cuando hablamos de re inserción social es una mala terminología, porque esas personas nunca fueron ajenas a la sociedad. Entonces estamos en manos del peritaje de los médicos como para que esas personas vuelvan supuestamente a una sociedad de la cual nunca fueron y de las cuales son parte.

A su vez también aparecen en este contexto la asociación después, también trágica entre todo usuario con una enfermedad. Todo usuario de drogas es una persona que tiene un consumo problemático, un abuso, una adicción. Y si no la tiene en el presente la va a tener, haciendo futurología. Entonces se asocia que todo discurso tiene que ser vinculado a la salud. Entonces sacamos un poco el sistema punitivo del medio, y empezamos a hablar más de medidas de seguridad.

Ante tal caso por ejemplo la ley en Argentina es emblemática, o sea es una ley que obliga a las personas. Considerémonos que estamos en presencia ante un paradigma que considera esto: al usuario se le asocia con una enfermedad y una adicción presente o futura. La ley argentina, que es una de las leyes más prohibicionistas y represivas de la región, establece en su artículo 16, 17, 18, una medida compulsiva de tratamiento.

¿Eso qué significa? La persona por ejemplo la agarran en la calle con dos cigarrillos de marihuana, la ley lo que establece en su artículo 14 la segunda parte, está estableciendo que por las circunstancias del caso, la escasa cantidad, etc. Surge inequívocamente de que esta tenencia para su uso personal, no le corresponderá de 1 mes a 2 años. Ahora bien, si la persona va y se presenta ante el juez y dice “no señor, yo tengo un problema de adicción con esta sustancia”, una confesión como si fuera libre y discrecional de la persona, le va a corresponder una medida de seguridad curativa. Pero no sólo eso, o sea que es una cuestión de obligación de tratamiento sanitario.

Como dije, supongamos que en este paradigma enrolamos a todo consumo como una enfermedad, bastante permisivos en el discurso, entonces esa persona se somete a un sistema sanitario, pero no sólo eso, si no que tiene la obligación de curarse en 2 años. En 2 años, se los leo si quieren literalmente, dice: “si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena”.

O sea, come comida y concentrada, porque no sólo que va a ir preso igual, sino que me sometieron a una medida de seguridad curativa y andá a saber que me hicieron los psiquiatras, y andá a saber que me hicieron los psiquiatras que participan en el sistema penitenciario. Peor todavía en esas condiciones, que me atendieron a mí, y que la ley

me está diciendo que por falta de voluntad si no me curé, me va a corresponder la pena. Es emblemático, o sea es la única, supongamos de vuelta, la única enfermedad que me obligan a curarme, y si no me curo me penalizan. O sea acá no hay punto medio, no vamos a ser tibios, los prohibicionistas en su tiempo no fueron tibios, por lo cual creo que nosotros tampoco debemos serlo.

No hace poco, bueno el día de ayer la compañera acá Raquel, me enseñó una frase que ya la he repetido como 5 veces en el mismo día, de cómo los prohibicionistas no fueron tibios con nosotros, en este caso nosotros no tenemos que jugar al ajedrez, sino que tenemos que jugar al rugby. Tenemos que ir con todo. No tenemos que ser tibios en estas situaciones.

Hoy por hoy este modelo va cambiando, y se vincula a lo que es la doctrina de seguridad ciudadana, deja de ser una cuestión de doctrina de seguridad nacional y es una doctrina de seguridad ciudadana. ¿Esto por qué se vincula? Se vincula con cualquier usuario a la criminalización. O sea, ¿pero por qué se da este imaginario social de que cualquier usuario está vinculado al delito? Por dos cuestiones básicas.

La primera porque en muchos de los países está criminalizada la tenencia o el porte, acá como el artículo 4 de la ley 20.000 tengo entendido. Está criminalizado el porte, entonces obviamente si, tú usuario, eres un criminal. Porque la verdad tener una conducta que ni siquiera es una conducta humana, haber la tenencia ¿no es una conducta humana? O sea la tenencia es una situación de hecho. Yo estoy teniendo una camisa puesta, unos pantalones puestos, unos calcetines puestos, y no estoy realizando ninguna conducta. Ahora si tuviera 2 gramos de marihuana en mi bolsillo, es una conducta que puede ser penalizada. Ni siquiera es una conducta, un hecho que puede trascender a terceros, menos todavía. Pero bueno, esa conducta como tenencia, es penalizada. En este contexto entonces, obviamente esta asociación entre criminalidad y usuario se vincula por todo usuario pasa a ser un criminal. Porque por más que el consumo en muchos de nuestros países no está penalizado, en eso hay que ser claro, o sea el consumo no está penalizado, pero nos obligan a realizarlo dentro de cuatro paredes.

Me hace acordar esto cuando nos decían en Argentina con el tema del matrimonio igualitario, O.k, tengan relaciones homosexuales pero en cuatro paredes chicos, por favor, que no afecten ni a los niños, ni a la iglesia católica, ni a la de buen entendimiento, la moral pública, la ética, por favor no se den un beso en la calle. O sea, vamos a establecer determinados códigos. Lo mismo nos pide en el tema de consumo de sustancias ¿no? Consuman pero en sus casas, o sea no molesten. Ahora si quiero tener una planta en mi casa para autoabastecerme y no caer en la red ilegal, eso sí, punible. O sea, no te permito tantas acciones dentro de tu casa. Si quieres consumí, no plantes. Está bien comprarle al mercado ilegal. Esa es la lógica de la ley antidroga.

Por otro lado, tienen también la cuestión de asociación entre la criminalidad, vinculada al consumo de sustancias. Se supone que muchas de las sustancias que se consumen son causantes o directrices de las conductas que están penalizadas dentro del código penal en su magnitud. O sea que la persona que consume marihuana, cocaína, pasta base, etc., inmediatamente no sólo pasa a ser un delincuente por esta conducta que se vinculan al uso, sino que pasa a ser delincuente por las conductas que estas sustancias le van a producir hacer. Entonces esa persona bajo el efecto de esa sustancia nos va a robar, nos va a violar, etc.

Cuando uno observa las estadísticas en todas partes del mundo, salvo en algunos países en donde está penalizado el uso de alcohol, como Marruecos; cuando uno observa las

estadísticas, que el alcohol es la droga más criminógena, que mayores efectos perniciosos conllevan en lo macro social ¿no? Efectos en la salud individual, efectos en lo familiar, efectos en los recursos del Estado implementados para esta cuestión, etc.

La segunda sustancia o mezcla de sustancia que podemos considerar como más criminógena, precisamente es el alcohol, mezclado con pastillas de uso legal, conseguidas en farmacias, con receta, sin receta, por derecha, por izquierda, no sé, pero hoy contaba en una conferencia de prensa que muchas de las personas que vienen a asesorarse por una causa penal que tuvieron, X, dicen “no, lo que pasa Dr. Es que estaba enrochado” y enrochado viene de laboratorio (Roché). Y ese laboratorio produce una sustancia legal. Y nadie se preocupa por eso, nadie se preocupa que esa sustancia legal mezclada con el alcohol eventualmente puede producir un efecto que puede llegar a ser criminógeno. Y de cannabis ni hablar. Es casi imposible, o sea observar casos de personas que se sometan voluntariamente al uso de cannabis para delinquir, o sea quien conoce, claro, al contrario, es bastante vulnerable una persona vamos a decirlo, que está bajo los efectos del cannabis y sale a delinquir, lo más probable es que se ría con la persona, le dé la mano y le pida perdón, y se vayan a tomar un copete por ahí, no sé qué pasaría. Pero en concreto son pocos casos vamos a decir, entre la criminología son pocos casos.

Entonces esa asociación es bastante falsa también, pero se vincula en estos dos sentidos, el consumo de sustancias con la criminalidad. Obviamente que esto también, lo que hay que considerar dentro de esta asociación, es que por los motivos que una persona delinque son independientes, o pueden ser independientes por los cuales se consume una sustancia.

Hoy decíamos también yo sé que hay todo un contexto que me parece también la manga herramienta como excelencia como para hablar del tema de seguridad, de inclusión social. No me entra, y eso que estudio criminología hace mucho tiempo, y me gusta, pero la inclusión social y hasta estadísticas, lo demuestran que cuando los Estados con sus macro políticas han incluido a las poblaciones, le han brindado trabajo, etc. Baja la proporción de delitos, y sobre todo los delitos contra propiedad que son de la mayor comisión dentro de nuestros países.

Uno observa también, como para dar un ejemplo de lo macroeconómico cómo afecta, o sea 10 años de neoliberalismo en Argentina ha significado una subida de la criminalidad, y la criminalidad obviamente vinculada a los delitos contra la propiedad, eso significa que la situación socioeconómica de pobreza, la falta de oportunidades, la falta de trabajo, la falta de educación, la falta de políticas sanitarias, etc. ha conllevado a mayores índices de criminalidad.

Vincular esto al consumo de cannabis o de cualquier sustancia, es una aberración. O sea que, me parece que hay que fijarse en otras cosas. Dejemos de endiosar a esta política criminal, como que va a venir a paliar todos los males de la humanidad, y fijémonos claramente cuáles son las políticas sociales que nuestra población necesita como para que estos delitos eventualmente no se cometan.

Podemos hablar concretamente un poco de lo que es lo propositivo. O sea acá ya descriptivamente nosotros tenemos bastante material, muchos expertos que pueden hablarnos y más. Pero discúlpenme, hay otra cosa que aclaro, no voy a decir de quien, que me gustó la definición, a mí no me gusta la masturbación intelectual, esto de auto convencernos y esto y lo otro, de felicitarnos por cómo hablamos, y por lo que sabemos y por lo que leemos, y por lo que viajamos, etc. Ya llega un momento en que a mí me cansa. O sea, cuando la militancia se apoyó en conseguir un abogado militante, no sé, en

concreto la militancia lo que quiere es llevar una política, y algo propositivo en concreto, ¿no? Y eso es por lo menos lo que estamos haciendo en la Mesa Nacional por la Igualdad, la diputada María Rachid con quién trabajo, estamos llevando proyectos de ley concretos dentro de un terreno hostil, que en Argentina desde el año 2009 el Fallo Arriola obliga a despenalizar la tenencia para el consumo personal y todavía no se ha realizado. O sea yo, ahí en una declaración que hizo Eduardo, me alegraría mucho que Cristina por lo menos haya dicho, soy criminalista aclaro, soy crítico también, criminalista crítico, pero me alegraría mucho que cristina haya dicho y se haya comprometido a regular el cannabis en un plazo determinado y no haya cumplido, me encantaría que por lo menos lo haya dicho, pero nunca pasó.

Por eso una política de Estado como fue implementada en Uruguay, esto viene de la militancia, de la solicitud de militancia, la garra que le ponen a la militancia, así como hay otras militancias que se ganaron, como matrimonio igualitario, como la ley de migraciones, como el tema de identidad de género, como fertilización asistida, es una política que en mi consideración se avanzó mucho. En materia de derechos humanos, falta el aborto para las mujeres, falta la legalización del cannabis, falta una política de drogas adecuada en los derechos humanos, etc. En eso quizás también tiene mucho que ver esta cuestión que también hablaba Eduardo, esta mercadotecnia electoral, de cuantificar cuantos votos me suma o me resta determinada política.

Ahora bien, nosotros no tenemos que basarnos en eso, los derechos no se plebiscitan, los derechos son derechos y tienen que ser reconocidos. En eso hay que ser claros, por más que la mayoría de la población, los que queramos en porcentajes, estén a favor o en contra de determinada política, eso eventualmente para el reconocimiento de los derechos de una persona como recién hablamos de uso medicinal, para un 80% de la población carcelaria que está vinculada a delitos menores de drogas, que están no sólo encarceladas, sino que están procesadas, todavía se les considera inocentes. Para el 70% de mujeres que están prisionadas en Argentina por delitos menores de droga, como delitos por ser las “mulas” de las fronteras, y demás delitos que se comenten obviamente por una situación apremiante de su situación socioeconómica de pobreza, que conlleva a poner en riesgo no solamente su libertad, sino que hasta su propia vida.

En Argentina, 9 de cada 10 mujeres extranjeras que están en prisión, están en prisión por estas figuras de micro tráfico que son utilizadas no sólo por el sistema punitivo, la corrupción policial, extorsión, etc. sino como una forma de mano barata para los carteles. Entonces en ese sentido me parece que tenemos que ser claros, jugar al rugby e ir con todo para correr el eje de debate, y pedir todo. La militancia, y los que somos consientes de todos los daños que trajo el prohibicionismo en estas décadas, tiene que ser consciente de esto, y velar por los derechos humanos de todas las personas. No nos quedemos en el ajedrez, no nos quedemos en la masturbación intelectual, vamos por todo. Exijamos los derechos humanos, al reconocimiento de los derechos humanos, y más allá de lo que la mayoría, el porcentaje más menos de que la población exija. En su momento mucha población se quejó del tema hasta del divorcio, suponía que iba a ser la destrucción de la familia, y que todos nos íbamos a divorciar.

En su momento con el tema del matrimonio igualitario nos decían que para la comunidad LGTBE les correspondía la unión civil, es lo que les corresponde porque el matrimonio viene de “mater” y “mater” significa madre, etc. No, pedimos matrimonio igualitario, no pedimos unión civil y conseguimos matrimonio igualitario.



Fertilización asistida, tenemos la mejor ley de fertilización asistida. Considero, porque despatologiza a las chicas trans. Fertilización asistida también, etc. O sea, pidamos lo máximo y después vemos eventualmente a qué grado y en que magnitud nos reconocen este derecho. Pero sin contar con el voto más o menos que estas políticas y estos debates tengan que ser causas en nuestra sociedad. Muchas gracias

(Aplausos)

**C.G:** Agradecemos a Mariano Fusero, y ahora comenzaremos la rama de preguntas.

**Milton Flores:** Yo quisiera contarles que hace 2 años nosotros comenzamos a trabajar como equipo profesional, y la lectura política era que era un período inconveniente para poder arremeter y tratar de obtener alguna transformación. Nosotros empezamos a trascender, fuimos integrando fuerzas, y en este minuto en Chile está sucediendo algo que me parece a mí muy interesante y que es necesario sacarle brillo. Por diversa razón, trabajo en conjunto, sé, en este momento tenemos en el Instituto de Salud Pública, habiendo legitimado el uso médico de la cannabis en Chile. Es ya oficial, no está desclasificado, estamos en proceso de hacer eso, pero eso significa que ya la cannabis salió de la lista 1, ya el uso médico en Chile es legítimo. Falta socializarlo, falta normalizarlo. Nosotros entendemos que la adicción es el centro de un modelo, de un paradigma que está ignorando dimensiones esenciales de la vida humana, y entendemos que la cannabis resulta ser una herramienta, para recuperar la conciencia, ese tipo de potencial de información. Por eso que es una herramienta evolutiva, por eso que sirve para tratar la adicción, porque permite al sujeto recuperar quilates, y como decía denantes (sic) el psiquiatra, el tema es la persona. Cuando una persona proyecta hacia afuera, por ignorancia de su propio valer, evidentemente se convierte en un adicto, y la adicción hoy día es un patrón del modelo, un patrón cultural de interacción, que trasciende al objeto el cual es la adicción.

Por eso nosotros creemos que las bases de estas búsquedas hay mucha ignorancia, porque primero el uso medicinal tiene que ver con desconocerse el sujeto en distintos planos, y también tiene que ver con la ignorancia de elementos jurídicos, aprovecho que está el abogado. Yo quiero insistir de elementos en la Constitución Chilena que hablan de una doble dimensión, que no tiene que ver con la religiosa, si no tiene que ver con una noción de realidad integrada. Un plano espiritual que también está presente en tratados internacionales.

Nosotros estamos en un proceso, insisto, que en este minuto estamos generando resultados más esperanzadores por algo que tiene que ver con haber instalado las candidaturas presidenciales el tema, de la manera que ha sido posible. Tenemos un montón de parlamentarios electos que ya tienen el tema puesto en la agenda. O sea, hay resultados concretos, hay un movimiento ciudadano del uso del aceite de cannabis como la señora, y hemos logrado, movilizar redes de aceite de cannabis para atender epilepsias refractarias. No todo ha sido éxito, hay un resultado concreto de un paciente que fue atendido por rabia en Quilpué donde sabemos con fuentes fidedignas que se usó Marinol<sup>®</sup> para resolver el tema, el paciente se salvó.

O sea, aquí en Chile está pasando algo que a mí me parece que está a la vanguardia, de lo que está pasando en Latinoamérica, y yo creo que es importante, valorar, aquilatar, y tratar de reforzar ese proceso en donde hemos estado, como el Colegio Médico trabajando,

como el Partido Comunista, el Partido Socialista, el Partido Humanista, Red Liberal, los Mapuche, Rastafari, o sea hay un montón de fuerzas que están trabajando en este minuto y que también integra, tratando de tener en claro que el eje político no es el eje fundamental, es una manifestación del proceso ciudadano, en el que nos encontramos hoy día participando. Yo quiero invitar y quiero aprovechar la oportunidad que da Sergio para invitar mañana a una conferencia de prensa que se va a dar en el Senado de la República, donde va a estar presente el Colegio Médico, la Vicepresidencia del Senado, y el poder ciudadano que ha sido un grupo, una red de personas que han estado interactuando y que creo yo hemos avanzado en algo meritorio, y saludable, que nos tiene efectivamente muy esperanzados, y nosotros no nos estamos conformando con el cambio de la lista 1 que propone la candidatura, porque eso ya ocurrió. Queremos que ser mucho más agresivos todavía, el autocultivo y mucha más agresivamente todavía plantear como tú decías a pedir lo imposible, que es el cambio de modelo, el cambio de modelo. Y la cannabis permite el cambio de modelo, porque cambio de modelo significa un cambio cualitativo en la jerarquía de observación. Y cuando uno usa cannabis, tiene el registro de otra categoría en la conciencia. Eso es el cambio de modelo, y ése es el cambio de modelo que por falta de comprensión, todavía no se ha aquilatado en el usuario. Por eso nosotros entendemos que el efecto que tiene la cannabis siempre es modificar la percepción aunque el usuario tenga la comprensión que le permita hablar del uso recreativo, del uso medicinal o el uso espiritual. Pero siempre hay una modificación perceptual, que a nuestro entender es cultivar la relación espiritual del ciudadano. Quiero agradecer a Sergio y felicitar el panel y rescatar la invitación para mañana. Muchas gracias.

(Aplausos)

**M.F:** Una pequeña cosa nada más; creo que acá escuché a la compañera Raquel diciendo que “no es imposible”. Nosotros en su momento, en Marzo del 2012, presentamos un proyecto de ley de reforma integral de la ley de drogas de Argentina, en el cual planteamos la legalización de cannabis. En ese momento nos trataron de “fundamentalistas del faso”, del “pito” creo que se dice acá, nos dijeron de todo. Nos dijeron que envenenábamos a la juventud, etc. Todo ese discurso retrógrado al que ya estamos acostumbrados. Hasta un ministro de la Corte Suprema llegó a decir en público que legalizar era un “suicidio internacional”. A los 2 meses, o menos, se suicida Uruguay; y sin embargo acá vemos gente viva de Uruguay, no entiendo. Y exponiendo con claridad ese modelo “imposible”, ese modelo “suicida”, ese modelo concreto de legalización y regulación. Esta política debería ser regional. Me parece que tenemos que seguir hablando país por país de estas alternativas, apoyando a Uruguay en el proceso que está realizando, no dejarlo solo y menos aún agredirlo con algunas manifestaciones públicas de algunos dirigentes de los países limítrofes. Me parece que en todo caso, Chile tendrá que hacer su propio camino. Lo que sí, tal vez parafraseando a Porfirio Díaz que decía “Pobre México, tan cerca de Estados Unidos y tan lejos de Dios”, espero que Chile, subvirtiendo la geografía, se encuentre más cerca de Uruguay que de Argentina en tal caso.

**M.F:** Y si me permite aclarar algo, en este minuto hay una campaña internacional que está levantándose hacia la comisión interamericana para presentar una reivindicación por la libertades esenciales del ser humano, que tiene la opción de utilizar enteógenos para cultivar la dimensión espiritual, y eso está en desarrollo. Eso está bien, ya más de

mil personas que están inscritas y esto está ocurriendo en América, y esto se sabe poco porque la intención no es... es realizar, son realizaciones y no especulaciones ni tanto debate, son acciones vivas que permitan que las cosas maduren y cristalicen.

**C.G:** Muchas gracias, en honor al tiempo vamos a ver las preguntas que están acá.

**A.B:** Yo quiero hacerle una pregunta a Mariano, porque creo que gran parte de los países de la región, el debate de la políticas de drogas sucede en los medios de comunicación, en algunos de los espacios parlamentarios, pero el poder judicial se utiliza poco. Y creo que Argentina ahí tiene un par de cosas interesantes que decir alrededor del fallo Arriola, de lo cual muchos otros países de la región podríamos aprender algo y cómo avanzar el tema por la vía judicial.

**M.F:** Sí, lo dije rápidamente. En el año 2009 el fallo Arriola vino retomar el análisis de la punición de la tenencia para consumo personal, ya declarada inconstitucional en el año 1986 en el fallo Bazterrica del mismo tribunal. Lo que sucedió es que varios fallos del tribunal superior fueron y vinieron respecto de la inconstitucionalidad o no de la tenencia para el consumo personal. Fallos como Colavini, Montalvo, Capalbo, Bazterrica, Arriola, etc., se debatieron ello desde 1986 a 2009, considerando algunos la inconstitucionalidad de la punición del porte, y otras, su legitimidad. O sea, según la composición de la Corte Suprema, conforme el contexto político, se declaraba alternativamente la inconstitucionalidad de la punición, o su legalidad; en este último supuesto, se consideraba al consumidor como un eslabón más dentro de la cadena de tráfico; lo decían literalmente los fallos, mediante la regla obtusa de “sin demanda no hay oferta”. Por lo cual, penalizar al consumidor se consideraba una medida de combatir el narcotráfico ¿no?

