

Después de la Guerra contra las Drogas:

Una Propuesta para la Regulación

Con un nuevo prólogo de César Gaviria, ex presidente de Colombia

Después de la Guerra contra las Drogas:

Una Propuesta para la Regulación

Derechos de autor © Fundación Transform Drug Policy 2012

ISBN 978-0-9556428-2-1

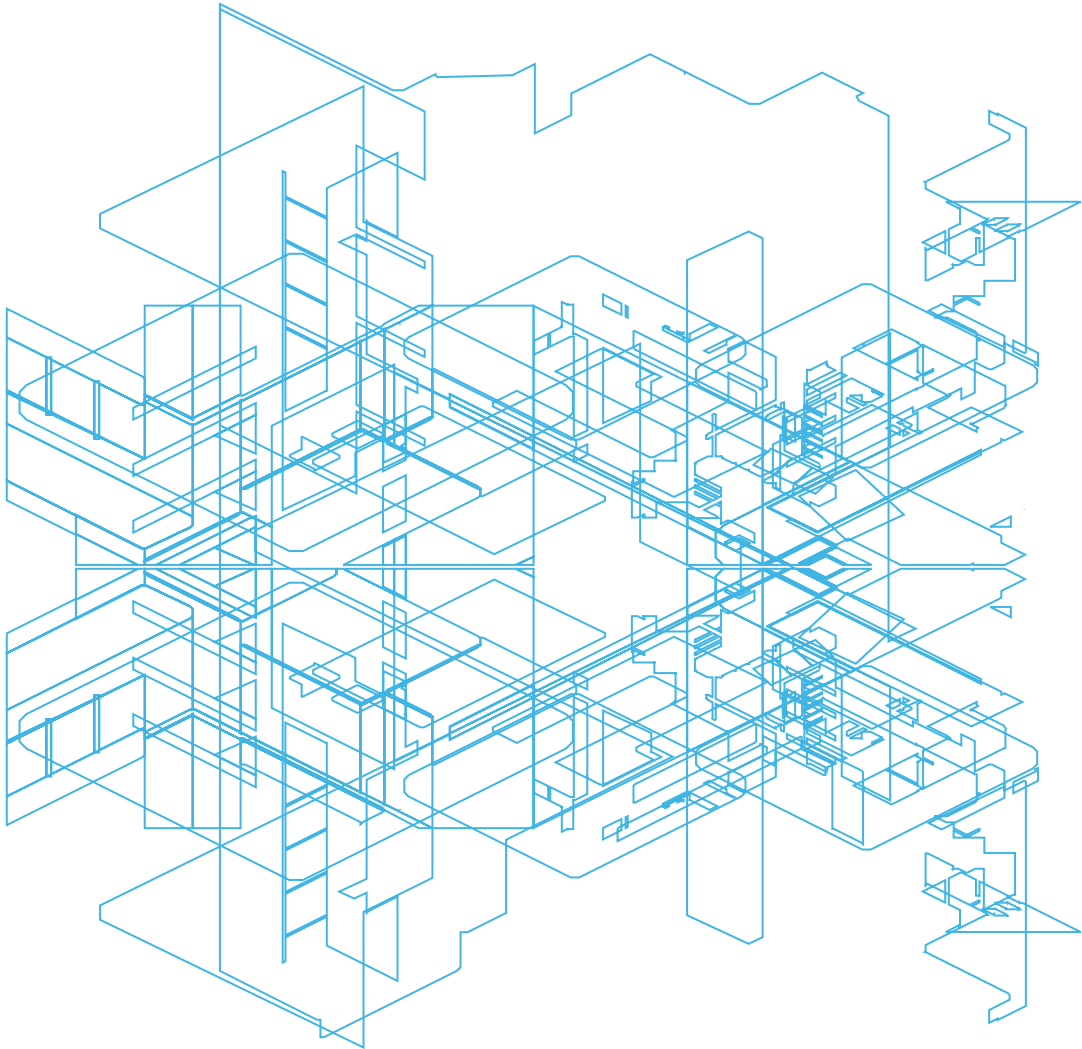
Este libro es publicado bajo una licencia de “*Reconocimiento No Comercial Sin Obras Derivadas*” de Creative Commons. Puede ser reproducido total o parcialmente sin costo alguno y sin permiso del autor para fines no comerciales, en el entendimiento de que el autor y la Fundación Transform Drug Policy reciban crédito por su autoría, y de que se brinde un vínculo al sitio web de Transform: **www.tdpf.org.uk**.