El fallo Bazterrica, principalmente el voto del juez Petracchi, fue muy importante respecto del análisis y defensa que hace de los derechos individuales. Allí se analiza principalmente el artículo 19 de la Constitución Argentina, el cual establece que cualquier acción privada de los hombres, que en ningún modo afecte la moral, el orden público, ni afecte a un tercero, está reservada a Dios (para aquellos que creen en Dios), y exenta de la autoridad de los magistrados. Es una prórroga de jurisdicción, no me juzgan acá terrenalmente, sino que me juzgan en el cielo...bienvenido sea. Espero que mucha gente sea juzgada en el cielo eventualmente por ser consumidor y no lo juzguen los jueces locales -menos aún los de algunas provincias argentinas-.

La Corte Suprema, como dije, en el fallo Arriola viene a retomar esta jurisprudencia con una composición institucional mucho más abierta a los DD.HH y desprovista de la adicción al poder neoliberal del menemismo. Bazterrica y Arriola son fallos muy interesantes. Espero que hayan sido de utilidad a nivel regional, ya que son fallos muy fundados. La recomendación es leer el fallo Bazterrica entero y luego Arriola, ya que este último se remite en algunos puntos esenciales parte al primero.

En el fallo también hay algunos puntos tibios a mi parecer, o sea me parece que en el año 2009 quizás estaba bien, pero en el contexto actual habría que aggiornarlo un poco al debate regional que se está dando. Pero ello es entendible. Por ejemplo, yo escribí en el año 2008 la Recomendación General del Instituto Nacional contra la Discriminación, la

Xenofobia y el Racismo (INADI), sobre Discriminación a Usuarios de Drogas Prohibidas. En aquel contexto, 2008, me pidieron institucionalmente que no avanzara sobre la legalización, ni mucho más allá de la despenalización de la tenencia, la reducción de daños, riesgos y vulnerabilidad; yo escribía en representación de un Instituto Nacional. Igualmente, cuando uno lee esa Recomendación que tiene cien hojas aproximadamente, visibilizo entre líneas mi postura; o sea para buen lector y entendedor, se comprende que la argumentación va dirigida a favor de la legalización, y no sólo de cannabis, sino de todas las sustancias prohibidas sobre las cuales sea posible su regulación, que es mi postura.

Pero bueno, ese era el contexto. Y a mi parecer, a Arriola le pasa algo parecido; queda a mitad de camino, en un debate sobre el cual en estos años se avanzó mucho. Obviamente que fue un avance doctrinario y jurisprudencial muy importante. Ahora bien, en Argentina los fallos por más que sean de la Corte Suprema, son sobre los casos en concreto, no quitan vigencia a la norma penal, y los tribunales inferiores pueden apartarse de lo dicho por el máximo tribunal, mediante el control de constitucionalidad difuso, y más aún las fuerzas de seguridad para ejercer criminalización y selectividad penal, basándose en que la ley penal sigue vigente por más que la Corte haya declarado su inconstitucionalidad. Esta arbitrariedad, permite casos como el de Alexis Torrijo en Santiago del Estero, Facundo Colombini en la provincia de Buenos Aires, etc. Tenemos casos de prisionización o procesamiento penal por tenencia de pequeñas cantidades de sustancias en la vía pública o por autocultivo. Allí se observa esta discrecionalidad judicial. O sea, es posible que un juzgado siga afirmando que el consumidor es una ramificación del cartel de Medellín, y otro juzgado diga que no, implementando los conceptos del fallo Arriola respecto de los derechos individuales, el principio de lesividad, la ausencia de lesiones a terceros, etc. y la persona salga sobreseída. Es una ruleta patética, en donde se juega la vida y libertad de las personas.

Tuvimos casos por 9 plantas para propio consumo, que han estado y todavía siguen procesados, se les ha negado la excarcelación, fueron detenidos en prisiones de máxima seguridad durante meses, etc. Y así también hemos tenido otros casos, como el de Roxana Tapia y Julián Peré, una pareja que están dentro de la Comisión Directiva de la Agrupación de Agricultores Cannábicos Argentinos (AACAA), la cual milita con nosotros en la Mesa Nacional por la Igualdad, que tenían 76 plantas en su hogar. Allí, el juez federal Sergio Torres dijo que el autocultivo es una acción privada que no afecta a terceros, y al no haber ninguna prueba complementaria que demostrara que este cultivo se encontraba vinculado a alguna conducta de comercio o tráfico, fueron sobreseídos sin estar un día en prisión.

En ese sentido las reglas tienen que ser claras y taxativas. Lo que se estaba debatiendo en el año 2012 en mi país, era la despenalización de la tenencia para consumo personal. En ese contexto se dio el debate. Ahora bien, cuando las propuestas legislativas contienen formulaciones abstractas, permiten una discrecionalidad policial e institucional incompatible con el fin al que se pretende arribar; la no criminalización de los usuarios. Es necesario dejar de proponer fórmulas abstractas, como ser “por la escasa cantidad” por ejemplo... ¿cuánto es la escasa cantidad? ¿Depende de la policía, depende del juez, depende del fiscal cuantificar ello?; ¿Quién determina cuál es la escasa cantidad? O por ejemplo, “Demás circunstancias del hecho”; ¿cuáles son las demás circunstancias del hecho como para habilitar al poder punitivo y prisionizar a un usuario? ¿Quién amerita ello? Son formulaciones inconstitucionales por ser abstractas. O sea, las normas penales

tienen que ser taxativas y claras en su formulación, impidiendo la discrecionalidad de las fuerzas de seguridad y de la ruleta judicial.

Además de ello, se suele pedir que el usuario demuestre su inocencia mediante tales formulaciones. Son de las pocas normas contenidas en el sistema penal que exigen una demostración de inocencia, cuando la regla principal es siempre la presunción de inocencia. Se debe presumir tal inocencia y el Estado punitivo, con todas las herramientas que tiene a tal fin, debe probar mi culpabilidad. El Estado punitivo es la máxima expresión de poder de la administración sobre un individuo, y tienen en su haber varias atribuciones y herramientas de investigación a tal fin: servicios de inteligencia, requisas, allanamientos, seguimientos, policías, carabineros, etc. Hasta tiene figuras como el agente encubierto, mediante el cual puede infiltrarse en nuestra vida privada a fin de averiguar sobre la comisión de delitos, contando con atribuciones tan extremas que hasta le es permitido cometer delitos a fin de investigar otros. Les cuento un caso: un agente encubierto se le hace de novio a una chica en Argentina, durante 8 meses convive con ella y después la denuncia por su autocultivo. ¿Qué mayor ejemplo de injerencia del Estado punitivo en la vida privada de las personas?

Si el Estado tiene tales facultades, ¿es razonable pedir a los usuarios que constantemente deban demostrar su inocencia mediante una inversión inconstitucional de la carga probatoria? Es responsabilidad del Estado demostrar la culpabilidad. Por ello las normas deben ser claras, y desinvertir esta carga de la prueba. Nosotros, en nuestro proyecto, proponemos que en ningún caso la tenencia puede ser penalizada, ni se pueden formar causas, ni la policía puede detener, demorar o aprehender a una persona por la mera tenencia, sin pruebas complementarias y suficientes que indiquen que se está cometiendo un delito relacionado al tráfico, al comercio u otro. Establecemos así un bagaje de protección de las personas respecto del poder punitivo y la discrecionalidad policial, desinvertiendo la carga de la prueba y velando por la presunción de inocencia. Esa es la propuesta que hacemos desde La Mesa Nacional por la Igualdad.

(Aplausos)

**C.G:** Aceptamos la última pregunta.

**R.Peyraube:** Yo en realidad no quiero hacer una pregunta, quiero hacer un comentario, y es un comentario de gratitud para el Colegio Médico. Han sido unas jornadas fabulosas, con muchos contenidos de extrema importancia para la definición y la participación de todos ustedes que ha sido de un compromiso, de una gallardía y de unos contenidos súper valiosos. Memorable. A sí que felicitaciones al Colegio. Gracias además por habernos hecho parte de este momento y gracias a todos los demás por el afecto y el respeto. La verdad un momento muy interesante, muy lindo. Muchas gracias.

(Aplausos)

**C.G:** Presentamos la última pregunta que está allá, por favor.

**Ignacio Oliva:** Mi nombre es Ignacio Oliva, yo soy médico. Mi pregunta es para Eduardo, quería saber ¿cuáles son los puntos que quieres poner en el debate en la confección del programa de Michelle Bachelet sobre drogas?

**E.Vergara:** A ver, en resumidas cuentas, primero el punto más grande es que necesitamos

avanzar hacia una regulación. De eso no hay cuestionamiento, de hecho hay mucho consenso en el sector político de que hay que hacerlo. Y eso significa, marcos regulatorios, porque yo soy de quienes piensa que es mejor tener reglas del juego, a entregarles las reglas del juego a criminales y delincuentes para que sigan financiando el terror. Por un lado, eso no cubre todo.

En segundo lugar creo que nuestra institucionalidad de drogas, requiere una reforma profunda. Creo que no es posible que decisiones de políticas de drogas, enfocadas en el uso de drogas sigan siendo tomadas bajo el alero del Ministerio de Interior. Porque las metas del Ministerio del Interior se siguen midiendo por cuántas personas detienen. Entonces yo creo que eso está errado.

La regulación, ojo, es un fin, los pasos para llegar a esa regulación tienen que ver con, yo estoy absolutamente convencido de que la batalla en este país se va a ganar, no la guerra pero la batalla, cuando avancemos en el uso de la cannabis medicinal. Y no solamente eso requiere que, con todo el respeto de Milton, que yo también soy aquí de los que cree que lo político importa. A mí me gusta que acordemos que hay ciertos derechos que se tienen que cumplir, y que hay batallas que hay que darlas, pero lamentablemente también tienen que haber algunos personajes desagradables como yo, que tenemos que hacer esos cálculos para poder lograr la reforma política, o sea nos guste o no nos guste, y creo que lo medicinal es el paso. Y para mí ganar la batalla medicinal significa que se nos van a abrir muchas otras puertas de tremenda importancia.

Y lo tercero que es el tema del narcotráfico e inteligencia para avanzar en combatir al crimen organizado, no necesariamente al narcotráfico, porque yo soy de los que cree que de la mano con una regulación vas a reducir los ingresos del narcotráfico, no vas a terminar con los ingresos del narcotráfico. El problema que nosotros también tenemos que empezar a pensar en qué va a pasar cuando tú sacas a personas de la ilegalidad, de trabajar vendiendo drogas por ejemplo, y haciendo otros deberes que tienen que ver con el narcotráfico ¿Qué vas a hacer con ellos? Porque lo que hemos visto en otros países como en el caso de México, donde también han avanzado en robar petróleo, gasolina. En Colombia lo que ha pasado es que tú disminuyes los carteles y la producción de coca, y la gente se pasa a la minería ilegal. Yo creo que esos son temas muy de fondo, muy importantes que tenemos que debatir. Lo que estoy viendo en el norte de Chile en este momento con Plan Frontera Norte para mí es una preocupación primordial. Pero yo creo que con eso, por lo menos para instalar esos 3 debates yo estoy contento. ¿Qué es lo que yo creo que va a pasar? Creo que en este gobierno se va a avanzar en el debate de la despenalización real, porque nos dicen hoy día mismo en el almuerzo “bueno en Chile hoy en día se puede consumir” todos sabemos que eso es mentira, pero avanzar en un debate sobre la despenalización real, y espero que el Colegio Médico, bajo el liderazgo de Sergio y compañía, sean capaces de hacer un lobby efectivo para apoyarnos en que avancemos en el tema medicinal y de hecho, de paso hay que regular el lobby en este país, pero mientras no esté regulado, bienvenido Sergio en todos los espacios. Pero eso es lo que creo.

**C.G:** Muchas gracias, hacemos el cierre de las preguntas y antes vamos a hacer una pequeña síntesis de la jornada. En relación a ello, bueno una de las cosas reforzar lo que dice Eduardo, que hoy día es necesario hacerse cargo de otras drogas como la pasta base y la cocaína, y les quería contar que yo pertenezco a una organización que se llama Cultiva

Medicina que lleva 2 años trabajando por el reconocimiento del cannabis medicinal, cuando el cannabis medicinal en este país era un mito. Planteamos que el cannabis medicinal era calidad de vida, era bienestar, y hemos trabajado en 2 áreas, que tiene que ver con la orientación y el seguimiento de usuarios medicinales y la visibilización ciudadana a través de actos ciudadanos de esta realidad. En relación a eso creo que esta jornada es un paso importante para el activismo del cannabis en general. También que este tema de salud pública, no solo de libertades personales.

La realidad del usuario medicinal hoy es que debe acceder al mercado negro, siendo considerado como un delincuente, por lo tanto la peor consecuencia termina siendo la ilegalidad en la que se ve sumergido. También el usuario medicinal se está viendo frente a una mercantilización de algunos derivados como el aceite, tinturas, porque hoy día en Chile la realidad es que algunas personas están fabricando y se las están vendiendo a precios que responden a la oferta y a la demanda. Y eso tampoco es correcto y también puede ser un gran problema que hay detrás de la prohibición.

Una necesidad urgente de la que hay que hacerse cargo, porque el dolor no puede esperar. Y por último quiero cerrar, en la segunda mesa se dijo que lo bonito del cannabis era la industria, y yo creo que los beneficios del cannabis son los beneficios que le da a los usuarios tanto médicos como medicinales, porque el cannabis es vida. Muchas gracias.

Agradecemos esta instancia, y damos paso a un coctel.

Muchas gracias al Colegio Médico, Muchas gracias.

(Aplausos)





## Reforma de la política de drogas en América Latina: un balance de obstáculos y próximos pasos

Aram Barra

América Latina encabeza el día de hoy el movimiento por la reforma de las políticas que norman a las sustancias psicoactivas, las personas que las producen y aquellas que las consumen. El reto no es fácil, más de 100 años de paradigma prohibicionista hacen que plantear cualquier alternativa legal conlleve un alto costo político, y vaya contra la intuición de la opinión pública. Todo esto acontece, además, en un océano de desinformación y falta de estadísticas objetivas para la toma de decisión.

Sin embargo, los costos económicos y sociales no son menores. Los impactos de las políticas actuales son muchos y diversos. Se reflejan, al menos, en la capacidad de gobierno del Estado; en el funcionamiento del Estado de derecho y la aplicación de la ley; en la sobrecarga de los sistemas penitenciarios y de salud; en la competitividad de la iniciativa privada; en el desgaste del medio ambiente, y en la continua violación de derechos humanos a lo largo y ancho de la región. Diversas investigaciones muestran que los intentos de reducción de la oferta han generado consecuencias desastrosas ya sea que se midan en términos de salud pública o de seguridad pública<sup>2</sup>.

Lo anterior ha llevado a que cada día más grupos de políticos, empresarios, líderes sociales, comunicadores y académicos decidan pensar afuera de la caja. Cada vez somos más quienes abogamos que la reforma de la política de drogas no es sólo importante, sino necesaria. El tema es de suma relevancia para quienes buscamos mejorar la calidad de la democracia y avanzar la justicia social. Ello, sin embargo, conlleva pensar nuevos modelos de política pública en torno a las drogas.

Esto es, el movimiento por la reforma de la política de drogas tiene su base en el hecho fundamental de que la “guerra contra las drogas” ha fallado<sup>3</sup>. A ello se suma que quienes proponen una aproximación más represiva como eje central de esta política, no han logrado demostrar una reducción real en la producción, el trasiego, la venta o el consumo de sustancias psicoactivas ni en la región, ni alrededor del mundo<sup>4</sup>. Por el contrario, el día de hoy los mercados de drogas ilegales manejan productos de mayor pureza psicoactiva, y de menor precio<sup>5</sup>.

La pregunta central es por lo tanto, ¿qué iniciativas de reforma de política de drogas existen el día de hoy en América Latina? En consecuencia, ¿qué modelos de política pública se plantean en las discusiones en la materia el día de hoy, y qué oportunidades tiene América Latina de sacar el mayor provecho posible de los cambios legales que se plantean?

---

<sup>2</sup>Dan Werb, et al: *Effect of Drug Law Enforcement on Drug-related Violence: Evidence from a Scientific Review Urban Health Research Initiative*, International Centre for Science and Drug Policy, Columbia Británica, 2010; UNODC: *World Drug Report*, UNODC, Viena, 2011.

<sup>3</sup>Nueva Sociedad: *Drogas en América Latina, Después de la guerra perdida, ¿qué?*, Nueva Sociedad, Buenos Aires, 2009.

<sup>4</sup>Op cit. UNODC 2011.

<sup>5</sup>Dan Werb, Thomas Kerr, Bohdan Nosyk, et al: *The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems*, BMJ Open, Columbia Británica, 2013.



## El régimen de drogas actual, un marco tradicional de discusión legal

Primero lo primero: el sistema internacional de fiscalización de sustancias. Este sistema internacional ha sido la base tradicional de la discusión, y se compone por un elemento normativo y de principios sumado a reglas prescriptivas y un órgano centralizado de toma de decisión. Al centro de este régimen se encuentra la Convención Única de Estupefacientes establecida en 1961 en las Naciones Unidas, y enmendada por el Protocolo de 1961, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, y la Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

Como antecedente directo a estos acuerdos multilaterales legalmente vinculantes, el régimen internacional se sustenta en la Convención Internacional del Opio de 1912 y 1925, y la Convención para Limitar la Manufactura y Regular la Distribución de Estupefacientes de 1931 en la Liga de Naciones. Sin embargo, como propuesto por otros autores, y para propósitos de este artículo, entendemos por “régimen de drogas” al periodo comprendido desde la Convención Única de 1961, mientras que la estrecha interpretación y forzada implementación de este régimen es referida en el texto como “guerra contra las drogas”<sup>6</sup>.

Es importante también recordar que el régimen de drogas posee dos órganos centrales: uno tomador de decisiones, la Comisión de Narcóticos (CND), y otro monitor de los tratados, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), para supervisar el cumplimiento de los tratados por parte de los Estados firmantes a las Convenciones de 1961 y 1971.

Para fortuna del tema a debate, sin embargo, existen evidencias de que este régimen se está tambaleando<sup>7</sup>. En los últimos años hemos visto ejemplos de deserciones blandas del régimen, tales como la descriminalización de la posesión de drogas para consumo personal; el creciente enfoque en programas de reducción de riesgos y daños<sup>8</sup>; la regulación de marihuana para uso medicinal y recreativo, y la exitosa salida y re-adherencia de Bolivia a la Convención Única, estipulando una reserva para el uso tradicional de la hoja de coca en el territorio boliviano<sup>9</sup>.

### Las “consecuencias no intencionadas” del régimen de drogas

Como mencionamos más arriba, uno de los principales obstáculos al que se enfrentan quienes defienden al actual régimen de drogas son los impactos negativos que este paradigma ha tenido, particularmente en América Latina. La misma Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), agencia multilateral que tiene por objetivo luchar contra las drogas y el crimen organizado transnacional, reconoce cinco “consecuencias no intencionadas” del régimen de drogas<sup>10</sup>, a saber:

- 1) la creación de un mercado negro criminal que ofrece atractivas ganancias;
- 2) el desplazamiento de políticas de salud a un segundo término por detrás de la justicia penal;

<sup>6</sup>Términos propuestos por Ilona Szabó de Carvalho: *Latin America awakes: a review of the new drug policy debate*, Norwegian Peacebuilding Resource Centre, Octubre 2013.

<sup>7</sup>Jamie Doward: *Leaked paper reveals UN split over war on drugs*, *The Guardian*, noviembre 30, 2013.

<sup>8</sup>Harm Reduction International: *The Global State of Harm Reduction 2012, Towards and Integrated Response*, Harm Reduction International, Londres, 2012.

<sup>9</sup>Op. Cit. Ilona Szabó de Carvalho.

<sup>10</sup>UNODC: *A century of International Drug Control, versión extendida del Capítulo 2 del Reporte Mundial de Drogas 2008*, Austria, 2008.

- 3) el desplazamiento geográfico de los centros de producción y distribución de drogas, también conocido como efecto globo;
- 4) el desplazamiento de sustancias, de una controlada o otras con efectos similares para el usuario, y
- 5) la mala percepción de las personas que usan drogas por parte de las autoridades nacionales, comúnmente excluyendo y marginalizándoles o infringiéndoles un estigma moral y alejándoles del sistema de salud.

Si bien UNODC ha reconocido estas consecuencias no intencionadas, ni esta agencia ni ningún otro organismo multilateral ha realizado estudios sólidos, representativos, basados en evidencia científica y sostenidos en el tiempo para evaluar los costos de la guerra contra las drogas en sus múltiples dimensiones. Por ello, diversas organizaciones civiles hemos unido esfuerzos para cuantificar estos costos a través de la campaña global “Calcula los Costos”<sup>11</sup>, donde resumimos los impactos en siete grandes áreas, a saber: 1) desarrollo y seguridad; 2) salud pública; 3) derechos humanos; 4) discriminación; 5) delincuencia; 6) medio ambiente, y 7) economía.

### **Cinco modelos de regulación legal de la oferta**

La vieja pregunta sobre si legalizar o no las drogas es una burda y poco precisa. En este sentido, académicos, líderes sociales y políticos en la región han lentamente avanzado en los últimos años hacia definir una serie de conceptos clave que ayuden a plantear con mayor precisión alternativas a la prohibición. En este sentido, la legalización se define como un proceso por el cual el estatus de una actividad pasa de estar prohibido a estar permitido. Sin embargo, es importante subrayar que el término legalización describe un proceso y no un modelo de política pública. De ahí que la legalización de una o todas las drogas actualmente controladas pueda derivar en la implementación de políticas públicas distintas.

De hecho, existe un amplio espectro de diferentes enfoques para controlar y regular la producción, oferta y posesión/consumo de diferentes drogas. En líneas generales, puede considerarse que estos enfoques existen sobre un continuum que corre entre dos polos: por un lado, mercados abiertos completamente libres de regulación; y por el otro, una prohibición punitiva aplicada con severidad. Irónicamente, ambos extremos implican escasa o ninguna regulación del mercado. De mayor importancia para nosotros es decir que entre estos dos polos descansan las diversas opciones que tenemos para la regulación legal.

En este sentido, podemos pensar en cinco modelos para la regulación legal de la oferta de drogas. A partir de lo que vemos en otros mercados, o lo que se ha implementado con otras sustancias psicoactivas, la disponibilidad de las drogas se puede controlar a través de: 1) esquemas de receta médica o en lugares de consumo supervisado; 2) mediante su venta en farmacias; 3) a través de puntos de venta autorizados; 4) en establecimientos con licencia para la venta y el consumo, o 5) mediante la venta por proveedores no autorizados en algunos casos únicos.

Variantes de estos modelos ya existen y funcionan en muchas partes del mundo. Vale la pena, por ejemplo, observar la distribución plenamente legal de una serie de drogas psicoactivas de uso médico, cuasi-médico y no médico a través de las farmacéuticas.

---

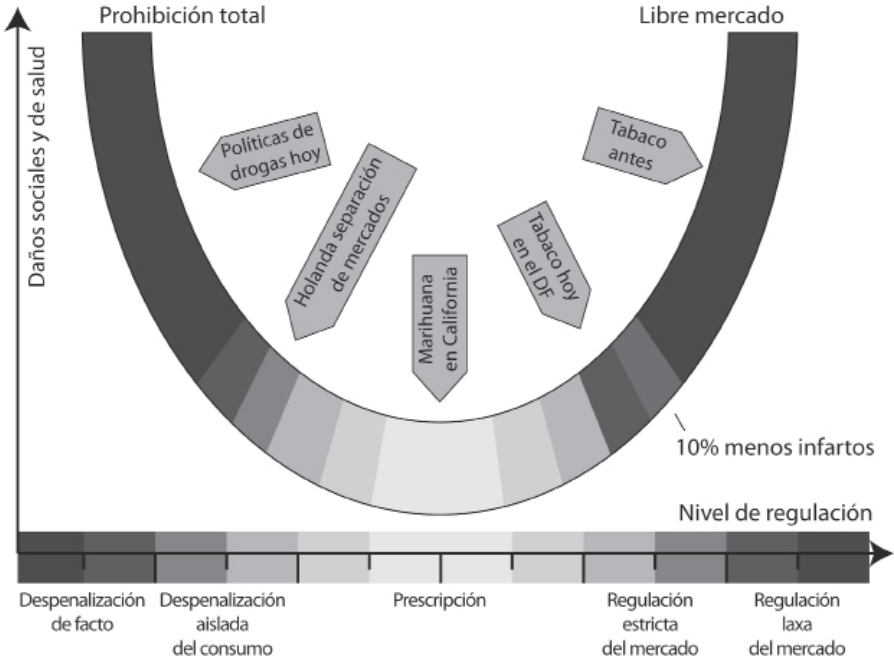
<sup>11</sup>Cuenta los Costos: Sitio web, <http://www.countthecosts.org/es/los-siete-costos>

Naturalmente, el contexto de cada país dependerá de los marcos regulatorios específicos, y de la infraestructura disponible para la aplicación de la ley en cada caso. En cierta medida, también hay líneas divisorias borrosas entre estos modelos que conllevan cierto grado de generalización, pero de igual forma ayudan a enfatizar que éstos inevitablemente operarán de manera diferente en lugares distintos. A continuación se hace una breve descripción de los cinco modelos de regulación de la oferta antes mencionados:

- Prescripción médica.** De entre todos los modelos actualmente en operación, el modelo de prescripción médica es el que ejerce un control más estricto y el que es impuesto más severamente sobre el suministro de drogas. Dentro de este modelo, un profesional médico calificado y autorizado receta drogas a un usuario determinado. Estas drogas son suministradas por un farmacéutico o profesional autorizado en una farmacia que cuenta con una licencia, o en otro punto de venta designado.

El proceso es controlado por una serie de entidades legislativas, regulatorias y de aplicación de la ley. Éstas guían, supervisan y vigilan a los médicos que recetan drogas y a los farmacéuticos que las dispensan. Estos actores también ayudan a determinar qué drogas están disponibles, en qué forma, dónde, y bajo qué criterios.

- Modelo de farmacias.** El modelo de farmacias, si bien aún funciona dentro de un marco médico claramente definido, es menos restrictivo y controlista que el modelo de prescripción. Los farmacéuticos están capacitados y autorizados para dispensar



prescripciones, aunque ellos mismos no pueden extenderlas. También pueden vender ciertas drogas médicas que se encuentran detrás del mostrador, generalmente de menor riesgo. Tal expendio ocurre normalmente en farmacias autorizadas.

Los farmacéuticos son supervisados por una legislación regulatoria manejada por diversas agencias, y por una infraestructura de aplicación de la ley claramente definida. Ellos surten recetas o venden productos que no requieren receta médica. El acceso a estos últimos sólo es posible si se cumplen criterios firmes que no son negociables y que incluyen restricciones según la edad del comprador, el nivel de intoxicación, la cantidad solicitada, o inquietudes particulares, relacionadas a un potencial uso indebido de las sustancias. Adicionalmente, los farmacéuticos están capacitados para ofrecer asesoría, apoyo e información médicos básicos.

- **Ventas autorizadas.** Las mejores prácticas actuales en venta autorizada de alcohol y tabaco ofrecen una infraestructura menos restrictiva y más flexible para la venta autorizada de ciertas drogas de uso no médico y de menor riesgo. Tal sistema pondría en marcha varias combinaciones de controles regulatorios para manejar al vendedor, al punto de venta, al producto y al comprador, según corresponda.

De manera muy similar a las actuales prácticas de programas de manejo de alcohol y tabaco, se pondría en marcha un conjunto de políticas marco y legislación regulatoria, determinadas centralmente. Éstas serían supervisadas e implementadas por autoridades municipales, regionales o nacionales, de acuerdo a normas legales y culturales locales. Tales autoridades actuarían como la entidad que autoriza, y tendrían la capacidad para adaptar el marco regulatorio a las necesidades y prioridades de políticas locales. Para ello, contarían con el apoyo de la policía, personal de aduanas, estándares comerciales, e infraestructura de salud y seguridad, según corresponda.

- **Establecimientos autorizados.** Los bares y lugares públicos que venden alcohol brindan el ejemplo más común de locales con licencia para venta y consumo. Bajo este sistema establecido desde hace mucho tiempo, existen diversos controles sobre el local y (en particular) sobre el titular de la licencia. Esta persona es responsable de restringir la venta del producto, basándose en la edad, grado de intoxicación y horas de apertura del local.

La autoridad a cargo de las licencias es usualmente una instancia del gobierno local, la cual maneja y hace cumplir una serie de regulaciones determinadas centralmente. Existe una jerarquía claramente definida de sanciones para infracciones a las normas de la licencia donde se incluye un esquema escalonado de multas, revocatoria de la licencia, e inclusive sanciones penales. Los titulares de las licencias pueden también resultar parcial o totalmente responsables por el comportamiento de sus clientes –

---

*Lisa María Sánchez Ortega: Guía Para el Debate, Lenguaje sobre drogas: 5 términos a diferenciar, Espolea, México, julio 2013.*

*Fundación Transform Drug Policy: Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulación, Londres, 2012.*

*Estos modelos se describen en mucho mayor detalle en Op. Cit. Fundación Transform Drug Policy.*

por ejemplo, sanciones sobre conducta antisocial, el ruido, arrojar basura y conducir vehículos en estado de ebriedad.

- **Ventas no autorizadas.** Ciertas sustancias psicoactivas consideradas de riesgo bastante bajo, como el café, el consumo tradicional del mate de coca y ciertos analgésicos de baja potencia, están sujetos a una mínima –o ninguna– autorización. Aquí la regulación se enfoca en descripciones y etiquetado del producto estándar. Cuando ello sea apropiado, la legislación de comidas y bebidas (que se ocupa del empaque, fecha de caducidad, ingredientes, etc.) entra en juego. Estas sustancias son en efecto de libre disposición, aunque en ciertos casos pueden estar sujetas a ciertas restricciones localizadas o a códigos voluntarios.

### **Experiencias hemisféricas de modelos de política pública en torno a las drogas**

Una mezcla de los modelos anteriores se pueden encontrar en dos experiencias recientes de regulación legal de la marihuana en el hemisferio: Colorado y Washington en Estados Unidos, y Uruguay. Si bien al momento de escribir este artículo el proceso de aprobación de reglamentación secundaria sigue en curso para el caso del primero, y la segunda media sanción por parte del Senado de Uruguay sigue pendiente para el caso del segundo, existen aspectos básicos que podemos tomar en cuenta y analizar.

#### *Regulación legal de marihuana para uso recreativo en Washington y Colorado, Estados Unidos*

Washington y Colorado legalizaron el año pasado la posesión de hasta una onza (28.35 gramos) de marihuana por parte de una persona mayor de 21 años. Además, los votantes del referéndum decidieron establecer sistemas de cultivadores, procesadores y vendedores con licencia del Estado. Las medidas colocaron a funcionarios estatales en la difícil posición de crear reglas para una incipiente industria prohibida por la ley federal durante más de siete décadas<sup>15</sup>.

En Washington se estableció un impuesto especial de 25% sobre la venta de cannabis (aunque la tasa efectiva de impuestos probablemente será del 30-40%). Este dinero irá a un “fondo de la marihuana” del que 55% se destinará a la asistencia sanitaria, el 25% se invertirá en el tratamiento del abuso de drogas y educación sobre las sustancias; 1% se destinará a la investigación de la marihuana, y el resto irá a las arcas del Estado. Además, la integración vertical queda prohibida –es decir, los productores y los procesadores no pueden tener ningún interés financiero en la venta al menudeo.

Si bien únicamente los usuarios de marihuana medicinal podrán auto-cultivar la planta, el sistema establecido por el Washington define una mezcla entre el modelo de receta médica, el modelo de farmacias y el modelo de ventas autorizadas en establecimientos específicos y regulados.

Mientras tanto, en Colorado a nadie se le permitirá cultivar su propia cannabis. Los dispensarios podrán tener un máximo de 3 plantas inmaduras y 3 plantas maduras en

---

<sup>15</sup>El Universal: Dan reglas para marihuana legal, Méxicoc, octubre 17 de 2013.

un momento dado, con una tasa efectiva de impuestos de entre 15 y 25% para la venta. La integración vertical en Colorado será un requerimiento para el establecimiento del modelo, al menos al principio. Con ello se busca que los minoristas mismos crezcan hasta el 70% de lo que venden, por lo menos hasta octubre de 2014, cuando se permitirá que los productores y los minoristas sean independientes.

Es decir, se genera un sistema en el que se mezcla el modelo de receta médica, el modelo de farmacias y el modelo de ventas autorizadas. Para el seguimiento, Colorado decidió crear también una policía especial para vigilar que las normas se cumplan. Esta autoridad obliga, además, a que los productores pongan tarjetas con código de barras radio-identificables con una “pistola” a cada una de las plantas, para saber cuántas se producen en cada invernadero y cuál es su composición específica<sup>16</sup>.

En ambos casos, las políticas de marihuana tienen algunas restricciones de acceso importantes en común. En todo caso es ilegal que alguien menor de 21 años posea o consuma la planta, y no está permitido vender a menores de edad. Los adultos pueden poseer únicamente hasta una onza, pero conducir con más de 5 nanogramos de THC por mililitro en la sangre y fumar en lugares públicos es estrictamente ilegal.

### ***Proyecto de ley para la regulación legal de la marihuana en Uruguay***

El proyecto de ley que regula de manera legal la cadena entera de producción y compra de la marihuana en Uruguay<sup>17</sup> se basa en un sistema de permisos y un mecanismo de regulación. El sistema de permisos busca controlar el mercado a partir de tres tipos de permisos, a saber: a) producción; b) comercialización, y c) abastecimiento personal.

Los permisos para la producción autorizarán a los establecimientos a producir marihuana para uso personal y medicinal. También autorizarán la producción de cáñamo, cannabis no psicoactivo con usos tales como el textil y el papel. Por su parte, los permisos para la comercialización habilitarán a los sitios de venta de la marihuana. Por último, los permisos para el abastecimiento personal permitirán a los individuos acceder a la sustancia a través de 4 vías: a) el autocultivo doméstico de hasta seis plantas; b) sitios de venta autorizados, con un límite de 40 gramos por persona al mes; c) uso medicinal, con autorización del Ministerio de Salud Pública, y d) clubes de cannabis, establecimientos donde se podrá cultivar en grupo una cantidad de plantas proporcional al número de miembros.

Por el otro lado, el mecanismo de regulación provisto por el proyecto de ley establece una serie de puntos con el fin de regular el proceso mientras reduce los riesgos y daños asociados al consumo de la marihuana. Para ello, se prohíbe la venta a menores de edad; se estipulan penas a quienes conduzcan bajo efectos psicoactivos; se establecen sanciones para aquellos que produzcan sin autorización, y como con el tabaco, se prohíbe el consumo en espacios públicos y cualquier tipo de publicidad.

Finalmente, el proyecto de ley crea el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) que supervisará todo el proceso. El IRCCA estará integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, el Ministerio de Desarrollo Social y la Junta Nacional de Drogas, entre otros. Será el organismo encargado de la regulación y generará informes para una evaluación permanente.

---

<sup>16</sup>Fernando Belaunzarán: *La regulación de la marihuana en Colorado*, *El Excelsior*, pg. 23, México, octubre 30 de 2013.

<sup>17</sup>Junta Nacional de Drogas del Uruguay: *Regulación controlada del mercado de marihuana*, Uruguay, 2013. En línea: <http://www.infodrogas.gub.uy>

## El reto que sigue: ¿Cómo América Latina puede aprovechar al máximo los cambios legales en proceso?

No hay vuelta atrás. Tras miles de muertes, aumento en el consumo, gastos desmesurados y violaciones a los derechos humanos, la ola de consensos y reformas a las políticas de drogas en América Latina trae esperanza a una región donde los costos han sido ya demasiado altos. Pero, ¿qué pueden hacer los países de la región para aprovechar estos cambios al máximo?

El objetivo central de la regulación legal como modelo de política pública es proteger, promover y mejorar la salud pública. Esto, reconociendo que la política de drogas es, principalmente, un asunto de salud pública; que debe siempre buscar reducir riesgos y daños asociados al consumo; que todo uso de drogas es riesgoso, y que se debe distinguir entre los daños asociados al consumo de drogas y aquellos asociados a la política de drogas.

En este sentido, la regulación legal se plantea cuatro metas principales, a saber: 1) mejorar la seguridad reduciendo el crimen, la corrupción y la violencia; 2) proteger a los grupos poblacionales más vulnerables, particularmente las generaciones más jóvenes; 3) proteger y garantizar el ejercicio y respeto de los derechos humanos, y 4) maximizar la efectividad del gasto.

Sin embargo, la regulación legal no es una bala de plata o la panacea. Regular los mercados de las drogas no suple las políticas nacionales de educación, seguridad social, empleo digno, reducción de la pobreza o, por supuesto, el buen parentazgo.

La regulación legal de las drogas únicamente minimiza la prevalencia del uso problemático y los riesgos y daños asociados al consumo, incluyendo la muerte por sobredosis, al ofrecer información completa y objetiva sobre las sustancias. Además, garantiza la existencia y el acceso a servicios de prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción social, cuando sea necesaria. La regulación elimina los obstáculos que limitan o imposibilitan el acceso a los servicios de salud y restablece la primacía de la salud pública en la política de drogas.

En términos de seguridad, la regulación legal permite regresar al Estado el control sobre mercados que hasta hoy permanecen en manos de criminales, ofreciéndole mejor y más completa información sobre la producción, la distribución, el consumo y el tamaño de los mercados. Con ello, minimiza la actividad criminal asociada a la producción y la distribución de drogas, así como el desorden, violencia y malestar social relacionado al consumo de sustancias.

Así, los países de América Latina pueden abordar diversos retos institucionales clave desde un mejor lugar. El Estado gana una oportunidad para promover revisiones legislativas y mecanismos de funcionamiento gubernamentales en, por ejemplo, sus cuerpos policiales y su sistema de justicia penal. Además, establecer controles sobre las sustancias permite reducir de manera real la disponibilidad irrestricta que hoy impera en las calles de la región, y facilita la mejor atención a las necesidades de grupos vulnerables y vulnerabilizados. El “problema drogas” deja de ser una vulnerabilidad más.

Finalmente, si América Latina desea dejar de absorber la suma de los costos de la oferta y la demanda de drogas ocasionados por la guerra contra las drogas, debe avanzar hacia políticas basadas en la realidad y no en posiciones dogmáticas o moralistas. Para ello, la regulación legal es un pequeño paso en la dirección correcta.





# La política Internacional de regulación de drogas y la bioética.

Sergio Sánchez Bustos

## 1. Antecedentes legales, históricos y políticos.

“Debemos aprender a discriminar cuidadosamente entre los contenidos intencionados, e inintencionados de la mente. Los primeros derivan del ego, de la personalidad; sin embargo los últimos provienen de un origen que no es idéntico al ego, si no que es su otro lado.”(14)

Carl Gustav Jung

Hasta antes de emerger la figura del toxicómano en nuestras sociedades, gran parte de la producción, comercio y consumo de las sustancias psicoactivas quedaron al amparo de los usos y costumbres tradicionales de cada grupo humano hasta inicios del siglo XX. A modo de ejemplificar su liberal uso, podemos mencionar las guerras del opio entre China y el Reino Unido, las que se desarrollaron precisamente debido a la negativa del celeste imperio de seguir aceptando el opio que las empresas británicas les vendían, pues la balanza comercial favorecía a los británicos ampliamente (8). Luego de eso, y posiblemente a raíz de ellas, se convocó la primera reunión internacional en torno a la regulación de las drogas en Shanghai 1909, con la Comisión Internacional del Opio.

El impulso internacional continuó en 1911, La Haya; Versalles 1919, 1925 en Ginebra, la “segunda conferencia del opio”, sin mayor éxito hasta principios de la década de los 60, en las que las Naciones Unidas desplegaron su poder regulatorio sobre las sustancias psicoactivas a una escala global, recomendando a las naciones controlar ciertas sustancias psicoactivas de manera tal de permitir su uso médico y con fines de investigación, pero evitando todo otro tipo de uso.

Este ha sido el origen de las tres convenciones actualmente vigentes: las de 1961, 1971 y 1988 que básicamente pretenden controlar sustancias, precursores y narcotráfico respectivamente.

En el preámbulo de la convención de 1961 se delimita un campo moral que dibuja los límites de la discusión. “Las partes” firmantes declaran que: “Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad, Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin, Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad, Conscientes de su obligación de prevenir y combatir ese mal...” El campo semántico que se aprecia, constituido por moral, mal y combate dan asimismo forma al espíritu de la política instituida: un mal a combatir.

Asimismo, y bajo el alero de estos textos, una institucionalidad ha sido desarrollada durante el siglo XX, la que está formada fundamentalmente por la UNODC, Oficina de las Naciones Unidas para la droga y el crimen; la JIFE (INCB) o Junta Internacional



para la Fiscalización de Estupefacientes y la CND o Comisión sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas.

Por su parte, los Estados firmantes se han comprometido a impulsar las medidas acordadas, en gran medida generando leyes y organismos estatales que controlan la producción, el comercio y los usos de las mismas. Muchas sustancias han sido agregadas al listado de sustancias controladas por las Naciones Unidas.

Este mandato se ha traducido en la mayoría de los países en la creación de instituciones encargadas de la prevención del abuso de sustancias psicoactivas, que usualmente adquieren la función de tratamiento de quienes resulten dañados por un consumo abusivo así como de asuntos de seguridad pública vinculados; e.g nuestro Servicio Nacional de drogas y Alcoholes, SENDA. Esta tradición de control se remonta a la década del 30: “En nuestro país, existe una anticuada legislación tendiente a establecer cortapisas al expendio clandestino y al comercio ilícito de estupefacientes” (9) pero ya el código legal de 1875 establecía regulaciones para la “...elaboración y expendio de ciertas sustancias destinadas al ejercicio médico...” (10) orientada sobre todo al mal uso médico de las mismas. Es decir, primero fue control sobre los usos médicos, sin dibujar claramente la figura del toxicómano. Después, cuando esta apareció, vino el control a nivel poblacional.

### **1.1 La industria de las drogas.**

En la argumentación debemos definir muy bien los términos utilizados, para evitar cualquier malentendido que oscurezca la razón. Hablaremos de drogas o sustancias psicoactivas, independiente de su situación legal. Las definiremos como un tipo especial de sustancia que modifica la conciencia y/o percepciones de quién la consume.

El desarrollo técnico de la farmacología clínica ha permitido el diseño, en poco menos de un siglo, de importantes aportes farmacéuticos a la propedéutica universal. Recién durante el siglo XIX se pudo contar con los principios activos morfina (1806), codeína (1832), atropina (1833) cafeína (1841), cocaína (1859), heroína (1883), mezcalina (1896). Asimismo, y aunque no provengan del mundo botánico, barbitúricos (1903) y el uso de anestésicos de éter, cloroformo y óxido nitroso (7). Hoy en día se cuenta con capacidad para sintetizar nuevas sustancias psicoactivas con cierta facilidad, prueba de ello es la ingente lista de sustancias prohibidas de las que se dispone, y las constantes actualizaciones a las que se somete su número. Esta situación constituye un motivo de preocupación en algunos países de Europa que se presentan mayores índices de consumo de esta clase de drogas, como el Reino Unido, por ejemplo.