Consultar en: **www.creativecommons.org/about/licenses/**

Los puntos de vista expresados en este informe corresponden al autor y a la Fundación Transform Drug Policy, no necesariamente a la Fundación Benéfica J. Paul Getty Jr., al Fondo Glass House, a Ricardo B. Salinas ni a otros auspiciadores de Transform.

La Fundación Transform Drug Policy es una asociación benéfica registrada bajo el número # 1100518, y una sociedad anónima registrada con número # 4862177

Diseño y producción a cargo de Tim Barnes, chicken ☞ www.herechickychicky.com



Después de la Guerra contra las Drogas:

Una Propuesta para la Regulación

A todas las víctimas de la guerra contra las drogas

Contenido

	Reconocimientos	ix
	Prólogo	xi
	César Gaviria, Ex-Presidente de Colombia	
1	Introducción	
	1.1 Una ética de la eficacia	3
	1.2 Nadie quiere la anarquía	5
	1.3 ¿Ser radicales?	7
	1.4 Nuestras propuestas	8
	1.5 Conociendo los límites	11
	1.6 Un punto de partida, no una conclusión	12
2	Cinco modelos para regular la oferta de las drogas	
	2.1 Regulación, prohibición y mercados libres	17
	2.2 Definiendo los cinco modelos básicos para la regulación	22
	2.3 Prescripción	23
	2.4 Modelo de farmacias	26
	2.5 Ventas autorizadas	28
	2.6 Establecimientos autorizados	29
	2.7 Ventas no autorizadas	31
3	Los pormenores prácticos de la regulación	
	3.1 Controles sobre la producción	37
	3.2 Controles sobre la disponibilidad	44
	3.3 Controles sobre el producto	48
	3.4 Controles sobre el proveedor y el punto de venta	58
	3.5 Controles sobre el comprador y el consumidor final	63
4	Haciendo realidad un sistema regulado	
	4.1 Una introducción cautelosa y gradual	81
	4.2 Evaluando y clasificando los daños causados por las drogas	85
	4.3 Legislando a nivel global, nacional y local	98
	4.4 Investigación efectiva para políticas efectivas	100
	4.5 Impactos sociales, políticos y económicos más amplios	102
5	Mercados de drogas regulados en la práctica	
	5.1 Alcohol	119
	5.2 Tabaco	125
	5.3 Cannabis	131
	5.4 Estimulantes	139
	5.5 Alucinógenos	174
	5.6 Depresivos	186
6	Apéndices	
	Apéndice 1: Reformando el sistema de la ONU para el control de drogas	195
	Apéndice 2: Marcos de producción legal actual de opio, coca, cannabis y productos farmacéuticos	229

Reconocimientos

Este libro fue escrito por: Stephen Rolles

Colaboraron como editores: Emily Crick, Mark Haden, Mike Jay, Danny Kushlick, Al Robertson

Traducido al español por Enrique Bossio

Revisor de traducción al español: Aram Barra

Gracias a: Aram Barra, Damon Barrett, David Bewley-Taylor, Tom Blickman, Rielle Capler, Niamh Eastwood, Dale Gieringer, Ben Goldacre, Roger Goodman, Martin Jelsma, Rick Lines, Gillian Maxwell, Donald MacPherson, John Moore, Ethan Nadelmann, Lucy Platt, Frederick Polak, Lindsay Richardson, Armando Santacruz, Sebastian Saville, Jorge Hernández Tinajero, Derek Williams, Alex Wodak y Martin Woodbridge

Asimismo a: George Murkin, Martin Powell, Caroline Pringle, Lisa Sánchez, Charlotte Sexauer y Jane Slater de Transform, y también a los miembros de la Junta Directiva, voluntarios y colaboradores de Transform

Agradecimientos especiales a: Ricardo B. Salinas, la Fundación Benéfica J. Paul Getty Jr., y al Fondo Glass House por apoyar la producción de esta publicación

Gracias a los auspiciadores, actuales y anteriores, de Transform, incluyendo a la Fundación Esmée Fairbairn, Fundación Allen Lane, Fondo Linnet, Ken Aylmer, Henry Hoare y donantes individuales

Prólogo

Nos encontramos al borde de un significativo cambio en cuanto a políticas internacionales sobre drogas, un cambio que transformará todo el planeta. Tras décadas de esperar su turno por salir a escena, las alternativas a la prohibición se encuentran ahora firmemente colocadas en la mesa de negociaciones para ser discutidas. La respuesta abrumadoramente positiva de los medios de comunicación al informe de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas (a la cual me enorgullezco de pertenecer), ha mostrado que existe una enorme sed de cambio.