La legislación que ha emanado de la Convención Única para el Control de Estupefacientes de 1961 establece que ciertas sustancias serán reguladas por los Estados miembros de las Naciones Unidas de manera tal que, múltiples restricciones a su consumo fuesen establecidas, sin embargo los mismos textos reconocen que el uso médico podrá permitirse en los casos que sean necesarios. V.G opio, como anestésico (morfina, heroína), derivados de la cocaína como anestésicos (lidocaína, bupivacaína), y tetrahidrocannabinolol THC, compuesto activo de cannabis sativa (Sativex®, Marinol®, Dronabinol®, Bedrocan®) para múltiples enfermedades como esclerosis múltiple, cuidados paliativos de cáncer, migraña, etc.

## 1.2 La regulación de las drogas y sus fisuras.

Debido a los múltiples orígenes conceptuales diferentes, se generaron espacios donde la regulación del uso de medicamentos se hizo insuficiente, excesiva o ausente, dependiendo del tipo de sustancia escogida para ser regulada.

En las leyes resultantes, los criterios sanitarios y de mercado se encuentran razonando de manera diversa, generando espacios con poca permeabilidad de un lado a otro. De esta manera se explica que el alcohol, principal factor de riesgo identificado como responsable de morbimortalidad atribuida a riesgos (17) sea permitido al tiempo que presenta múltiples puntos de ventas en nuestras ciudades, y un respaldo publicitario de gran cuantía, de manera tal que entran en conflicto los criterios sociosanitarios, con los criterios de mercado.

Sin duda la recomendación sanitaria debiera ser a restringir lo más posible a los alcoholes, mediante estrategias que pueden abarcar, desde el aumento de los impuestos asociados, hasta la restricción de los puntos de venta y la supresión de la publicidad masiva, como se ha logrado hacer con el tabaco.

Aunque el término “drogadicción” viene cargado de un significado heredado probablemente de su antecesor toxicomanía, lo cierto es que un uso racional de drogas es posible. Prueba de eso ha sido el esfuerzo por controlar su uso desde nuestra disciplina médica prácticamente desde los tiempos hipocráticos: la palabra latina para decir droga es *medicamentum*.

La sociedad básicamente ha ordenado cuatro maneras de regular: regulación corporativa, regulación profesional, regulación estatal y regulación de mercado.

La regulación corporativa se refiere a los ámbitos de difusión que quedan en manos de las propias empresas productoras de medicamentos. Un caso notable por la profundidad del daño producido es el caso de la corporación farmacéutica alemana productora de la talidomida (*Chemie-Grünenthal*) fármaco tristemente célebre por las devastadoras consecuencias mutagénicas que produjo en miles de niños durante la década del sesenta del siglo XX. A partir de este caso se logró desarrollar un dispositivo de regulación de la bioseguridad de los medicamentos basado en establecer estándares de seguridad farmacológica y criterios éticos mínimos para probar la seguridad de los fármacos antes de salir al mercado con ellos, de manera tal de minimizar los riesgos asociados al uso de nuevas tecnologías farmacológicas.

La regulación profesional tiene que ver con los fármacos que habitualmente a nuestro gremio médico le es permitido prescribir. Para ello contamos con protocolos clínicos que se basan en validez y confianza suficiente para asegurar que el uso de tal o cuál medicamento sea siempre de acuerdo al *lex artis*. En esta esfera de influencia se ubican todos los psicofármacos de uso cotidiano en psiquiatría y salud mental, el instrumento de regulación es el juicio médico fundamentado en cuerpos de conocimiento ad-hoc.

La regulación estatal tiene su marco de acción en sustancias psicoactivas de uso recreacional, como alcohol, tabaco, café, yerba mate, etc. Y se basa en el reconocimiento de sus usos por la población generalmente vinculados a actividades con algún sentido de identidad, sea esta religiosa o profana, y a intereses de la industria a la base de la producción de dicha sustancia. El Estado

también se interesa por ordenar el consumo de sustancias psicoactivas ilegales basándose fundamentalmente en la premisa de la prohibición. Caen en esta categoría todas las drogas ilegales enlistadas desde 1961 en adelante, en las convenciones ad hoc que Naciones Unidas ha seleccionado para tal fin.

La regulación de mercado se basa en el principio de maximización del beneficio profitable a los propietarios de la industria. Caen en esta categoría todos los fármacos de libre disposición que se adquieren sin consentimiento médico, por ejemplo analgésicos, antihistamínicos, anticonceptivos orales, etc.

### **1.3 El caso chileno**

En Chile la ley 20.000, vigente desde 2005, permite el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, en lugar privado y no concertado. Sin embargo sanciona como delitos el cultivo, porte, tenencia, compra y venta de estas sustancias, transformando todos estos pasos preparatorios para un acto lícito, en obstáculos en los que caen quienes desean consumirlas. Esta contradicción entre consumo y abastecimiento, no es propia de la ley chilena. También presenta una similar situación El Salvador.

Asimismo la ley reconoce implícitamente sus usos médicos, al señalar, en el artículo 50 que: “Se entenderá justificado el uso, consumo, porte o tenencia de alguna de dichas sustancias para la atención de un tratamiento médico.” (11) Sin embargo, el organismo encargado de reglamentar este acceso al uso médico, que es el Instituto de Salud Pública, no ha permitido su uso ni como forma farmacéutica controlada, ni como especie vegetal terapéutica. Lo anterior en virtud del decreto 867 de 2007 que la sitúa en lista número 1 de sustancias prohibidas, es decir, sin utilidad médica demostrada. (12)

## **2. Libertad, control, experiencias y usos de drogas**

“La reflexión que sigue al desarrollo de la técnica, muchas veces asume por cuestiones epistemológicas, un punto de vista que tiene la pretensión de ser neutral” (3).

Noëlle Lenoir

Cuando una persona consume sustancias que modifican la conciencia, la categoría de “yo” queda en cuestión. El yo que consume, no es el yo que no consume. Es radicalmente diferente, pues el yo es un habitante del logos, que muchas veces queda opacado por la experiencia del consumo, por los efectos de las sustancias y las dimensiones experienciales que se ofrecen. Quizá un buen ejemplo para ilustrar esto, serían los usos tradicionales de enteógenos, vehículos espirituales de re-ligación que la naturaleza ofrece a los seres humanos y que precisamente tienen la capacidad de sacralizar lo profano, poniendo al yo en una eventual mimesis con su entorno.

Asimismo, las aristas éticas que tiene el consumo de drogas son múltiples e involucran a los principios fundacionales de justicia, beneficencia, no maleficencia y la autonomía. Pero también ha surgido la voz de la bioética de la protección, como

una segunda vuelta de tuerca mejor aplicable a un nivel poblacional y enfocada como un canal de comunicación con lo político.

## **2.1 Lo médico y lo policial**

Desde la más cercana dimensión individual, pensamos de inmediato en el enfrentamiento que involucra al gran motor de la ética liberal que es la autonomía y la libertad individual para ejercer el derecho al consumo y abastecimiento en equilibrio con el del cuidado del cuerpo, beneficio naturalmente buscado por nuestro oficio. Hay países que sancionan el acto de consumir, como China, Irán y Tailandia.

Pero veamos el problema desde un punto de vista de la política poblacional, pues en el gran consumo de psicoactivos podemos observar una mayor cantidad de asuntos que se prestan como camino hacia una mejor comprensión del fenómeno de las drogas, definidas ampliamente. Para una población, una política de drogas pone en juego el derecho a la salud, como valor en sí, en una parte de los casos manifestado por el acceso a tratamientos eficaces, oportunos y accesibles. También se nos aparece el fenómeno de abuso de drogas sin indicación médica, tanto legales como ilegales. En este caso es cuando el consumo se transforma en un problema, principalmente por las indeseadas consecuencias sociales originadas en el abuso del consumo e.g heridos y muertos por colisiones por automóviles con conductores ebrios.

### **2.1.1 Lo médico**

En cuanto al consumo de las drogas con interés médico, la reflexión bioética se posa, en primera instancia, sobre los usos médicos de la cannabis sativa, reconocidos en buena parte de países de Europa, en 21 Estados de la Unión Americana, en algunos Estados de Canadá, etc. en cuyo caso la política internacional ha recomendado, en virtud de las convenciones de 1961, 1971 y 1988, garantizar su uso con fines médicos y científicos. Sin embargo, al no reconocer el status medicinal, la legislación de algunos países que no la han incluido en sus arsenales terapéuticos, incluyen una transgresión al principio de beneficencia, en cuanto a disponer de la mejor respuesta médica posible en cada caso individual. Esto ha tenido que ver con un cierto afán moralizante (6), que se encuentra en el espíritu de las convenciones por un lado, y por la ausente capacidad deliberativa de algunos Estados nacionales, por otra.

El criterio sanitario afirma que es preciso facilitar el acceso de estas sustancias a quienes lo necesiten, pero en nuestro y otros países, la regulación estatal ha sido pertinaz en mantenerlas alejadas del arsenal terapéutico habitual. En este caso las personas que utilizan la cannabis sativa de manera medicinal, quedan al margen de la legalidad en una posición de clandestinidad que les hace poner en riesgo su integridad ciudadana al momento de ser sorprendidos por la policía. Esto ocurre actualmente en nuestro país, con algunos casos de epilepsia refractaria a todo tratamiento convencional, migrañas etc.

El principal dilema bioético que ofrece la escena así aspectada, se constituye al intentar compatibilizar el derecho a la asistencia médica (artículo 25 de la Declaración Universal de

los Derechos Humanos), que específicamente señala que “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure... ..la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica...” (2) y lo que explícitamente se escribe en las convenciones de control de estupefacientes, que señalan que: “Reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin...” (1) con toda la normativa legal de las naciones que impiden el acceso al uso medicinal de algunos de estos fármacos, e.g en la república de El Salvador no hay acceso ni a opioides ni a cannabinoides en los arsenales terapéuticos de los hospitales públicos.

### **2.1.2 Lo policial**

Por otra parte, el consumo indiscriminado de drogas no es algo deseable ni nadie en su sano juicio indicaría el consumo de alguna sustancia psicoactiva sin una causa de carácter superior a la base de tal decisión. Tales conductas han sido objeto de tratamiento judicial y sus resultados han sido una gran población procesada por faltas a la ley de drogas.

No obstante, más allá de cualquier metafísica, el acto de consumo implica ex ante al menos una decisión, que debe ser tomada a conciencia y en pleno uso de las facultades mentales. Por tanto se trata de una acción analizable desde la óptica de la bioética. Si de tomar sustancias que modifican el alma, la psique o la conciencia se trata, es justo que esto sea así. Por lo tanto, la apertura a la reflexión en estas materias, abre una posibilidad de comunicación entre bioética y política.

Las políticas de drogas se han enfocado fuertemente en lo policial. La criminalización del consumo ha generado una impresionante cantidad de procesados por ley 20.000. Las tendencias de consumo, para el caso de la marihuana, se han mantenido constantes, pese a la continuidad de nuestra política antidroga de estos últimos 25 años. Hemos vivido en una permanente “guerra contra las drogas” debido a la concepción absolutista de maldad que se les otorga a las drogas (6). Las drogas en sí no son buenas ni malas. Lo que es bueno o malo, desde un punto de vista moral, es el resultado de ese consumo, que puede variar desde un tratamiento médico exitoso hasta un resultado fatal.

Dado que la sustancia está prohibida, la persona se expone a la sanción social vinculada a las políticas de control corporal o biopolíticas que señalan la inconveniencia de su uso. Esto a veces puede entenderse como encarnando una estigmatización que suele producir el fenómeno de “chivo expiatorio” (4) y todas las funciones sociales detectadas por Girard e.g antecedentes penales que dificulten logros laborales por infracción a la ley de drogas. No obstante, se nos ha dicho que el derecho bioético representa la “expresión de las elecciones de la sociedad”, planteamiento que podría condimentarse con la teoría de la justicia rawlsiana, en tanto derecho asumido libremente por nuestros representantes políticos. En el caso de las drogas parecería que el derecho bioético está gestando un cambio importante. La comisión global de drogas, La Organización de los Estados Americanos, y muchos Estados ya han llamado a reflexionar acerca de un cambio en esta materia. La asamblea general de las Naciones Unidas programada para el 2016 revisará las convenciones internacionales sobre drogas.

En la práctica, las leyes no han cumplido con sus objetivos sanitarios; han aumentado la acción policial; han perpetuado las tendencias de consumo y ha favorecido al gran narcotráfico (16). Como reacción , grupos de usuarios se han organizado. De esta manera

en Chile los consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas cuentan con diversas organizaciones (MOVIMENTAL, Cultiva Medicina, Chile Cannabis, etc.) para defender sus intereses como consumidores, tanto en ámbitos recreativos como medicinales, apelando a los derechos que se fundan sobre el principio de autonomía, los primeros y de beneficencia y no maleficencia, los segundos. La totalidad de estos grupos están reivindicando básicamente el uso de cannabis sativa, aunque algunas ONG's también consideran a los usuarios de pasta base. Éstos últimos se distinguen hasta ahora por no haber establecido asociaciones de usuarios.

Los criterios a la base del diseño de la política de drogas parecen tener más que ver con aspectos geopolíticos, financieros y morales que con aspectos sociosanitarios. En efecto, si se hace una revisión de las principales drogas prohibidas y se las cruza con sus orígenes geográficos, obtenemos un cuadro que habla por sí mismo: Bolivia y Colombia: cocaína; Afganistán: opio; marihuana: México y sudeste asiático. Por otro lado, tenemos que las cinco principales industrias de tabaco tiene su asentamiento en China, EE.UU de Norteamérica y el Reino Unido. Con la industria de alcoholes sucede algo similar, al igual que la gran industria de psicofármacos.

Además de las aproximaciones principalistas que tengan que ver con la libertad y el derecho autónomo a consumir sustancias, el derecho a la salud, aquellos basados en el equilibrio de nuestros principios de beneficencia y de no maleficencia, podemos ver también desde un marco mayor, macrosocial, al fenómeno de narcotráfico que incluye una complejidad irreductible, que genera imbricaciones entre lo social, lo político, lo financiero, también lo biológico y la naturaleza.

### **3. Bioética de la protección y política de drogas**

Una política de drogas que se haga cargo de esta complejidad en la determinación de los fenómenos de consumo y tráfico de drogas, tanto legales como ilegales, será una política imbuida por el espíritu de la bioética de la protección. El anhelado diálogo entre política y ética se producirá entonces.

La bioética de la protección, definida en una acción, “es otorgando el resguardo a los marginados y excluidos, dando cobertura al homo sacer víctima de dominaciones políticas, injusticias sociales y privaciones económicas” (15) que en este caso nos refiere un mandato “imperativa a criação de perspectiva utilitária de curto prazo, capaz de provocar reflexão e orientar as práticas de saúde pública em sociedades marginalizadas do pragmatismo neoliberal e globalizante...” (13).

Aunque siendo definida como de protección debido a asuntos semánticos y metodológicos, pues probablemente el término bioética puede dar mucho más de sí que los meros amparos biológicos relacionados con la toma de decisión política.

Semánticos por uso, pues los asuntos de que se ha ocupado han sido fundados en flagrantes e indignantes violaciones al ser humano que van más allá de las consideraciones de la protección, pues han precisamente atentado contra la mera existencia de las personas. Metodológicos, pues la deliberación, al estar situada en el logos, lenguaje que construye argumentos concatenados y que requiere puntos de acuerdo, que en este caso han sido los elementos básicos que han sido

detectados como principios o elementales. Argumentación lógica que entiende la realidad desde el texto escrito o hablado.

En cualquier caso, una tal política debería ser construida con un enfoque de derechos humanos. Derecho a la salud, para alcanzar un nivel espiritual óptimo, libertad y autonomía y asimismo protección de las personas máxima concentrarse en aspectos sanitarios, ofrecer terapia a quienes resulten necesitarla, enfocarse en combatir los determinantes del consumo: pobreza, exclusión, inequidades en acceso a educación y trabajo, situación de clase, etc. No criminalizar a usuarios, reconocer entre tipos de consumidores y tipos de drogas son otras alternativas que debería incluir.

En el mundo, la política de reducción de riesgos es la que se aproxima mejor a comprender este fenómeno, adoptada en mayor o menor medida desde la década de los 70's por algunos países europeos e.g Holanda, Suiza, España, Portugal, República Checa. En la mayor parte de los países existen pequeños avances en la línea de reducción del daño. No penalizar el consumo, como en el caso de Chile, es uno de esos casos. Sin embargo queda pendiente la descriminalización de los usuarios, asunto de vital importancia para comprender la complejidad a la base del fenómeno de las drogas y sus reificaciones.

#### 4. Conclusiones

1. Los actuales marcos regulatorios de drogas tienen diferentes lógicas, quedando los criterios sanitarios relegados tras aspectos geopolíticos, financieros y morales como motores del diseño de la política.
2. Gran parte de las políticas de drogas se han desarrollado durante el siglo XX en base a un modelo de prohibición con una retórica de lucha contra el mal.
3. Tal retórica tiene una base moral discutible, pues construye una deontología maligna sobre las drogas y sobre ellas mismas.
4. La legislación internacional permite el uso para fines médicos y científicos de las drogas.
5. Algunos Estados nacionales no han sido capaces de facilitar el acceso al uso medicinal de las drogas ilegales.
6. Hay violación al derecho de acceder a un pleno estado de salud cuando lo anterior ocurre y los pacientes deben acudir a la clandestinidad como último recurso.
7. El derecho al mayor nivel de espiritualidad tampoco aparece garantizado en los países donde no se autoriza su uso religiosos por razones legales.
8. También hay violaciones a la libertad individual y autonomía de las personas en aquellos países que sancionan el consumo de sustancias psicoactivas.
9. Un número de implicancias indeseadas sobre la vida de las personas han surgido conforme la regulación de drogas se ha conformado.
10. Pese a las innumerables evidencias con que se cuenta para demostrar que el modelo de prohibición se encuentra fracasado, gran parte de los países han sido incapaces de

emprender reformas profundas a la política de drogas.

11. Una política de drogas que se base en aspectos sanitarios antes que policíacos, es una política bien orientada y en consonancia con la bioética de la protección.

## 5. Bibliografía y Referencias Bibliográficas

1. Convención única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el protocolo de 1972 de modificación de la convención única de 1961 sobre estupefacientes. Naciones Unidas, 1961.
2. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948
3. Lenoir, N. Bioética, Constituciones y derechos humanos. Cuadernos Médico Sociales. Vol 38.N 2.1997
4. Girard, R.. Literatura, mimesis y antropología. GEDISA. 1978
5. Christian, P; Haas, R. Esencia y formas de la bipersonalidad. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética-Universidad de Chile. Programa de Bioética OPS/OMS. 2009
6. Rolls, S; Transform Drug Policy Foundation. Una Propuesta para la regulación. pp 5-7 En [www.tdpf.org.uk](http://www.tdpf.org.uk) 2012.
7. Sánchez, S; Contexto histórico del uso y figuración social actual de las drogas . En Aportes para una nueva política de drogas. Colegio Médico de Chile A.G. 2011.
8. Escotado, A. Historia de las Drogas. Editorial Alianza. pp 149-163. Madrid. 1998
9. Allende, S. Higiene Mental y Delincuencia. Ediciones CESOC. Pp 66-67. Santiago. Chile. 2005.
10. Fernández Labbé. M. Drogas en Chile 1900-1970. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago. Chile. 2011
11. República de Chile. Ley 20,000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Diario Oficial de Chile. 16.2.2005.
12. República de Chile. Decreto 867 del 8 de agosto de 2007 que aprueba reglamento de la ley n° 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y sustituye la ley n° 19.366.
13. Costa Pereira, L; Silva de Jesús, I; Souza de Barbuda, A et.al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. Revista Bioética. 2013-21 (2) p 370.
14. Jung, C. El hombre y sus símbolos. Editorial Paidós. 1995. p 36
15. Kottow, M. Bioética y biopolítica. Revista Brasileira de Bioética. Volumen 1, no 2, 2005. P 118.



16. Organización de Estados Americanos. El problema de las drogas en las américas. 2013.

[http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion\\_e\\_Informe\\_Analitico.pdf](http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf)  
Accesado el 30.9.13

17. Ministerio de Salud Chile. Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible.Chile 2007. pp 10-13.





# El estigma de las PQUD y la atención de la salud

Dra. Raquel Peyraube

A lo largo del tiempo y de manera evolutiva, las personas que usan drogas han sido investidas de varias identidades: pecador, criminal, enfermo y más recientemente en nuestros días, ser humano. Es en función de esta última identidad que se asiste, cada vez con más fuerza, a la defensa de sus derechos.

Sin embargo, esto no se refleja aún en la mayoría de los escenarios en los que se manifiestan los derechos ciudadanos. Este trabajo pretende concentrarse en uno de esos escenarios: la atención de la salud y tratar de entender la construcción del estigma que pesa sobre las PQUD, así como proponer algunas estrategias para su deconstrucción y entonces poder avanzar hacia la construcción de una nueva identidad.

Probablemente muchos de ustedes ya tengan alguna idea de cómo fue construido este estigma desde tempranos años del siglo veinte y reforzado a medida que las políticas de drogas se hacían más ineficientes pero también más y más inhumanas, moralistas y violentas. Pretendo entonces focalizarme en cuál ha sido la contribución de los médicos y los tratamientos a la construcción del estigma.

Es notorio que cuando los profesionales de la salud hablan del UPD y de las políticas de drogas en particular, el prohibicionismo suele ser la elección de una buena parte de ellos. También es evidente que habitualmente el estigma no es considerado por ellos como una de las consecuencias negativas del sistema prohibicionista y de los modelos más frecuentes de atención a la problemática, y que estos modelos alejan a las PQUD de pedir ayuda y hacen la situación más grave. Esto puede ser explicado porque no hay conciencia del dolor que causan, o bien porque aún no se han dado cuenta de que, entre otros factores, el estigma es una consecuencia de su actitud hacia las PQUD.

**VEAMOS CUÁL ES EL ESCENARIO RELACIONADO CON LOS ASPECTOS CLÍNICOS Y CON LOS TRATAMIENTOS DEL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.**

Los puntos que se señalan a continuación describen particularmente el escenario Latinoamericano, aunque pueden ser considerados para todo el eje hemisférico. En Europa del Este, Asia y África el panorama puede ser aún peor, mientras que en Europa, a partir de mediados de los ochenta y con el advenimiento de las políticas de reducción de daños, se registraron significativos avances y mejoras.

Obviamente hay excepciones a lo que señala. No obstante, las políticas de drogas vigentes favorecen y toleran que una buena parte de los tratamientos funcionen como se enuncia a continuación.

- Los tratamientos de drogas en general no son indicados en base a un diagnóstico.
- Frecuentemente son ritualizados y dogmáticos.

- El castigo, las deprivaciones, las arbitrariedades y la exigencia sádica son consideradas herramientas terapéuticas para tratar “el carácter adicto”.
- No hay justicia social para las PQUD: no pueden elegir el tratamiento que estiman más conveniente o adecuado para ellas, pues no todos los tratamientos están disponibles para la mayoría en función de condiciones económicas.
- Los tratamientos no son evaluados y controlados en la misma medida y del mismo modo que se hace con cualquier servicio de salud.
- No se exige formación profesional para trabajar en tratamientos.
- No hay exigencias éticas: los derechos de los pacientes son sistemáticamente vulnerados. Como ejemplo, uno de los derechos más frecuentemente violados es el de la confidencialidad. Con frecuencia, las PQUD son expuestas al público contando sus dramáticas historias y usados como propaganda institucional.
- La ignorancia sobre cuestiones científicas sumada al concepto de la “escalada”, hace que todas las PQUD sean pensadas siempre como problemáticas y en algunos países obligadas a tratamiento. A veces ambulatorio pero también con internación compulsiva. Tal es el caso de Portugal y Argentina. En nuestro país, hay quienes también así lo plantean. De hecho hay un proyecto de ley para ser presentado en el parlamento.
- Esta situación es complementaria de la justicia terapéutica, la que dependiendo de los países puede ser aplicada a cualquier PQUD y no sólo cuando han cometido faltas o delitos. Por lo tanto, muy frecuentemente, los tratamientos son el brazo sanitario de la ley, y tratamiento y represión devienen en sinónimos.
- Las descripciones clínicas generalmente los muestran como un trastorno de personalidad, frecuentemente del tipo antisocial. La relación entre uso de drogas y criminalidad (tener que vincularse al narcotráfico para comprar o transgredir cultivando para uso personal) hace más difícil aún pensar en ellos de otra manera que como criminales.
- La mala calidad de los tratamientos es frecuente y generalmente están orientados a la abstinencia y a tratar el trastorno de conducta en lugar de a la dependencia química propiamente dicha.
- En comparación con cualquier otro problema de salud, la investigación para el desarrollo de tratamientos de base científica y que aborden específicamente la dependencia química es muy pobre.
- Malos tratamientos y sus pobres resultados abonan la idea de fracaso y de pacientes irrecuperables. Así, la gente incluyendo sus familias los abandonan. Peores condiciones de vida, crean exclusión sostenida con el consecuente agravamiento de las condiciones clínicas y sociales.

¿Cómo se llegó a la situación en la que profesionales de la salud suscriben y aún participan en la implementación de muchos abordajes que vulneran los derechos humanos de los pacientes, no promueven su entrada en el sistema de salud y agravan el pronóstico?

¿Cómo se entiende que prácticamente no existan demandas de mala praxis contra este tipo de intervenciones y que no haya regulación sobre lo que es posible y lo que no en el nombre de la cura o rehabilitación como ocurre con cualquier otra enfermedad?

Es posible por la lógica belicista que atraviesa todas las políticas relacionadas con el Uso de Drogas (UD) determina estas acciones pretendidamente “terapéuticas”, acciones que son más que nada medidas de punición y control. La guerra contra las drogas permite este tipo de “tratamientos” que “rescatan” a las PQUD y las exhiben como botín de guerra.

Los prejuicios y la moral también determinan qué podemos hacer y qué no con respecto a educación y las intervenciones de salud pública: las estrategias de Reducción de Daños son consideradas apoloéticas de las drogas y su uso cuando se aplican a drogas de tráfico ilícito, a pesar de que han demostrado ser las herramientas de más eficaces en las campañas para el control del uso perjudicial de alcohol y tabaco. Parece entonces que el problema no es la Reducción de Daños en sí misma, sino el estatus legal de las sustancias con las que se pretende trabajar.

Siendo un problema de salud tan preocupante, es notable que las estrategias para preservar la calidad de vida y la sobrevivencia de las personas no sean implementadas de manera sistemática como parte de una política integral. Creo que nuevamente el atravesamiento de la ilegalidad afecta y define las respuestas posibles.

Y es más notable aún cuando los que definen las políticas entienden que la Reducción de Daños es una estrategia política legítima y válida pero no la implementan. En nuestro país Reducción de Daños es sinónimo de folletería y además escasa; sin duda útil pero insuficiente. No hay programas ni tratamientos de Reducción de Daños para usuarios de drogas de tráfico ilícito. No hay asignación presupuestaria ni personas idóneas y con la pericia requerida en los organismos competentes al frente de estas política. Definitivamente no existen.

El estigma ligado a las PQUD y a las drogas no permite a esta población beneficiarse de medidas de salud pública. Entre el 60 y 80% de ellos nunca pedirían ayuda y particularmente a los médicos. Entiendo que esto está directamente ligado al papel que los médicos han asumido en este asunto. No han defendido los derechos de las PQUD como hacen por otros pacientes y han los abandonado a programas contruidos sobre cosmovisiones que poco tienen que ver con la ciencia.

Hay un componente del estigma que entiendo tiene particular interés, no sólo a la hora de comprender cómo se construye, sino también para su desmontaje. Me refiero al concepto de dependencia química.

¿Cuál es el problema de ser dependiente químico? Creo que el problema es que esta condición física, es vista como un valor anti-libertario. El sistema de creencias y valores del modelo con el que nos integramos en la cultura dominante percibe la dependencia química como una anti-valor del ideal moral y humano que no tolera algunas vulnerabilidades. El mandato social dice que debemos ser libres de sustancias psicotrópicas y la dependencia química socaba ese ideal de libertad.

¿Cómo se llegó a esto? Intento presentar sólo algunas directrices para pensar en el papel jugado por la Medicina y los médicos en la construcción del estigma, focalizándome sólo en algunos aspectos.

En las primeras décadas del siglo XX, Uruguay y el mundo occidental basaron sus Estados de bienestar en la corriente médica positivista, gracias a lo que muchas epidemias que causaban enfermedad y muerte fueron controladas. Al mismo tiempo, el discurso y

prédica de los médicos comienzan a ser progresivamente más radicales hacia el control del cuerpo y de las costumbres sociales para el “mejoramiento de la raza humana”.

El uso de drogas comienza a ser visto como un síntoma de degradación moral y física en función de unos pocos casos clínicos extremos y de que una parte de la población usuaria de drogas estaba vinculada a la prostitución y el crimen. Las drogas comienzan a ser declaradas como un peligro social.

En este contexto los ministerios de salud se constituyen en la “policía de los vicios sociales”. En 1934, la carta orgánica del Ministerio de Salud Pública de Uruguay lo establecía literalmente. Las leyes y convenciones crean la categoría “usuario de drogas-criminal-trafficante”, y UD's y criminales comienzan a ser tratados de manera similar. De este modo las políticas de salud y sus corrientes filosóficas sostuvieron activamente la construcción del estigma. El sentido y estilo de la práctica de los equipos de salud en el control de las PQUD define el futuro de la relación entre ambos.

La Medicina me enseñó a pensar en la problemática de las drogas desde la perspectiva de la Reducción de Daños, y sus ejes éticos me ubicaron en la praxis tal como la he desarrollado. Me ayudó a entender que, así como con muchas otras enfermedades, los mejores resultados se logran con una actitud amigable y negociadora con los pacientes, definiendo juntos el proceso y los objetivos realísticamente alcanzables, y considerando además sus posibilidades y expectativas. Afortunadamente cuando estudiaba mi carrera el UPD no se enseñaba en la Facultad. Cuando fortuitamente me vi enfrentada a los primeros casos simplemente apliqué lo aprendido: conceptos de medicina general y toxicología para entender los signos y síntomas, empatía para percibir a la persona y sentido común y la ética médica para actuar.

Podríamos pensar entonces que lo que determinó el aliñamiento de los médicos en las filas del prohibicionismo no es la medicina en sí misma, sino los momentos históricos, las corrientes filosóficas, las circunstancias geopolíticas y la condición humana que la atraviesan.

El papel que los médicos han tenido en esta cuestión, obviamente no todos ellos, pero sí una parte importante, tiene más que ver con el poder y para ejercer ese poder, el uso del saber médico. No es un poder para acompañar a los pacientes y mejorar su calidad de vida como en cualquier otra enfermedad. Es un poder que determina estilos de vida soportables para la cultura dominante imbuido de un idealismo moral, muy distinto del idealismo humanitario.

El verdadero saber médico es el que sostiene las políticas, programas y prácticas de Reducción de Daños.

Aplicado al UPD el concepto de Salud Pública también fue subvertido y trastocado en el servicio de una cuestión moral: determinar categorías de ciudadanos de acuerdo a sus elecciones y a un ideal de persona al que hay que ajustarse. Se abandonaron los pilares éticos de la Salud Pública.

¿Qué pasó con los médicos que abandonaron su lugar, pensamiento y ética en tanto tales?

El periodista uruguayo Guillermo Garat en su libro “Marihuana y otras yerbas” nos ofrece algunas claves para comenzar a responder esa pregunta. La “Medicalización” de la sociedad uruguaya, aunque no sólo la nuestra, ha tenido una influencia relevante en

ese abandono; la misma medicalización que hizo importantes contribuciones a la salud pública y particularmente a las enfermedades que diezaban poblaciones.

Aquellos que cayeron en el encandilamiento de la demonización de las sustancias narcóticas contribuyeron al agravamiento progresivo de la situación, extrapolando el concepto de las epidemias de las enfermedades infectocontagiosas a la cuestión de las drogas. La visión Higienista ganó la escena. La aplicación apropiada de esta visión ha contribuido a la sobrevida de millones de personas y más recientemente también contribuyó en el control de la epidemia del HIV-SIDA. En este caso, no fue la vieja versión del Higienismo reduccionista y linear, sino su versión incluyente e integral.

Pero la cuestión de las drogas es mucho más compleja que las infecciones. Incluye dimensiones como el placer, el contexto cultural, aspectos geopolíticos y económicos, relaciones interpersonales, pertenencias y más. Por lo tanto no puede ser abordada desde conceptualizaciones simplistas y con visiones morales rígidas. Por lo menos si se pretende de verdad incidir favorablemente en la evolución de la problemática.

### ¿Qué puede hacer la reducción de daños?

Se debe trabajar sagazmente y duro para poder influir sobre las resistencias culturales y sobre aquellos actores que a pesar del escandaloso fracaso del prohibicionismo no lo pueden abandonar.

Creo que para el público general y los médicos estas resistencias entre otras cosas son miedo y no saber qué otra cosa podrían hacer sin perder el control de la situación pues no pueden imaginar a las PQUD de otra forma que no sea como enfermos complicados y criminales. Obviamente, también hay quienes tiene interés en que las cosas se mantengan como al presente para su propio beneficio. No hay nada que podamos hacer con ellos.

Pero con las otras personas...

Los argumentos que hemos ofrecido los que trabajamos para la reforma de las políticas de drogas, a pesar de que han dado algunos resultados, no son suficientes para lograr el apoyo masivo del público general y de los médicos, excepto en los Estados de Colorado y Washington en USA. Por lo tanto se necesita integrar más estrategias y tal vez modificar otras.

Algunas de las estrategias podrían ser las que siguen. He elegido cinco ejes: **TEÓRICO, ETICO, COMUNICACIONAL, LEGAL Y COMUNITARIO.**

1) **TEÓRICO:** Cambiando la definición del problema en la escena pública.

El debate público debería plantearse en torno a una definición política clara, señalándolo como un problema construido en base a factores geopolíticos sumados al modelo cultural postmoderno de socialización y factores regionales que determinan consecuencias socio-sanitarias y criminales, demostrando la relación que existe entre las convenciones y el prohibicionismo con el sufrimiento de las poblaciones.

Complementariamente, sería de ayuda sacar el problema del campo de la salud para evitar las discusiones distractoras sobre las bondades y perjuicios de las drogas, particularmente de la marihuana y trasladarlo al campo de la ciudadanía para las PQUD, los políticos y profesionales vinculados a la temática, señalando el concepto de ciudadanía como el ejercicio de derechos y responsabilidades para todos los involucrados.

Los profesionales de la salud y también los responsables de las políticas tienen la responsabilidad pero también el derecho de dar respuestas éticamente correctas, demostrablemente eficaces y adecuadas a la problemática.

2) **ÉTICO:** Evaluando en términos de calidad de la práctica profesional y de los resultados las intervenciones de la salud con PQUD, tanto en los abordajes de la problemática como en la atención de estas personas en cualquier servicio de salud (Emergencia, Medicina Interna, Cirugía, Psiquiatría, etc.), con un análisis posterior de la evaluación.

Esta evaluación involucra necesariamente la revisión de las prácticas profesionales a la luz de los marcos éticos de las profesiones relacionadas con el campo de la salud. Igualmente, requeriría la utilización de una herramienta que se aplique a todos los servicios que trabajan con PQUD, evitando asumir los resultados que ofrecen las propias instituciones.

Esto podría promover un cambio en la posición ética de los médicos al ayudarlos a tomar conciencia del serio conflicto ético en el que se encuentran.

Simultáneamente debería estimularse a las PQUD y sus familiares a informarse de lo que es aceptable y no aceptable hacer en un tratamiento, sin aceptar incondicionalmente y con resignación lo que se les ofrece o hace.

Invito a mis colegas a reflexionar en su papel actual y no quedar deslumbrados por signos y síntomas, algunos de los cuales deberán aprender a interpretar de manera distinta. Los invito a ver personas y no enfermos de drogas o transgresores.

Los médicos han participado en la construcción del estigma y ahora es imperativo que comprendan que deben trabajar para deconstruirlo en pos de un cambio que promueva el ingreso de las PQUD en el sistema de salud y su integración social.

Se debe tratar de desarrollar abordajes para PQUD desde nuestra ética médica y con información científica y desmoralizada, para lo cual es fundamental que sepan discernir y elegir las fuentes de la información que se difunde sobre las drogas y las PQUD.

Los médicos tienen mucho para ofrecer. Sería saludable para todos que se abandonara ese triste papel de pretendidos expertos en el tema para ser médicos y comenzar a construir nuevo conocimiento que mejore la vida de las PQUD, como se ha hecho con todas las demás personas en sufrimiento.

Como ya lo mencionara, creo que considerar la adicción como un trastorno o condición de salud mental no es el problema. Entiendo que el problema es que hay valores asociados al uso de drogas que categorizan la dependencia química como un estatuto moral inferior.

Hay algunos conceptos de salud mental que están asociados a una condición moral. En efecto, algunos programas y filosofías sobre la dependencia química hablan de una enfermedad de la voluntad: una voluntad débil. Una voluntad firme es considerada como un valor moral superior y así queda establecida la relación entre la enfermedad con una falla moral.

Pienso que la Medicina podría favorecer el proceso de desarticulación del estigma de las PQUD y de sus consecuencias negativas. Definiendo la dependencia química como un cambio biológico y separándolo de la falla moral, podría contribuir a que las PQUD puedan abandonar el lugar asignado en el que representan un anti-valor, para devenir en personas que pueden estar enfermas. La identidad asignada pasaría a estar vinculada a la

calidad de persona y ciudadano y no a su condición de usuario de drogas o de portador de una enfermedad mental, una enfermedad mental denostada.

Ninguna otra persona con enfermedades crónicas son estigmatizadas excepto las que representan un anti-valor con respecto al modelo de perfección humana al cual el resto creemos pertenecer. Los enfermos mentales son estigmatizados solamente cuando representan una falla del actual modelo de ideal humano.

Debemos trabajar en este sentido porque es una cuestión deontológica: el estigma que pesa sobre los UD y las drogas no nos permite pensar con la libertad y rigor que requiere la ciencia y la práctica médica. No haciéndolo se falla en el deber médico de ayudar a las personas más allá de sus condiciones sociales, religiosas, étnicas, o elecciones personales.

La ilegalidad de las sustancias ha traído torpor, prejuicios disfrazados de conceptos científicos y la moralización de las intervenciones, alejando a los médicos del objetivo principal de la atención de la salud: encontrar respuestas para el sufrimiento de la gente. Se trata de acompañarlas y no de adoctrinarlas. La ilegalidad ha focalizado la mirada de los médicos en la dependencia como un absoluto, no permitiendo que siquiera se considere si tiene impacto negativo o no sobre la vida de las personas.

No es cierto que tener una dependencia química sea sinónimo de locura, pérdida del control, problemas de conducta y muerte. Esto depende de si se trata de una dependencia química estabilizada o no. Y esto es tenido en cuenta por los tratamientos de Reducción de Daños como en el caso de los tratamientos de sustitución y prescripción, y como las estrategias para disminuir el consumo de drogas peligrosas, tal como ocurre con el “efecto sustitución” del cannabis.

Cientos de miles de personas con enfermedades crónicas dependen de medicación para tener buenas calidades de vida, una medicación que no cura. Alivia el curso evolutivo y los síntomas de la enfermedad, permitiendo a las personas llevar vidas de calidad aceptable.

Entonces se propone trabajar en la deconstrucción del estigma reclamando y actualizando la observancia de los pilares éticos de la Salud Pública:

- I. PRIMERO NO DAÑAR
- II. HACER EL BIEN
- III. JUSTICIA SOCIAL
- IV. DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN

A aquellos médicos que ejercen en países en los que son responsables frente a la ley si no denuncian a las PQUD o en los que el tratamiento compulsivo es ley, los invitamos para que se rebelen y opongan a esas funciones y métodos. No es verdad que operen cuidando la vida de estas personas, pero además el fin no justifica los medios. Hay una deontología que respetar para hacer el bien.

Estas leyes no han demostrado promover la consulta de las PQUD en ninguna otra situación que para pedir tratamientos de abstinencia o en situaciones críticas. La flexibilización de las estrategias terapéuticas, abrir el abanico de opciones, la accesibilidad y las exigencias ha demostrado abrir las puertas para que más PQUD pidan ayuda. Por el



contrario, la implementación de medidas como la internación compulsiva las aleja de esa posibilidad; posibilidad que cambios de las políticas de drogas como la legalización de la marihuana prometen abrir.

Las PQUD tiene otras necesidades vinculadas a su salud física, psíquica y social. Trabajando en ellas, y no sólo hacia la abstinencia, se aumenta el acceso al sistema generándose la posibilidad real de educar y orientar. Pero esto no será posible si los UD's no llegan a la consulta.

3) **COMUNICACIONAL:** Promoviendo el uso de los Medios Masivos de Comunicación (MMC) en educación pública como parte de la política de drogas.

Para los cambios que se proponen es necesario que la población esté informada de manera sistemática, acceda información científica en códigos de divulgación, se muestren experiencias así como las consecuencias negativas de lo existente, se difundan ejemplos de buena práctica, se respondan preguntas y se aclaren dudas y las confusiones que suelen haber en torno a este tema, se brinden herramientas de prevención y reducción de daños. Dado el alcance e impacto que suelen tener los medios de comunicación, es una manera masiva de trabajar sobre el problema del estigma, incidiendo en un cambio en la cosmovisión colectiva (el imaginario social).

4) **LEGAL:** Continuar trabajando para la reforma de las leyes de drogas reforzando lo hecho hasta el presente reclamando por el respeto de las convenciones de DDHH, jerárquicamente superiores, por encima de las de drogas. En definitiva reclamando por el respeto de los derechos humanos de todos los damnificados de la Guerra contra las Drogas. Esto es, de toda la población.

La legalización de la Marihuana es una clara medida de reducción de daños que podrá mejorar el escenario actual removiendo el velo enceguecedor de la prohibición; un velo que no ha permitido a las prácticas en salud para las PQUD estar enmarcadas dentro de los pilares éticos antes mencionados.

Finalmente,

5) **COMUNITARIO:** Incrementando la implementación de verdaderos tratamientos de base comunitaria en los que las PQUD tienen roles ciudadanos.

Participando en estos programas pueden involucrarse en actividades de la comunidad y trabajar en temas de salud. Para esto, pueden ser entrenados en distintas actividades de servicio. Por ejemplo, como parte de su aprendizaje para el cuidado de su salud pueden ser entrenados en RCR, primeros auxilios, cuidado de personas enfermas, etc.. Estos abordajes sin duda cambian su lugar en sus colectivos de pertenencia y en el imaginario, promoviendo entonces la deconstrucción del estigma en la medida que pueden ser percibidos prestando servicios a la comunidad.