Esta traducción al español de “Después de la Guerra contra las Drogas – Una Propuesta para la Regulación” es tan relevante ahora debido a los abrumadoramente catastróficos impactos de la guerra contra las drogas en América Latina, pero también porque ahora existe aquí gran entusiasmo por una reforma progresista. Durante el último año,

los presidentes tanto de Colombia como de México han formulado llamados por una discusión basada en evidencias sobre estrategias alternativas, incluyendo la regulación legal.

Cuando ocurra el cambio hacia la regulación legal, éste resultará en importantes beneficios para los países que se encuentran involucrados de manera significativa en la producción, tránsito y consumo de drogas actualmente ilegales. Las repercusiones positivas, sin embargo, se expandirán mucho más allá de estos países y, en última instancia, nos beneficiarán a todos – incrementando la seguridad, promoviendo el desarrollo, reafirmando la democracia y ratificando los derechos humanos. Todos estos valores los llevo muy dentro de mí, desde la época en que fui Secretario General de la Organización de Estados Americanos, cuyos cuatro pilares coinciden con estos principios de política.

Éste no será, sin embargo, un recorrido sin tropiezos. Los EE.UU. han llevado a otros Estados miembros de la ONU a objetar la solicitud de Bolivia de enmendar la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU para permitir que poblaciones indígenas mastiquen hoja de coca, afirmando que ello amenazaría la “integridad” de la Convención Única de 1961. “Integridad” implica que el sistema global para el control de drogas es “intacto, sólido, esencial y completo”. Cada informe sobre drogas de los últimos diez años muestra que ello está muy lejos de ser cierto. Ninguno de estos informes ha llegado al punto de afirmar que el régimen actual está libre de problemas y, de hecho, la mayoría de estos reportes, incluyendo aquellos elaborados por la propia Oficina de las Naciones Unidas sobre las Drogas y el Delito, cuestionan tanto los principios subyacentes como los resultados de este régimen.

Sería más apropiado describir el sistema actual como “corrupto” en el sentido original del término, que significa podrido y dañado. Desde su concepción, el sistema para el control de drogas de la ONU ha estado

escindido en dos. En 1961, la Convención Única sobre Estupefacientes formuló un estricto sistema de regulación sobre la producción, suministro y consumo de drogas para uso médico, mientras al mismo tiempo construía una prohibición global absoluta para la producción, suministro y consumo de drogas no médicas.

Estos regímenes de control produjeron dos tipos de mercados muy diferentes – uno regulado por los gobiernos y sujeto a acuerdos comerciales internacionales; y el otro manejado por organizaciones criminales, insurgentes, paramilitares y funcionarios corruptos, ubicado completamente fuera del control de los gobiernos y las agencias supranacionales. Es éste último mercado el que está afligiendo a países tan distantes como Afganistán – donde el Estado de Derecho ha sido significativamente socavado debido a su participación en la producción de opio; Colombia – cuya gobernabilidad está comprometida por la influencia catalizadora de la cocaína en apoyo de las actividades de subversivos, paramilitares y parapolíticos; Guinea Bissau – donde el frágil Estado colapsó para convertirse en un narco-Estado al volverse parte de la nueva ruta para el tránsito de cocaína; y México – donde la violencia de la lucha interna por el control de territorios ha producido decenas de miles de los asesinatos más espantosamente violentos perpetrados en los últimos años.

Y sin embargo, al mismo tiempo, se produce cocaína legal para el mercado médico sin socavar la seguridad regional o global, y se cultiva amapola en todo el planeta tanto para controlar el dolor como para tratar adicciones sin socavar el desarrollo en Estados frágiles ni contribuir a la delincuencia y la criminalidad. La única conclusión que podemos extraer de estos ejemplos contradictorios es que lo que determina la eficacia de los resultados es el régimen de control. El viento que hace balancear los cultivos de amapolas opiáceas en la India, Tasmania y el Reino Unido, les lleva por una ruta diametralmente distinta a la trazada para los cultivos de la misma planta en el sur de Afganistán.