El logro de resultados con las estrategias que se proponen habilitaría a dar un paso más en el proceso de cambio del lugar de las PQUD en la sociedad disminuyendo el estigma:

De pecador a criminal, de criminal a enfermo, de enfermo a ser humano, de ser humano a CIUDADANO, un ciudadano que puede enfermar.





# Un cambio de paradigma posible

Mariano Fusero

## 2. El discurso político, el imaginario social y viceversa

El discurso político prohibicionista ha sido adecuado sucesiva, antojadiza y arbitrariamente, conforme las necesidades coyunturales de autojustificación de sus preceptos fundacionales y de los prejuicios de sus mentores.

No hay mayor imposibilidad de incoar una racionalidad discursiva y fundamentada, que el hecho de intentar brindar sustento lógico a una irracionalidad pragmática. Sin embargo, no han sido vanos tales intentos durante la historia del prohibicionismo, siendo que dichas adecuaciones discursivas le han permitido su subsistencia incólume durante decenios hasta la actualidad, aun pese a la enorme evidencia que cuestiona su efectividad siquiera para los fines declamados (ya no digamos su adecuación a principios democráticos y de derechos humanos).

Para ello, el discurso se ha valido de una compleja superposición de pretextos, supersticiones, preconceptos, estereotipos y supuestos sin base científica alguna, que se han ido desplegando socialmente a lo largo de décadas, y han aportado a su vez a la conformación de un imaginario social distorsionado sobre el fenómeno de las drogas y sobre sus usuarios.

Ahora bien, estas formulaciones discursivas no han sido espontáneas ni caprichosas en sus objetivos, sino que más bien estuvieron ligadas a estrategias de control social que se corresponden con determinados proyectos políticos, económicos, sociales y culturales de un momento histórico determinado, siendo que la cruzada bélica siempre ha sido utilizada como «justificación sociopolítica» de una herramienta de control y persecución a determinados grupos sociales emergentes y vulnerados, como parte de una estrategia de imposición social del miedo. Ello ya sea al interior de los territorios en donde tales políticas han florecido, o bien exportando sus componentes esenciales bajo el apercibimiento de sanciones internacionales por la omisión en su aplicación; o sea, más allá de cualquier intento soberano de autodeterminación de los pueblos.

No hay política perdurable en el tiempo sin un discurso fundacional que le brinde cierta legitimación. En la actualidad, la crisis del prohibicionismo y la consecuente búsqueda de alternativas soberanas mediante el cambio de paradigma, se ven propiciadas por la extenuación de su discurso, lograda mediante la contraposición de un importante caudal de información objetiva, científica y documentada contra sus preceptos fundacionales. Por más internalizado que se encuentre dicho discurso en nuestras sociedades, el prohibicionismo se ve imposibilitado de seguir legitimando las graves afectaciones y atrocidades llevadas adelante en nombre de una guerra absurda e irracionalmente impuesta a nuestras naciones.

Igualmente, a pesar de la crisis de discurso y las experiencias de reforma contra sus preceptos, el prohibicionismo sigue vigente y reaccionando violentamente contra tales sediciones; tal vez la experiencia española, endureciendo sus penas contra la tenencia de sustancias prohibidas y avanzando contra los clubes de cultivo, sea un ejemplo de tal reacción anacrónica.

El máximo poder del Estado contra los individuos, el sistema punitivo y sus agencias de criminalización —reaccionarias por tradición—, obviamente entablarán múltiples batallas para no perder su poder de control social y de especulación en un negocio del cual han sido históricamente cómplices y beneficiarios.

Antes de avanzar con nuestros conceptos básicos, nos vemos en la necesidad de recordar algunos paradigmas discursivos propios del prohibicionismo, paradigmas que denominamos «tóxicos», y que se ven subvertidos por el paradigma en que se basan los actuales proyectos de reforma: el de los derechos humanos.

## **2.1. Paradigmas tóxicos**

El prohibicionismo y sus espasmódicos discursos, han conformado históricamente una visión distorsionada sobre la temática de las drogas prohibidas, acorde a la utilidad que han brindado históricamente tales discursos a un momento político determinado, y principalmente, al intento de legitimación de sus decisiones políticas de represión y segregación de determinados grupos sociales por sus características reales o imaginarias. Sin sentirnos en la necesidad de abarcar cada uno de ellos, podemos mencionar los que siguen por su trascendencia y significancia.

### **2.1.1. Paradigma racista-xenóforo**

La decisión histórica sobre la calidad de sustancias a reprimir no ha tenido criterio científico alguno que la avale, sino más bien ha sido tomada en base a la represión pretendida sobre los sujetos que solían hacer uso de dichas sustancias en un momento histórico determinado.

De tal forma, la guerra a las drogas ha estimulado comportamientos racistas y xenófobos. Conforme nos recuerda Uprimny, «la criminalización de ciertas drogas —independientemente de la búsqueda de control del consumo— puede operar como mecanismo de segregación y control de ciertas poblaciones. Así, en 1909 hubo en Estados Unidos una criminalización diferencial del opio: se prohibió fumar opio pero no se criminalizó el consumo de otras formas de opiáceos como la morfina y la heroína que parecen ser más dañinos en términos de salud. Y en ello jugó un papel esencial [una xenofobia encubierta] (...) en los Estados Unidos de parte de los anglosajones contra la población china —principales fumadores de opio en esa época— debido a la competencia creciente de esta minoría en el mercado de trabajo. Las políticas antidrogas permiten entonces —invocando un valor más allá de toda sospecha como la salud pública— legitimar formas de segregación social».

La población «blanca» propició el discurso del miedo respecto de la «amenaza amarilla», reimpulsando campañas xenófobas bajo ímpetus nacionalistas al estilo de «América para los americanos». Pero tales arranques nacionalistas no quedaron en el mero discurso, sino que el mismo legitimó la acción concreta y formalizada mediante violentos ataques a barrios chinos, el cierre de fronteras a la inmigración, la discriminación racial en todo el espectro sociopolítico y la persecución criminal de aquellos consumidores que eran penalizados más por ser “mano de obra barata” competitiva, que por sus costumbres de vida o consumos.

La criminalización de otras sustancias ha tenido idénticos propósitos de segregación

y persecución a determinados grupos étnicos. Así, la persecución de la cocaína y la marihuana fue y es razón suficiente como para criminalizar selectivamente a los afrodescendientes en el país del norte, y la persecución de la marihuana también hizo lo suyo respecto de la población mexicana y latina.

Nuevamente la historia demuestra que la criminalización selecta de determinadas sustancias ha correspondido a una coyuntura de persecución y criminalización programática hacia determinados grupos sociales, siendo que en el caso de la población afroamericana, la prohibición de la cocaína y de la marihuana ha incrementado sus ínfimas, en contextos de necesidad de control sociopolítico de tal grupo étnico en pleno ascenso en el reclamo de sus derechos civiles durante las década del '70.

Al decir reciente de Noam Chomsky, «el movimiento de los negros llegó a su límite en cuanto se convirtió en un asunto de clase», considerando que la conciencia de clase representaba cierta amenaza para la hegemonía blanca. Chomsky subraya que «el instrumento que se utilizó para recriminalizar a la población negra fueron las drogas», y agrega que «La guerra contra las drogas es un fraude, un fraude total. No tiene nada que ver con las drogas. [...] En lo que ha sido exitosa la guerra contra las drogas es en criminalizar a los pobres. Y los pobres en EE.UU. resultan ser en su mayoría negros y latinos».

Chomsky llegó a calificar la guerra contra las drogas como «una guerra de razas». «Es una guerra de razas. Casi en su totalidad; desde el principio, las órdenes dadas a la Policía de cómo lidiar con las drogas, fueron “(no) ir a los suburbios y detener al corredor de bolsa blanco que esnifa cocaína por la tarde, sino (...) ir a los guetos, y si un chico tiene un porro en su bolsillo, meterlo en prisión”».

De tal forma, es interesante reflejar en el contexto actual, donde la política prohibicionista ha sido prácticamente impuesta a nivel internacional por los Estados Unidos, cuáles fueron los resultados discriminatorios, xenófobos y racistas en el seno de dicho país.

Tal segregación y persecución racial, mediante este paradigma racista-xenófobo, no ha quedado en desuso; más bien podríamos afirmar que es el de mayor arraigo en nuestras sociedades y en el actuar de las fuerzas de seguridad en ejercicio del poder punitivo. La selectividad penal basada en el «color de piel» y la extranjería es una constante en la mayoría de nuestras sociedades, puesto que el discurso de la guerra contra las drogas le ha brindado cuantiosa legitimidad.

Un estudio de la La Unión Estadounidense por las Libertades Civiles (ACLU, por sus siglas en inglés —American Civil Liberties Union—), demuestra que los índices de uso de marihuana entre la población blanca y negra son aproximadamente iguales, y en determinados rangos etarios (18 a 25 años), el consumo de la población blanca es sensiblemente mayor. Aun así, la amplia disparidad étnica en los arrestos por posesión de marihuana es notable, no pudiendo explicarse ello por diferencias en los índices de consumo entre tales poblaciones, sino más bien por una selectividad racista de las «agencias del orden».

Dicho informe, denuncia así que las personas afroamericanas tienen 3.73 veces más posibilidades de ser arrestadas por posesión de marihuana que la población blanca. Dicha disparidad ha aumentado 32.7% entre los años 2001 y 2010. De hecho, mientras que los índices de arresto de la población blanca se mantuvieron constantes en alrededor de 192 arrestos por cada 100.000 habitantes, el índice de arresto a afroamericanos ha aumentado de 537 por 100.000 en 2001 a 716 por 100.000 en 2010. Por consiguiente, a pesar de

que aparentemente los índices de arresto por posesión de marihuana han aumentado en general, en gran parte ello se debe al resultado de un aumento en el arresto de población afroamericana.

Los gráficos aportados en el informe referenciado, demuestran con detalle tales disparidades en la selectividad étnica del sistema punitivo estadounidense.

A pesar de que EEUU tiene apenas el 5 por ciento de la población mundial, alberga casi el 25 por ciento de los prisioneros del mundo. Debido a la guerra contra las drogas, la población carcelaria estadounidense se ha disparado desde aproximadamente 300.000 personas en 1970 a aproximadamente 2.5 millones en la actualidad (más de 8 veces la cifra de 1970). De este total, 220 mil se encuentran prisionizados en cárceles federales, las cuales se encuentran superpobladas en un 40 por ciento. La mitad de los prisionizados han sido condenados por delitos vinculados con drogas, y de ellos, más del 60 por ciento pertenecen a grupos étnicos latinos y afrodescendientes. Uno de cada 10 hombres negros de treinta años se encuentra actualmente en la cárcel.

Además de la selectividad étnica en las detenciones, las desigualdades se manifiestan en la cuantificación de las penas: los afrodescendientes reciben condenas casi un 20 por ciento más largas que las impuestas a la población blanca ante delitos similares.

Los negros, latinos e indígenas estadounidenses constituyen la amplia mayoría en todo el sistema carcelario estadounidense, pero sin embargo en ningún otro sector del sistema de justicia penal se refleja de manera más brutal esta disparidad que en lo referido a encarcelamiento, detención, condena y sentencias por delitos relacionados a drogas ilegales .

Aproximadamente 41.4 millones de hombres afroamericanos están inhabilitados para votar como resultado de condenas por ofensas a la ley de drogas. Los varones afrodescendientes representan más del 36% del total de la población masculina de los Estados Unidos sin derecho a voto aunque constituyen menos del 15% del total de la población masculina estadounidense .

A nivel de los países latinoamericanos es bastante dificultoso conseguir estadísticas que demuestren la discriminación racial o la xenofobia padecida por las personas criminalizadas y prisionizadas por delitos de drogas. Lo que sí es sencillo de observar en nuestras prisiones es un amplio margen de personas en condición socioeconómica de pobreza y extranjeros procesados o condenados producto del actual régimen prohibicionista y principalmente por la punición de la tenencia de sustancias (figura penal que resulta clave para la persecución de los más vulnerables y su enjuiciamiento mediático como «chivos expiatorios»).

Este paradigma, junto a otros utilizados alternativa o simultáneamente, indican que el promocionado «problema de las drogas» no fue históricamente producto de una batalla hacia las sustancias per se, sino hacia quienes hacían uso de ellas en función de una clasificación basada en la situación socioeconómica y en pretextos abiertamente discriminatorios como la etnia y la nacionalidad.

### **2.1.2. Paradigma misógino**

Un reciente informe del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, por sus siglas en inglés —International Drug Policy Consortium—) , refleja la misoginia del paradigma prohibicionista, el cual tiene especial predilección por el encarcelamiento de mujeres de los sectores más vulnerados en las cárceles latinoamericanas.

Entre 2006 y 2011, la población penitenciaria femenina de América Latina casi se duplicó, pasando de 40.000 a más de 74.000 internas. La mayoría de las mujeres encarceladas lo están por haber sido acusadas de delitos menores relacionados con drogas (75%-80% en Ecuador, entre 30% y 60% en México, 64% en Costa Rica, 60% en Brasil, 70% en Argentina), vinculados a la supervivencia económica en contextos marcados por el abuso, el machismo y la violencia.

A su vez, la misoginia se intersecta con la xenofobia en la mayoría de los casos. Un estudio en Argentina sobre mujeres en prisión del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), indica que en el caso de las mujeres extranjeras el porcentaje de prisionizadas por delitos de drogas es del 90%; es decir, nueve de cada diez mujeres extranjeras en las cárceles de Argentina están acusadas por tales delitos. La mayoría son originarias de otros países latinoamericanos.

A lo largo del documento del IDPC reseñado, se visibiliza cómo las mujeres ocupan los eslabones más bajos de la cadena delictiva. «Se desempeñan principalmente como cultivadoras, recolectoras, vendedoras al menudeo, correos humanos (lo que se suele conocer como “mulas” o “burreras”, entre otros nombres) e introductoras de drogas a centros de reclusión.

»Es decir, con pocas excepciones, fungen como mano de obra fácilmente reemplazable de las redes criminales transnacionales. En América Latina, las circunstancias socioeconómicas constituyen la principal motivación por la cual las mujeres “eligen” cometer una actividad penada. La región tiene el índice más alto de desigualdad económica del mundo y un alto porcentaje de la población que vive en la pobreza o la indigencia en la región son mujeres. Este fenómeno se conoce como feminización de la pobreza y se manifiesta en áreas urbanas y rurales. Es importante resaltar el aumento de los hogares monoparentales a jefatura femenina. Las mujeres a menudo son las únicas responsables de sus hijos e hijas y cumplen dobles o triples jornadas laborales para poder fungir como sustento económico y, al mismo tiempo, no desatender las responsabilidades que les son asignadas como madres o abuelas. El peso de los cuidados de niños, niñas y a veces personas de la tercera edad recae enteramente sobre ellas, empujándolas a veces a buscar en la venta de drogas una manera de combinar sus múltiples obligaciones. Esta situación se refleja en el perfil de las mujeres encarceladas por delitos de drogas en América Latina: muchas de ellas son madres solteras que entran al negocio de las drogas solamente para poder alimentar a sus hijas e hijos.

»Las relaciones de género son otro elemento causal de cómo y por qué las mujeres cometen delitos de drogas, puesto que suelen involucrarse en estos actos ilícitos a partir de sus relaciones familiares o sentimentales, ya sea como novias, esposas, madres e hijas, y en cumplimiento de los roles asignados por relaciones de género marcadas por una asimetría entre hombres y mujeres.

»La mayoría de estas mujeres procede de los estratos sociales más marginados y socialmente excluidos, y no cuenta con los medios económicos ni con el conocimiento legal o el capital social para proveerse de una defensa legal adecuada. Asimismo, una vez que son aprehendidas, las mujeres en reclusión suelen ser abandonadas a su suerte y dejadas en un estado de indefensa plena. Dicha situación se agrava en los casos de mujeres extranjeras, indígenas o de aquellas que son aprehendidas lejos de su lugar de origen y cuyas familias no cuentan con los medios para asistirles o ni siquiera se enteran de que su familiar ha sido detenida».

El estudio del CELS antes mencionado es coincidente con ello, mencionando que «la selectividad penal recae sobre las mujeres pertenecientes a sectores social y económicamente desfavorecidos: la gran mayoría de las encarceladas encabezaba familias monoparentales y ejercía la jefatura del hogar. El 60,1% del total de encuestadas respondió que en el momento de la detención no convivía con un cónyuge o pareja, y el 63,5%, que era el principal sostén económico de su hogar, porcentaje que alcanza el 70,4% en el caso de las extranjeras. Incluso 4 de cada 10 mujeres respondieron que, aun luego de la detención, continuaron realizando aportes económicos a sus hogares. Este último dato es categórico en cuanto a la acuciante situación económica del grupo familiar, más aún si se consideran los magros ingresos que perciben las reclusas por las actividades laborales que desarrollan».

Ello a su vez se encuentra reforzado por el aporte reciente de la OEA, en cuyo informe del año 2013 afirma que «En América del Sur las cárceles femeninas están llenas de “mulas” o pequeñas traficantes, que muchas veces tienen de compañía en la cárcel a sus hijos pequeños. Algunos estudios afirman que aproximadamente el 70% de las mujeres en prisión están allí por micro tráfico no violento. La mayoría de ellas vienen de comunidades socialmente marginalizadas y vulnerables y comúnmente son migrantes o provienen de poblaciones indígenas. Como resultado de lo anterior, muchas cárceles presentan niveles de hacinamiento muy altos y en ellas las presas son víctimas de abuso sexual, extorsiones y matonaje».

Por lo cual, observamos que el prohibicionismo ha sido funcional a la feminización y criminalización de la pobreza, puestas de manifiesto en la amplia población de mujeres prisionizadas en aras de la prohibición, que no ha sido capaz de distinguir entre aquellas personas que realmente realizan conductas de gravedad social y aquellas a las que una realidad socioeconómica acuciante sumada a condiciones patriarcales de desventaja estructural, empujan a tales actividades por motivos de extrema necesidad. Pero el mandato prohibicionista exige la punición más allá de toda contemplación humanitaria.

### **2.1.3. Paradigmas ideológicos**

En el proceso de construcción de estereotipos y distorsiones funcionales a la imagen de los usuarios que el prohibicionismo ha fomentado, podemos encontrar también aquella imagen que fue útil para la estigmatización de los jóvenes «contestatarios» de las décadas de los '60 y '70.

Se los representa «...en la figura del joven contestatario social o cultural que hace de su vivencia de las drogas una manifestación más de su rechazo de la cultura y del sistema social imperante, y como un instrumento más de la elaboración de un modelo social alternativo. Por esta razón, el consumo de drogas era asociado a cualquier tipo de disidencia política cuyo objetivo apuntaba a destruir el sistema gobernante y la nación».

Esta construcción y la imagen bélica potenciada por el régimen prohibicionista, en donde el bien jurídico a proteger mediante la normativa legal era la «seguridad nacional» y el «enemigo» a vencer entre otros fantasmas era la narco-guerrilla, fue funcional a la acción desplegada por el terrorismo de Estado y las dictaduras genocidas en el continente americano que conllevaron a la desaparición física de aproximadamente 200.000 personas (entre otros crímenes de lesa humanidad como el asesinato, la tortura, la apropiación de recién nacidos, etc.).

Fue tal la asociación y complemento funcional entre las doctrinas de seguridad nacional



relacionadas a la criminalización de drogas y la doctrina de aniquilamiento de la «subversión política», que las normativas vinculadas a ambas materias, datan de fechas muy cercanas y circunstanciadas en un contexto sociopolítico determinado.

La posibilidad de que la industria de las drogas prohibidas financie a grupos revolucionarios y/o de oposición política a las dictaduras imperantes —financiadas a su vez desde el norte—, fue de principal preocupación de las agencias internacionales de represión e intervención en América Latina. Aunque debe notarse que el capital narco, valga la aclaración, nunca reparó en ideologías a fin de brindar financiamiento, sino más bien en los beneficios que tales alianzas estratégicas le brindaban en determinado contexto sociopolítico; ya sea con grupos insurgentes de izquierda, «autodefensas» y paramilitares de derecha, sobornos a las fuerzas de seguridad del gobierno, etc.

A su vez, en territorio estadounidense, tal deformación estigmatizante hacia los usuarios de drogas prohibidas sirvió de sustento para criminalizar a la juventud que se oponía al intervencionismo bélico en Vietnam, a la discriminación racial o al apoyo de ese país a las dictaduras latinoamericanas, jóvenes que reclamaban por un nuevo sistema humanitario contra el capitalismo consumista, abrazando a su vez la revolución sexual y el amor libre.

La asociación de tales personas al uso de marihuana y alucinógenos como el LSD, sirvió de base para enfatizar la represión del consumo de tales sustancias y, consecuentemente, propiciar la represión de tal grupo social molesto para sectores conservadores de la sociedad estadounidense, que ya venían dando batalla contra el movimiento de Derechos Civiles y contra los grupos étnicos organizados.

Tal fue la estigmatización del movimiento hippie y el consecuente desprestigio político-mediático de sus demandas, que se llegó a asociar a los asesinatos de Charles Manson con el movimiento contracultural. Para muchos Manson parecía un hippie típico debido a su pelo largo y a sus prácticas sexuales «promiscuas». Más allá de que las prácticas de Manson estaban diametralmente opuestas con los valores hippies de pacifismo y empatía, la asociación de un asesino con un movimiento contracultural contestatario y molesto para la hegemonía imperante, aportaba mucho y era compatible con la estigmatización ya propiciada por el prohibicionismo mediante la identificación «hippie-droga-delinuencia».

#### **2.1.4 Paradigma aprofóbico-delincuencial**

En otra etapa la representación se corporiza en la juventud «marginal» que reside en los barrios periféricos a las grandes ciudades. Se desarrolla la idea de que dicho sujeto se halla inmerso en condiciones sociales donde el consumo de drogas y las actividades delictivas forman parte de un contexto normalizado y mutuamente propiciado —en contraposición a lo que ocurriría en las zonas residenciales de los sectores de ingresos medios y altos—. El traficante se sigue considerando delincuente y el consumidor se califica como un «peligro social» (estigma negativo de peligrosidad) con potencialidad o predeterminación delictiva.

En el desarrollo de otros paradigmas, hemos observado que la situación socioeconómica de pobreza y la vulnerabilidad asociada constituyen un elemento transversal a la criminalización establecida por el régimen prohibicionista, siendo que la selectividad penal se basa la mayoría de las veces en la condición de vulnerabilidad socioeconómica de su «clientela» por sobre las características reales o imaginarias de las personas, como ser

el género, el «color de piel», etc. Es decir, que los seleccionados por el sistema son elegidos más por «pobres» que por negros, más por «pobres» que por jóvenes, más por «pobres» que por mujeres; la pobreza es, por tanto, el elemento determinante de la situación de vulnerabilidad ante las agencias represivas de control.

Este discurso arraiga fuertemente en nuestras sociedades, haciendo un paralelismo naturalizado de droga-delinuencia y su imputación a las personas que consumen sustancias prohibidas en circunstancias socioeconómicas que agravan los riesgos del propio consumo: riesgos por consumir sustancias de peor calidad —como el bazuco/paco— o adulteradas con aditivos más nocivos para la salud que la propia sustancia consumida; riesgos a la salud por no poder acudir a los efectores sanitarios sin la posibilidad de ser criminalizadas o encerradas compulsivamente; riesgos de violencia del crimen organizado que suelen utilizarlas como mano de obra barata y descartable; riesgos ciertos de ser seleccionadas por las fuerzas de seguridad para ser extorsionadas y/o prisionizadas.

La penalización de ciertas conductas accesorias y necesarias al propio consumo, como la tenencia/porte, el consumo «ostentoso» (con trascendencia a terceros), el autocultivo, etc., reafirma el estereotipo delincencial impuesto sobre los consumidores. O sea, todo consumidor es un potencial delincuente (en sentido amplio) y un delincuente «por definición», conforme los tipos penales que criminalizan actos previos o necesarios para el consumo; y ello a pesar de que el «consumo» como tal no se encuentre penalizado en la mayoría de los países.

De tal forma, ya sea porque se supone que el consumo de sustancias prohibidas conlleva indefectiblemente a un comportamiento delincencial, o porque todos los consumidores son delincuentes mediante la incongruencia del sistema prohibicionista que legitima el consumo pero no las acciones a él relacionadas, o bien porque se considera que el consumidor es un eslabón de la cadena de tráfico bajo la premisa maniquea de «sin demanda no hay oferta», el resultado es que un importante margen de la población equipara al consumidor con el «delincuente».

En Argentina, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), mediante su «Mapa de la Discriminación en la Argentina» del año 2007, ha evaluado el criterio de los encuestados respecto de la afirmación de que «la mayoría de los/as drogadictos/as son delincuentes». Un 42,9% de los/as encuestados/as en 16 provincias relevadas, manifestaron expresamente el total o parcial acuerdo con la afirmación de que «la mayoría de los/as drogadictos/as son delincuentes», mientras que un 12% no estuvo «ni de acuerdo ni en desacuerdo» con tal aseveración. Por lo cual, un total de 54,9% de los/as encuestados/as (en menor o mayor medida) han demostrado tener un prejuicio discriminatorio hacia los consumidores de drogas prohibidas, estigmatizándolos como delincuentes.

De tal forma se reafirma el estigma fomentado por el discurso prohibicionista y arraigado en el imaginario social, mediante un modelo de identificación de las drogas prohibidas con la delincuencia y la necesidad de implementar sistemas represivos bajo doctrinas de seguridad ciudadana.

Ello es así a pesar de que la droga criminógena por excelencia sea el alcohol, seguida por la toxicidad producida por dicha sustancia psicoactiva legal mezclada con drogas de venta lícita en farmacias. A pesar de ello, el prohibicionismo ha sido exitoso en separar la imagen social que se tiene de las drogas legales y de las ilegales, fomentando el estereotipo

negativo de peligrosidad de estas últimas y sus usuarios. Es más, a las primeras muchas veces se las publicita y fomenta bajo imaginarios de éxito personal, posicionamiento económico y pertenencia social.

A su vez la caracterización social de los usuarios conforme las sustancias de las cuales hacen uso, denota la vinculación que se realiza sobre la situación socioeconómica de los mismos y sus potenciales comportamientos antisociales mediante estigmas negativos de peligrosidad respecto de la pobreza y su vinculación con el delito. Así puede observarse que el consumo de determinadas sustancias ilegales suele vincularse con los sectores más vulnerados de nuestras sociedades (pasta base, crack, marihuana, inhalantes, etc.) y otros consumos a las clases más beneficiadas (éxtasis, MDMA, cocaína de buena calidad, etc.). Tal primigenia asociación se traduce en otra que la segunda, mediante la asociación de tales consumos con supuestos comportamientos antisociales de sus usuarios. Ello más allá de los efectos farmacológicos y factores criminógenos reales o supuestos de cada sustancia.

Los contextos en donde se dan tales consumos, suelen propiciar tal imaginario, ya que el consumo de una persona en situación de calle o en un barrio vulnerable denota mayor peligrosidad para el prejuicio social adquirido, que el consumo de elevadas dosis de alcohol o éxtasis en contextos a los que suelen acudir sectores de altos ingresos (discotecas, fiestas electrónicas, etc.).

De tal forma, esta historia de construcción de estereotipos, es funcional a la discriminación de los consumidores de estupefacientes, señalándolos como «drogadictos» y «delinquentes» a los cuales se debe incriminar en función de las teorías prohibicionistas .

Las razones por las cuales una persona hace uso de una sustancia psicoactiva legal o ilegal son independientes —o pueden ser independientes— de aquellas razones por las cuales pueda incurrir en un comportamiento delincencial. El reciente Informe de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos (OEA), titulado «El Problema de las Drogas en las Américas», expresa que «...no puede afirmarse (...) que la comisión de delitos sea alta entre quienes consumen drogas. Más bien la vulnerabilidad y exclusión social podrían ser más determinantes de la actitud delictiva de las personas que su relación con el consumo de drogas. Como muestra el estudio realizado por la CICAD y la ONUDD, “Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Relación Entre Delito y Droga”, las personas privadas de la libertad tienen “una débil vinculación al trabajo formal y experiencias fallidas de escolarización. Un alto porcentaje de ellos indicó tener algún familiar con antecedentes delictivos”. La relación entre consumo de drogas y delitos varía con el tipo de drogas. Las drogas más duras tienen correlaciones más fuertes con la ocurrencia de delitos; sin embargo no es común que su uso derive en violencia. Existe un debate abierto sobre los efectos que producen ciertas drogas y su relación con la violencia. Mientras que la marihuana parece disminuir la agresividad, la cocaína puede llegar a estimularla y el consumo de heroína está más vinculado a los delitos contra la propiedad que a la violencia de los usuarios. Los estudios destacan que la violencia psicofarmacológica no es común y es más atribuible al alcohol que a las drogas controladas» .

La selectividad del poder punitivo hacia las personas más vulneradas —con su consecuente criminalización secundaria— se debe también en parte a que cuentan con menores medios de defensa, acceso a asistencia letrada e información sobre posibles variables legales para reducir o conmutar sus eventuales penas (el instituto de la «probation», por ejemplo).

La diferenciación en el acceso a una defensa técnica conforme el poder adquisitivo de

los imputados y la propia selectividad del derecho penal hacia los grupos vulnerados, se refleja como hemos dicho en una mayor criminalización y prisionización de las personas en situación socio-económica de pobreza.

Tal discriminación, a su vez, trasciende a la persona, atentando también contra su familia. Cuando un creciente número de personas en situación socio-económica de pobreza se enfrenta al encarcelamiento debido a cargos por ofensas a la ley de drogas, los efectos colaterales sobre sus comunidades y familias son innumerables .

### **2.1.5. Paradigma de la salud**

En un avance del discurso, nos situamos en un contexto en el cual nuevas normativas y directrices públicas tienden a trasladar el «problema de las drogas» del ámbito de la seguridad nacional —primero— o ciudadana —luego—, a un nuevo paradigma en que el consumo de sustancias psicoactivas es planteado como un problema de salud pública.

Tal transformación del discurso vino a contemplar la necesidad de considerar que el tratamiento brindado a la temática de drogas, debería ser dual, en tanto la diversificación social de los consumidores bajo el prisma del prejuicio. O sea, en función de la sustancia consumida y de la persona que la consume, el tratamiento «adecuado» puede ser la cárcel, el sistema de salud o ambos a la vez.

Cuando el consumo era identificado con determinado grupo social minoritario, vulnerado y extrañado de los valores sociales impuestos, la respuesta de los paradigmas fue la represión y la seguridad mediante el derecho penal de autor. No obstante, ante la masificación y diversificación del consumo, generalizado a otros «estratos» sociales más beneficiados e incluso con más capacidad de lobby, surge la necesidad de entablar otra respuesta alternativa a la punición, mediante el paradigma de la salud y sus efectores sanitarios.

De tal forma, los bienes jurídicos supuestamente tutelados por las normativas tienden progresivamente a vincularse con este nuevo paradigma , pero sin dejar de lado el postulado fundacional del prohibicionismo: la represión penal. Más bien, el nuevo paradigma no vino a reemplazar a ningún otro, sino que estos paradigmas fueron fusionados bajo un complejo argumental y normativo, en donde las competencias de los organismos vinculados contienen multiplicidad de funciones supuestas y contradictorias, como perseguir y reprimir al narcotráfico y, a su vez, brindar asistencia sanitaria a las personas con abuso de sustancias. Una mezcla extraordinaria de funciones policiales, militares y sanitarias que ha demostrado a toda luz ser ineficaz tanto para la represión del tráfico como para la contención sanitaria de los usuarios con problemas de abuso o adicción .

Por su parte, el absolutismo de considerar a cualquier uso de sustancias como un comportamiento problemático para la salud individual y/o pública, hace de este paradigma de salud un concepto falso y peligroso, no mucho menos reñido con los valores democráticos y los derechos humanos que los desarrollados en los apartados anteriores.

Y no se trata esto de una afirmación dogmática. Decimos que se trata de un paradigma falso por cuanto la cantidad de consumidores de sustancias prohibidas que desarrollan un consumo problemático para su salud es muy baja en comparación con aquellos usuarios de sustancias que no revisten mayores inconvenientes. «Se calcula que cerca de 2.300.000 personas consumen una droga ilícita al menos una vez al año; cerca de uno de

cada veinte entre los quince y los sesenta y cuatro años de edad. Pero solo uno de cada cuarenta usa drogas por lo menos una vez al mes, y menos de uno cada ciento sesenta personas, alrededor de 27.000.000, tienen un consumo problemático para su salud (Undoc 2012). Con respecto a la evolución del consumo de las diversas drogas ilícitas durante la última década, (...) se aprecia que este se ha mantenido relativamente estable, con una prevalencia anual de alrededor de 5% de la población. El consumo problemático representa una porción pequeña del total, alrededor de 0.6% del total de consumidores».

Y agregamos que es peligroso puesto que la patologización del consumo y la injerencia del paradigma represivo combinado con dicho paradigma de salud, han acarreado en la práctica a un sistema penal que ha normalizado la extorsión punitiva bajo conceptos de tratamiento compulsivo a los consumidores. Bajo «medidas de seguridad curativas» extorsivas se ha pretendido legitimar la injerencia punitiva en la vida de las personas y en las decisiones relacionadas a su salud .

Por ejemplo, la Ley Argentina es emblema de esta extorsión punitiva-sanitaria. El art. 17 de la ley 23.737 hace referencia al caso en que al imputado se lo condene por el delito de tenencia de drogas para uso personal y este dependiere física o psíquicamente del estupefaciente que causó la detención. En dicho supuesto, el juez puede dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y «rehabilitación»; si el tratamiento es «satisfactorio» se lo exime de la aplicación de la pena; si transcurrido el plazo de dos años no se ha obtenido un grado aceptable de «recuperación», por su «falta de colaboración» (!) el juez puede optar entre aplicar la pena, acumulándola a la medida o continuar el tratamiento sin plazo. El art. 18 prevé la situación del imputado sin condena, a quien se le endilga el delito de tenencia de droga para uso personal y éste dependiera física o psíquicamente de estupefacientes y a su vez prestara su «consentimiento»; en tal caso se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y «rehabilitación» y se suspenderá el trámite del sumario; si el tratamiento es «satisfactorio» se lo sobresee; si luego de transcurridos dos años el «tratamiento» fracasara, se pone en marcha la causa y en su caso (que fuera condenado), el juez puede aplicar la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario o mantener la medida de seguridad .

Consultado sobre el tema, el Juez Federal Dr. Horacio Catanni afirma que: «El Derecho Penal interviene en el tema de la reglamentación sanitaria (artículos del 14 al 22), expresando un sistema de premios y castigos en el cual se invierten los roles: el equipo tratante tiene que tomar decisiones y el juez, previo dictamen de los peritos, dictamina si esa persona ha alcanzado un grado pleno de rehabilitación en lo social, laboral y familiar. El juez en esa etapa ha perdido ya el control de la situación. Cuando se le informa que una persona no ha logrado un “grado aceptable de rehabilitación” en un período de tiempo el juez puede mandarlo preso (...) Teniendo esto en cuenta creo que existe un penetrar disciplinario de lo jurídico en el sistema asistencial (...) De alguna manera cada equipo tratante se convierte en un apéndice del sistema penal. Cuando nos referimos a la ley 23.737, entra en juego el “te curás o te castigo”. Dice la Ley de Estupefacientes: “no rehabilitarse por su falta de cooperación”. ¿Cómo se puede pedir cooperación en algo coactivo? Los equipos tratantes, justamente sobre la base de esa remisión coactiva tendrían que lograr la cooperación a toda costa y las fallas del equipo al no lograr algo tan dificultoso perjudicará legalmente al paciente».

Así las cosas, podemos afirmar que la combinación de tratamiento médico obligatorio

con la amenaza de sanción penal termina por marginar al consumidor. Y en gran medida esa marginalidad, más que el uso de la droga en sí misma, es la que provoca los más graves efectos al usuario, apartándolo de los sistemas de salud en caso de querer acudir a los mismos, motivo de la presunción cierta de poder ser criminalizado o encerrado compulsivamente mediante este sistema penal-sanitario y sus «medidas de seguridad curativas».

En otras latitudes, los efectos de este paradigma son aun más perversos. Un reciente informe de Human Rights Watch , menciona que «si bien la criminalización es profundamente problemática, los sistemas extrajudiciales de control de drogas también pueden ser extremadamente abusivos. Tailandia, por ejemplo, detiene sin juicio a personas que usan drogas, durante largos periodos de tiempo, en “instalaciones de tratamiento” cerradas. En China, la Ley de Lucha contra las Drogas de 2008 permite a las autoridades detener a personas que usan drogas por hasta seis años sin juicio o supervisión judicial. En Camboya, Laos y Vietnam, las personas que usan drogas son detenidas en centros administrados por el gobierno, donde a menudo son maltratadas en nombre del “tratamiento”. En Vietnam, los detenidos son utilizados como mano de obra forzada para procesar nueces o fabricar ropa para la exportación. En Camboya, son sometidos a castigos brutales, incluida la tortura. En 2013, cuatro años después de informar por primera vez sobre este tema, nos encontramos con que las personas recluidas en estos centros de detención de drogas siguen siendo golpeadas, azotadas con mangueras de goma, obligadas a permanecer de pie en fosas sépticas de agua y sufriendo abusos sexuales. La falta de protecciones del debido proceso también hace que estas instalaciones sean lugares convenientes para detener a personas que las autoridades camboyanas consideran “indeseables”, como personas y niños indigentes, en esporádicas ofensivas, a menudo antes de las visitas de dignatarios extranjeros».

En palabras imprescindibles de Alberto Calabrese «...no es extraño deducir que al sindicado siquiera mínimamente ligado a las sustancias se lo quiera ver identificado (“detectado”), enucleado (aislado, tratado) y finalmente expulsado (internado sine die o encarcelado), pero también maltratado en muchos casos. Es curioso, pero tal como viene sucediendo históricamente con otros males a lo largo del tiempo (endemoniados, brujas, leprosos, tuberculosos, locos, etc.) la intención de reducir el mal y evitar aún más daño —según se dice para aliviar conciencias— lleva a someterlos o reducirlos físicamente, infringiéndoles (habiendo en esto una larga tradición) diversos tipos de restricciones, castigos y perversiones varias de tipo físico o psíquico, paradójicamente consideradas “tratamientos”. (...) Porque no nos debemos engañar; maltrato o desinterés por los mínimos derechos de los pacientes, tanto hacen a los sistemas que apelan a los “planchados” o “chalecos químicos” de los ámbitos psiquiátricos, como a los castigos del tipo desmalezar un terreno a mano, sufrir reducciones en las visitas o los permisos, padecer plantones al rayo del sol frente a una pileta o limpiar un baño con un cepillo de dientes y un sinnúmero de etcéteras que más parecen un glosario de aberraciones. (...) El mal es la droga, tal vez todo con mayúscula; así es que se ponen los acentos legitimando conductas inapropiadas, persiguiendo a la persona equivocada o creando nuevas categorías de extrañados al sistema, que curiosamente suelen ser los excluidos de siempre” .

Por último, puede atribuirse también al paradigma de salud, haber acentuado la superstición maniquea y simplista respecto de «la droga es mala», en términos absolutos y sin considerar que bajo el concepto de «la droga» (en singular) se engloban

arbitrariamente sustancias de la más variada índole y efectos, entre las cuales también deberían considerarse las drogas legales (tabaco, alcohol, barbitúricos, anfetaminas, solventes, etc.) y sus efectos sobre la salud por el mal uso o abuso de las mismas.

Ya lo decíamos en otro trabajo, afirmando que «la criminalización de determinadas sustancias impide que las drogas sean conocidas por sus reales efectos sobre el organismo mediante una correcta difusión y educación pública que no se base únicamente en endemoniarlas. De tal forma se permitiría que cuando se hable de tales drogas no se englobe a una multitud de sustancias con efectos muy diferentes (hasta terapéuticos), conociendo que no existen las drogas buenas y malas, sino el buen o mal uso que de ellas se haga».

Es importante recordar que las clasificaciones vigentes en las convenciones de Naciones Unidas sobre los daños causados por el consumo de drogas han sido criticadas por su inexactitud y por la poca transparencia en su elaboración .

David Nutt y otros autores , desarrollaron «una escala para medir el nivel del daño causado por el consumo de drogas y diseñaron un procedimiento para validarla y hacerla clara y comprensiva en términos de daño y tipos de drogas incluidas, consultando a dos grupos de expertos de diversas disciplinas sobre los daños generados por cada una. El estudio incluye nueve parámetros de daño, divididos en tres categorías: daño físico, nivel de dependencia y efectos sociales (...). Las drogas incluidas son las que están en la clasificación de la ley sobre uso indebido de drogas (Misuse of Drugs Act) del Reino Unido, más algunas drogas legales de las que puede abusarse como el alcohol, el tabaco y los solventes. Los resultados indican que, en general, hay una correlación muy débil entre la clasificación de la ley de drogas (que divide las sustancias en tres categorías, la A incluye las más dañinas y la C las menos) y la que resultó del estudio. De las ocho drogas que puntuaron como más dañinas y las ocho clasificadas como menos dañinas, tres están en la categoría A y dos no están clasificadas. Por ejemplo, el alcohol y el tabaco se consideran más dañinos que el LSD, el éxtasis o la marihuana (...). El gráfico (siguiente) muestra el resultado del proceso de puntuación del daño producido por cada droga, por grupos diferentes de expertos, y permite comparar esos puntajes con la clasificación de la ley de drogas y apreciar la poca correlación entre ambas» .

El discurso de la salud referido exclusivamente al consumo de drogas prohibidas y la nocividad de las mismas en un todo englobado como «la droga», no se sostiene en consideración a la permisividad legal y aceptación social de otras drogas con mayores niveles de morbilidad y mortalidad, como ser el caso del alcohol y el tabaco.

Así las cosas, dos millones y medio de personas mueren por año a causa del alcohol en todo el mundo, que a su vez es causante de más de sesenta enfermedades relacionadas; mientras que el tabaco, con todos sus aditamentos incluidos con fines adictivos —aunque tolerados legalmente—, se encarga de la muerte de seis millones de personas por año.

Se supone que englobando a todas las drogas prohibidas, y a pesar de la adulteración de las mismas por falta de control institucional en sus calidades, la cifra de mortalidad por abuso no supera las trescientas cincuenta mil personas . Cifra no menor, ni despreciable, cabe aclarar; pero demuestra una manifiesta desproporción entre el potencial dañino de determinadas sustancias legales —y a veces promocionadas— y aquellas endemoniadas bajo la totalización prohibicionista.

A ello deberían sumarse los hábitos alimenticios y la promoción del consumo de alimentos nocivos o «chatarras». Conforme la interesante analogía que realiza Oscar Pares, «...

según cifras de la OMS, la primera causa de muerte es la cardiopatía isquémica, causada por la acumulación de grasas y colesterol. Entre las diez primeras causas encontramos la diabetes, la cardiopatía isquémica y otras enfermedades relacionadas con los hábitos alimenticios o con el estilo de vida. Pero principalmente por ingesta de grasas y, pese a ello, no se inicia ninguna cruzada contra las grasas; de hecho, es curioso, porque se prohíbe el anuncio de alcohol (que probablemente es responsable de algunas de esas muertes) y del tabaco (una de las principales causas de muerte), pero no se prohíbe la publicidad de las hamburguesas, más bien se publicitan en horario infantil».