Tal como la presente “Propuesta para la Regulación” demuestra en detalle, la regulación de las drogas no es en absoluto un paso hacia lo desconocido. El mercado paralelo de drogas, legalmente regulado, tiene una larga historia y una sólida base de evidencias que muestra tanto sus fortalezas como sus debilidades. Una lección que debemos recoger de nuestra experiencia es que los gobiernos deben intervenir con más vigor en los mercados de alcohol y tabaco. Es improbable que compañías multinacionales cuya máxima prioridad es la ganancia, tengan mucho respeto por la salud de sus clientes. Ninguna persona seriamente interesada en las necesidades de las personas desfavorecidas y vulnerables toleraría la venta libre de heroína por parte de vendedores sin licencia (tal como ocurre actualmente con el tabaco).

“Después de la Guerra contra las Drogas – Una Propuesta para la Regulación” describe tres opciones básicas para regulación por parte del gobierno – prescripción, venta a través de farmacias y venta con licencia. Dado que la ONU calcula que existen cerca de 250 millones de consumidores de drogas ilegales, resulta extremadamente perverso dejar el comercio que les proporciona estas sustancias en manos de criminales organizados y traficantes exentos de regulación.

El mundo requiere y merece un régimen de control que no sea corrupto, que tenga una genuina integridad – que sea sensato, completo y cabal – que sea democrático, y que ofrezca seguridad, desarrollo y salud en un marco de derechos humanos. Soy realista. Creo que podría tomar otros diez años convertir esta “Propuesta” en realidad. Resulta trágico que en la próxima década muchos miles de personas más deban morir consumiendo drogas sucias o tratando de dejarlas, o disputando el botín del tráfico ilegal. Al mismo tiempo, colectivamente desperdiciaremos otro billón de dólares en la guerra global contra las drogas.

Sin embargo, ya se están dando pasos positivos en la dirección correcta, y el apoyo del público hacia la reforma crece inexorablemente. La descriminalización de los consumidores de drogas está conquistando terreno en varios países de América Latina, y es casi seguro que dentro de pocos años empiecen experimentos con la regulación legal de cannabis en varios lugares.

A quienes lean este libro, les encomiendo que lo hagan llegar a los políticos que tienen la autoridad para implementar sus conclusiones. Este libro resultará ser un recurso invaluable para quienes busquen una estrategia para escapar de la guerra contra las drogas, y una base sólida para lograr la paz y la seguridad en América Latina y en otras latitudes.

César Gaviria

Ex-Presidente de Colombia

Junio de 2011



Introducción

1
Introducción

2
Cinco modelos para regular la oferta de
las drogas

3
Los pormenores prácticos de la
regulación

1.1 Una ética de la eficacia

Las políticas sobre drogas a nivel mundial se arraigan en un loable afán por atender los muy concretos efectos nocivos que pueden crear las drogas psicoactivas no médicas. Tales inquietudes han impulsado una agenda prohibicionista global: una agenda que confiere a quienes la apoyan una autoridad moral clara y directa, mientras que quienes se oponen a ella aparecen como ética y políticamente irresponsables. Tal pensamiento binario, sin embargo, puede resultar problemático. Definir la prohibición más severa como la posición moral impide una consideración matizada de los impactos de la prohibición.

En particular, se vuelve muy difícil apreciar los impactos y logros de la prohibición, y aprender de ellos. Los intentos realizados al respecto hasta el momento han zozobrado, en el sentido de que analizar la prohibición significa cuestionarla, y ello constituye en sí mismo un acto inmoral – un acto que equipara a quien lo realice con las infamias, por todos conocidas, del tráfico ilegal de drogas en el mundo. Irónicamente, apoyar el *status quo* perpetúa dicho tráfico, y los daños que éste genera.

Ello obedece a que un apoyo acrítico hacia la prohibición más severa impide a gestores de políticas y legisladores aprender de la experiencia. De hecho, un siglo de experiencia con la prohibición nos enseña que a menudo ésta puede ser contraproducente, tanto por fracasar en la reducción de los daños que se propone eliminar, como por crear un cúmulo de catastróficas consecuencias imprevistas. Las dimensiones de este fracaso han quedado registradas en detalle por muchos cientos de evaluaciones medidas, independientes y objetivas, emprendidas durante muchas décadas por comités del gobierno, académicos y organizaciones no gubernamentales de todo el mundo.