Como veremos en la segunda parte de este trabajo, las reformas incoadas en determinados países con la finalidad de reducir los niveles de punición, no ha conllevado a un aumento del consumo significativo de sustancias prohibidas. Por lo cual, podríamos deducir de ello que las drogas legales mantendrían sus privilegiados lugares en el ranking de mortalidad y adictividad a pesar de llevarse adelante estrategias globales de descriminalización, despenalización o legalización controlada de sustancias hoy ilícitas.

Con lo anteriormente expuesto, no queremos ni por error afirmar que deberían llevarse adelante estrategias prohibicionistas respecto del alcohol o del tabaco por ejemplo, aunque sí reafirmar su regulación mediante el control de calidad de sus componentes y estrategias de reducción de daños y vulnerabilidad de sus usuarios.

Todo prohibicionismo en nuestra historia reciente ha conllevado a los mismos efectos perniciosos que la actual política prohibicionista en materia de drogas ilícitas. Por ejemplo, la siempre recordada Ley Seca en EEUU, Enmienda XVIII a la Constitución de Estados Unidos, entre otros devastadores efectos dejó el triste saldo de 30 mil personas que murieron a causa de envenenamiento por adulteración del alcohol, 100 mil víctimas de ceguera y parálisis (dado que la prohibición llevó a la sustitución del alcohol etílico por alcohol metílico, de efectos devastadores para la salud), 45 mil detenidos por traficar, el aumento de la tasa de homicidios fue del 78%, las cárceles —que tenían alrededor de 4.000 personas en 1920 llegaron a 26.859 en 1932—, y el único beneficiado por la prohibición fue el crimen organizado junto a sus cómplices del ámbito político-institucional que los amparaba a cambio del reparto de dividendos y a costa de vidas humanas.

Ello a pesar de que su principal mentor, Andrew Volstead, había justificado la prohibición del alcohol en 1920, profetizando al igual que los prohibicionistas actuales —y de los inicios de la prohibición— que: «El demonio de la bebida hace testamento. Se inicia una era de ideas claras y limpios modales. Los barrios bajos serán cosa del pasado. Las cárceles y correccionales quedarán vacíos; los transformaremos en graneros y fábricas. Todos los hombres volverán a caminar erguidos, sonreirán todas las mujeres y reirán todos los niños. Se cerrarán para siempre las puertas del infierno».

Los datos expuestos hablan por sí mismos y dejan en claro que si alguien abrió las puertas del infierno fue el prohibicionismo etílico, tal como sucede con todo prohibicionismo irracional.

Asimismo, debe insistirse sobre los efectos adversos para la salud pública que tiene la ausencia de control sobre la calidad de las sustancias que se producen y distribuyen en la clandestinidad. Al respecto Uprimny afirma que «la prohibición evita un control de la calidad de los productos por el Estado, lo cual es muy grave para la salud pública. Supongamos que el alcohol estuviese prohibido. En tal caso, uno no podría comprar tragos certificados en expendios controlados sino que uno tendría que recurrir a compras clandestinas ¿Imaginan ustedes las cantidades de muertes o de personas ciegas por tragos



adulterados con alcohol metílico? Pues eso exactamente sucede en el mercado de drogas ilícitas. Así, en España, en el 90% de los casos de muertes por supuesta sobredosis de heroína, las personas han sido encontradas con la jeringa aún en el brazo. Eso pareciera indicar que no se trata de una sobredosis, pues el shock opiáceo no es fulminante sino que provoca un largo coma respiratorio del que se puede salir. En tales casos, lo más probable es que la persona haya muerto envenenada por las sustancias tóxicas con las que los traficantes habían cortado el producto, lo cual parece confirmado por el siguiente hecho: entre 1920 y 1930, en la misma España, la morfina y la heroína se vendían en farmacia con receta: en esos años —según el filósofo Antonio Escotado— “no se registró ni una sola muerte por sobredosis”».

Elias Neuman es aún más ilustrativo, al afirmar que «la cocaína se suele “cortar” o estirar con cualquier cosa y hacer de un kilogramo de pasta base diez o más (con el objetivo secundario de también abaratar el producto). La avidez del comprador, la clandestinidad de la operatoria, no permite reparar en que es lo que el humano ha de meter en su organismo. Al negocio no parece importarle el conspirar contra la vida de sus potenciales clientes. Se ha comprobado que lo que parece cocaína de la mejor, es simplemente talco con anfetaminas e incluso polvo de ladrillos, yeso, almidón, cacao, bicarbonato, azúcar, y un grupo numeroso de psicofármacos excitantes o estupefacientes que producen euforia o, de pronto, una somnolencia plácida (...). Se ha comprobado que no la droga en sí, sino esas mezclas (cabría pensar una vez más en las implicancias de la falta de control adecuado), produce arritmias, hipertensión, excitación, escalofríos, sin olvidar que el talco o el yeso pueden taponar venas y arterias».

Por lo visto, los costos de la prohibición son muy altos si se tiene en cuenta que el único eventual beneficio derivado de la misma —una posible disminución de los abusos de sustancias psicotrópicas gracias a la intervención punitiva del Estado—, ha demostrado su ineficacia histórica con índices de consumo y abuso en constante crecimiento. En muchas ocasiones no son las drogas las que matan sino la prohibición. Y esto por cuanto en muchos aspectos las drogas no son prohibidas porque son peligrosas, sino que terminan siendo peligrosas porque son prohibidas.

En tal tenor, conforme a este paradigma de salud que pretende prevenir daños a las personas y al núcleo sociofamiliar por el consumo de sustancias prohibidas, que en sus extremos pretende —sin poder lograrlo— «un mundo libre de drogas», cabría «interrogarse hasta qué punto las políticas vigentes hasta ahora, bajo el paradigma de la penalización y criminalización, reducen más daños de los que precipitan», en palabras de la OEA.

«La evidencia del enorme volumen de violencia generado por la economía ilegal de drogas en sus diferentes etapas, pero en particular la que practica el delito organizado transnacional en los países de tránsito, lleva inevitablemente a plantear la comparación entre el número de víctimas que ella provoca y las víctimas que genera el consumo mismo de las drogas. Según cualquier patrón de comparación, las cifras de muertes provocadas por el consumo de drogas parecen mínimas si se cotejan con las muertes provocadas por la acción criminal vinculada al narcotráfico. El Gobierno de México estimó que entre diciembre de 2006 y enero de 2012 murieron alrededor de 60 mil personas en ese país, como resultado de ejecuciones, enfrentamientos entre bandas rivales y agresiones a la autoridad por parte de las organizaciones criminales vinculadas al narcotráfico. En el mismo período la Organización Mundial de la Salud (OMS) registra 563 muertes en México por sobredosis de drogas controladas. Para un año en particular, 2010, la misma

OMS registra 137 muertes por sobredosis de drogas controladas, en tanto la misma fuente del Gobierno mexicano admite 15.273 muertes violentas presuntamente vinculadas con el crimen organizado.

En Brasil, en tanto, el Ministerio de Salud informó que el número de muertes por drogas aumentó 65% en una década, pasando de 916 en 2000 a 1.516 en 2010. Las autoridades brasileñas no tienen números consolidados sobre las sustancias más usadas por las casi 25 mil personas que murieron por intoxicación y abuso de drogas a lo largo de esos años (2000-2010). En el mismo período (2000-2010) se registraron en Brasil 480.000 muertes por homicidio doloso.

En todos los casos y como quiera que se haga esta comparación, todo indica que el número de muertes provocadas por el consumo de las drogas mismas es bastante menor que el que proviene de delitos conexos...”

Pareciera que por más que queramos velar por la salud de nuestras poblaciones bajo estos paradigmas absolutistas, a las fallecidas víctimas de esta cruzada difícilmente podremos garantizarles su salud ni explicarles que murieron producto de un régimen que veló por su bienestar.

Si bien el paradigma de la salud vino a ser un avance respecto del mero paradigma de la seguridad y represión, podemos observar que la implementación acrítica y absolutista del mismo ha acarreado un sinnúmero de legitimaciones del más perverso sistema de criminalización positivista .

Dicho paradigma, bien entendido y aplicado, debería ser considerado meramente a fines de prevención del consumo, mediante campañas educativas objetivas, basadas en conocimiento científico y desprejuiciado, diferenciando los efectos reales de cada una de las sustancias (legales e ilegales), y su implementación única en caso de usos problemáticos, abusos o adicciones; siempre en respeto pleno de la auto-determinación y libertad de los consumidores y enfocada a la reducción de daños y vulnerabilidad de los mismos. O sea, respetando los derechos humanos en todo caso.

La «guerra a las drogas» ha generado un énfasis en la interdicción, estereotipos, sindicación de enemigos falsos y su represión punitiva-sanitaria, que desvía recursos de la prevención y asistencia a personas con usos problemáticos. De tal manera, muchas personas que quisieran obtener tratamientos no pueden hacerlo, lo que las lleva a la marginalidad y obstaculiza el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales.

## **2.2. Paradigma de los Derechos Humanos**

Hasta aquí los diferentes paradigmas desarrollados, con sus posibles superposiciones, sucesiones cronológicas e incluso eventuales incompatibilidades, fueron agrupados en el concepto de «paradigmas tóxicos». Y la intención de agruparlos en un esquema general obedece al hecho de que, con sus similitudes y diferencias (que las hay; por caso, en una mirada superficial el «paradigma de la salud» podría verse como un gran avance respecto de los otros), todos estos paradigmas tienen como conclusión lógica el objetivo final —al menos como meta ideal— de la erradicación del consumo de sustancias psicoactivas. El término «tóxicos», acaso, evoca las consideraciones catastróficas y extremistas que en todos los casos se asocian al consumo de sustancias ilegales y a sus usuarios, que motivan dicho objetivo inalcanzable.

En consecuencia, todos estos paradigmas coinciden en el hecho de que, enfrentados a un

marco jurídico que privilegia antes que nada la vigencia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, se vuelven inaplicables e insostenibles.

Por cierto, el consumo voluntario de sustancias, así como la elección del modo de dirigir nuestras vidas, determinar el ámbito de lo privado y actuar en base al principio de autodeterminación, en plena libertad, no es ni más ni menos que el ejercicio de nuestros derechos humanos más elementales.

Cuando esta perspectiva de derechos humanos es aplicada a la «cuestión de las drogas», surge claramente que la injerencia del Estado debería estar únicamente orientada a respetar tales derechos, garantizando que puedan ser ejercidos con los menores riesgos posibles (por ej., regulando el acceso a determinadas sustancias y estableciendo políticas de reducción de los daños asociados al consumo y de la vulnerabilidad de los usuarios), y asistiendo mediante sus efectores de salud a las personas que así lo requieran ante un caso de uso problemático, abuso o adicción a tales sustancias, sean estas legales o ilegales (por cuanto, el acceso a la salud y a disfrutar el más alto nivel de bienestar que sea posible son, efectivamente, derechos humanos garantizados en diversos instrumentos internacionales).

No es función del Estado establecer el contenido de los modelos de excelencia ética de los individuos que componen una sociedad, ni imponer comportamientos supuestamente morales o criterios incongruentes de «normalidad». Tales imaginarios y avances de un paternalismo positivista-punitivo respecto del uso de sustancias, ha significado históricamente la construcción de un imaginario colectivo de la otredad mediante el cual se ha sindicado a los usuarios de drogas con un estereotipo negativo de peligrosidad, y un elemento marginal y alienado de nuestras sociedades, en búsqueda de enemigos falsos y chivos expiatorios de los males que aquejan a las mismas.

Se ha dicho que la protección material del ámbito de privacidad, resulta uno de los mayores valores del respeto a la dignidad de la persona y un rasgo diferencial entre el Estado de derecho democrático y las formas políticas autoritarias y totalitarias.

John Stuart Mill, a pesar de su utilitarismo, afirmaba claramente que «La única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo. Estas son buenas razones para discutir, razonar y persuadirle, pero no para obligarle o causarle algún perjuicio si obra de manera diferente. Para justificar esto sería preciso pensar que la conducta de la que se trata de disuadirle producía un perjuicio a algún otro. La única parte de la conducta de cada uno por la que se es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás. En la parte que le concierne meramente a él, su independencia es de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu el individuo es soberano (...) Cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual. La humanidad sale más gananciosa consintiendo a cada cual vivir a su manera que obligándole a vivir a la manera de los demás».

Tales principios liberales condensados desde 1789 en los términos «la libertad consiste en hacer todo lo que no daña a los demás» y «la ley sólo tiene derecho a prohibir los actos perjudiciales para la sociedad», están contenidos en la mayoría de las constituciones democráticas liberales y en el bloque conformado por los instrumentos internacionales de

derechos humanos, que gozan de jerarquía supra-legal en algunos países y constitucional en otros.

Estos enunciados normativos imponen límites a la actividad legislativa y al accionar público, consistentes en exigir que no se prohíba una conducta que se desarrolle dentro de la esfera privada —entendida ésta no sólo como la de las acciones que se realizan en la intimidad, sino como aquellas que no perjudiquen a terceros—. Las conductas del hombre que se dirijan sólo contra sí mismo, quedan fuera del ámbito de las prohibiciones

Generalmente, los ordenamientos jurídicos conservan dicho espíritu liberal, el cual ha sido respetado —con excepciones— por la legislación penal, al no considerar absurdamente como delitos la tentativa de suicidio, las lesiones autoinfligidas, etc. O sea, se excluye la posibilidad de fundar la intervención estatal —y en particular la punición penal— en las conductas que integran la esfera del individuo, con exclusivo apoyo en posiciones éticas perfeccionistas o paternalistas.

Sin embargo, ello no sucede en el caso de la punición de varias conductas accesorias o necesarias para el consumo de drogas, como ser la tenencia o porte, la adquisición, el autocultivo, etc., que cercenan abiertamente el ámbito de autodeterminación de las personas. Y esto es así, dado que por mucho que se haya intentado, no es posible justificar el reproche penal en esos casos por una supuesta afectación a derechos de terceros: la mayoría de los argumentos en este sentido se basan en una peligrosidad meramente abstracta, que se torna por demás irrazonable e insostenible cuando se la compara con la peligrosidad concreta de permitir (en forma regulada) la posesión y uso de armas, automóviles, sustancias inflamables, etc.

En este sentido, es necesario remarcar que la ausencia de prohibición no implica por parte del Estado una valoración positiva, sino neutral. «Reconocer un derecho es totalmente diferente a animar a la gente a ejercerlo; es coherente intelectualmente decir “reconozco tu derecho a consumir drogas pero no te animaré a hacerlo debido a sus potenciales efectos sobre tu salud”. Lo mismo pasa con el suicidio. O en el caso del tabaco: permitir a los adultos consumir tabaco a la vez que ofrecer más y mejores programas de tratamiento para aquellos que busquen la abstinencia» .

A pesar de lo expuesto, consideramos que el paradigma de los derechos humanos debe avanzar más allá de su mirada clásica referida a la privacidad, la libertad y la autodeterminación de las personas que hacen uso o abuso de cualquier sustancia, y observar cómo la punición de otras conductas relacionadas a toda la cadena de producción y distribución tienen el potencial de afectar los derechos de cada uno de los consumidores. Sobre el punto hemos hablado bastante ya, en referencia a la afectación de un sinnúmero de derechos mediante la estigmatización prohibicionista y selectiva del régimen actual.

Resta remarcar el absurdo de considerar que cada persona tiene el derecho y la libertad de consumir cualquier sustancia, por los motivos expuestos, pero bajo la exigencia de someterse constantemente a la clandestinidad para la adquisición de la sustancia pretendida, o bajo el riesgo de ser perseguido, extorsionado, prisionizado o tratado compulsivamente en aras de la salud o la seguridad. ¿Se puede acaso ser libre, pero bajo riesgo de perder dicha libertad por el mismo hecho de ejercerla?

En otras palabras, la permisión de consumo se presenta como incongruente a la prohibición del autocultivo, la prohibición de la tenencia, la necesidad ineludible de

tener que adquirir las sustancias en manos del crimen organizado o la imposibilidad de ejercer el derecho a saber fehacientemente qué es lo que se está consumiendo, debido a la renuncia del Estado a su rol fiscalizador.

La permisón del consumo en muchos lares conserva una contradicón lógica con la punición de conductas accesorias y a veces necesarias, al propio consumo. Ello conduce a una punición encubierta de los consumidores mediante tales figuras y a un obstáculo al ejercicio de derechos de los mismos, limitando ciertamente el ejercicio de una supuesta libertad.

De allí la importancia de evaluar e implementar estrategias alternativas al prohibicionismo, que garanticen el ejercicio de los derechos humanos de los consumidores mediante estrategias de legalización controlada de sustancias, reducción de los daños asociados al consumo y de la vulnerabilidad de los usuarios, resignificación del paradigma de la salud —que ineludiblemente debe ser vista desde una perspectiva amplia de derechos humanos y, desde ya, como un derecho humano en sí mismo—, acceso a sustancias con comprobados efectos terapéuticos para el tratamiento de determinadas patologías, atención sanitaria de usuarios problemáticos bajo los modernos parámetros que se manejan en el ámbito de la salud, etc.

El reconocimiento de estos derechos y de la necesidad de eliminar barreras para su ejercicio efectivo, así como de implementar acciones positivas orientadas a garantizar dicho acceso y a empoderar a todos los sectores, pero especialmente a los más vulnerados, brinda la oportunidad histórica de adaptación del paradigma de drogas vigente al pleno respeto de los derechos humanos.

El ejercicio pleno de los derechos a la salud de los usuarios con consumos problemáticos, bajo la autodeterminación individual y el consentimiento informado de los mismos, se demuestra como imprescindible. Para el resto de los consumidores —la gran mayoría—, el ejercicio pleno de las libertades individuales sin intromisiones totalitarias motivadas en «paradigmas tóxicos», se presenta como el único compatible con un régimen democrático y respetuoso de los derechos humanos.





# Bibliografía

- DEL OLMO, ROSA. "La cara oculta de la droga." Temis. 1986.
- UPRIMNY, RODRIGO. "Drogas, Derecho y Democracia." Texto presentado en el seminario itinerante de política criminal POICAL. Universidad Nacional de Colombia. 2002.
- ACLU - American Civil Liberties Union-. "THE WAR ON MARIJUANA IN BLACK AND WHITE. Billions of Dollars Wasted on Racially Biased Arrests". Junio 2013.
- SEKARAN, SHARDA. "ROMPIENDO LAS CADENAS: Crimen y castigo: el sistema de justicia penal y las leyes punitivas de drogas".
- HUMAN RIGHTS WATCH. "Punishment and Prejudice: Racial Disparities in the War on Drugs". 2000.
- GIACOMELLO, CORINA. "Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina." Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC - International Drug Policy Consortium). 2013.
- CELS - CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES-. "Mujeres en prisión. Los alcances del castigo", en conjunto con el Ministerio Público de la Defensa y la Procuración Penitenciaria de la Nación de Argentina. Siglo XXI. 2011.
- MEETAL, P; YOUNGERS, C. "Systems Overload: Drugs Law and Prisons in Latin America" Transnational Institute and the Washington Office on Latin America. 2010.
- OEА. "El Problema de las Drogas en las Américas". Informe de la Secretaría General de la Organización de Estados Americanos. 2013.
- SOSA, CECILIA. "Argentina, las drogas y el Primer Mundo".
- INADI - Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo-. "Mapa de la discriminación: representaciones, acciones y percepciones acerca de la discriminación". 2007.
- FUSERO, MARIANO. "Recomendación General N° 3 en Materia de Discriminación a Consumidores/as de Drogas Prohibidas". INADI. 2008.
- HANS, MATHIEU; NIÑO, CATALINA. "De la represión a la regulación: propuestas para la reforma las políticas contra las drogas". Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). 2013.
- MCFARLAND SÁNCHEZ MORENO, MARIA. "Por qué el respeto a los derechos humanos exige reformas a las políticas de drogas. Cómo la criminalización de las drogas destruye vidas, fomenta abusos y subvierte la justicia". HUMAN RIGHTS WATCH. 2014.
- CALABRESE, ALBERTO. "Configuración del problema de las Drogas y Vigencia de las políticas sobre Reducción de Daños". 2013.
- NUTT, DAVID; KING, LESLIE; SAULSBURRY, WILLIAM; BLAKEMORE, COLIN. "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse". The Lancet. 2007.
- PARÉS, OSCAR. "Exposición en la «IV Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas»". Auditorio Huitaca de la Alcaldía Mayor de Bogotá. 2012.
- NEUMAN, ELÍAS. "La legalización de las Drogas". Depalma, 2a Edición. 1997.
- SABINI, SEBASTIÁN. "Carta Abierta a Yury Fedotov, Director Ejecutivo de la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito". 2013.
- SANSÓ, GABRIELA. "Bagatela e Insignificancia en Derecho Penal". Editorial Juris. 2011.
- ZAFFARONI, EUGENIO RAÚL; ALAGIA, ALEJANDRO Y SLOKAR, ALEJANDRO. "Manual de Derecho Penal, Parte General". Ediar Temis. 2005.
- BANCO DE INJUSTICIAS. "A lei na prática". Sitio web.
- BOITEUX, LUCIANA. "Sistemas sobrecargados: Leyes de drogas y cárceles en América Latina." Transnational Institute Drugs and Democracy (TNI) y Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA). 2010.
- TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION. "After war on drugs. Tools for the debate." 2007
- VARGAS MEZA, RICARDO. "De la represión a la regulación: propuestas para la reforma las políticas contra las drogas". Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). 2013.