No es el fin de este informe ocuparse nuevamente de estos diversos hallazgos; ellos son fácilmente accesibles para todos.¹ En lugar de ello, nos proponemos reconsiderar el manejo de las drogas ilícitas a la luz de la experiencia que estos hallazgos representan y encarnan. Valiéndonos de dicha experiencia, trazaremos una propuesta para políticas de manejo de drogas no médicas que minimizará los daños generados por el consumo de tales drogas, tanto a nivel personal como de la sociedad.

En pocas palabras, nuestra meta consiste en definir un conjunto de políticas prácticas y efectivas para el manejo y la reducción de riesgos y daños. Tales políticas representarán un paso claro y auténtico hacia los resultados positivos que la prohibición ha tratado – sin éxito – de alcanzar. Una posición estrictamente prohibicionista las consideraría inmorales, ya que estas políticas proponen la producción y disponibilidad legalmente regulada de muchas drogas proscritas por la ley. La posición de Transform está, de hecho, impulsada por una ética de eficacia y, en tal medida, representa un intento por replantear a nivel mundial el debate sobre el manejo de daños en términos exclusivamente prácticos.

Los ejemplos de regulación inadecuada de drogas actualmente legales no deben distraernos de la búsqueda de modelos más justos y efectivos

1 Consultar la colección de informes clave de Transform en: www.tdpf.org.uk, y en la biblioteca virtual de Drug Policy Alliance: www.drugpolicy.org/library/.

para la regulación de drogas que actualmente son ilegales. Una ética de la eficacia debe aplicarse a todas las drogas. De hecho, los fracasos históricos en la regulación de las industrias del tabaco y alcohol guardan más relación con la abrogación del control ejemplificada por la prohibición, que con prácticas óptimas de regulación.

1.2 Nadie quiere la anarquía

El surgimiento de la prohibición siempre se ha basado en el concepto de drogas como una “*amenaza existencial*”, antes que como un tema de políticas de salud o sociales concebidas de manera más convencional. La retórica prohibicionista enmarca las drogas como una amenaza no sólo para la salud, sino también para nuestros hijos, la seguridad nacional (“*nuestras fronteras*”) o, de manera más amplia, contra la fibra moral de la sociedad misma.

El paradigma de la prohibición está enmarcado como respuesta a tales amenazas, lo cual ha moldeado el discurso prohibicionista como una cruzada moral contra un “*mal*” que amenaza a la humanidad como tal. El preámbulo a la Convención Única sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961, por ejemplo, establece el contexto para el marco legal que ha consagrado en estos términos:

- * *Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad*
- * *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*

Dado este contexto retórico, es fácil ver cómo los partidarios de la prohibición interpretan como inmoral cualquier esfuerzo hacia la regulación legal de la producción y suministro de drogas; como si fuera una forma de capitulación, o el descenso hacia la anarquía. De hecho, las críticas contra políticas de drogas más liberales a menudo son

enmarcadas en estos términos. Quienes formulan estas críticas definen uno o más de los peores desenlaces imaginables, a menudo extrapolados a partir de un razonamiento del tipo “¿qué pasaría si?”, desarrollados sobre una inmediata y absoluta ausencia de legislación para el control de drogas, para seguidamente presentar un argumento basado en que tales escenarios serían la norma.

Es importante advertir que, en este punto, estamos de acuerdo con los prohibicionistas. Una ausencia completa e inmediata de toda infraestructura para el control de drogas, desconociendo el valor de toda la experiencia obtenida con esfuerzo sobre manejo de daños y riesgos, conllevaría graves perjuicios personales y sociales que exceden cualquier potencial beneficio. Poner fin a la prohibición en tales términos sería a la vez imprudente y erróneo. Nadie quiere la anarquía, mucho menos nosotros. Ello se aplica tanto a una anarquía criminal cuanto a una economía de mercado abierto completamente libre de restricciones.

En lugar de concebir que las drogas constituyen una amenaza virulenta y existencial, creemos que éstas generan temas que podrían definirse de manera más adecuada en términos médicos/de salud y sociales

La necesidad de contar con una regulación efectiva de la producción y disponibilidad de drogas no médicas siempre ha sido, y continúa siendo, primordial.

El punto en que diferimos es en nuestro entendimiento en cuanto a la función de la regulación. En lugar de concebir que las drogas constituyen una amenaza virulenta y existencial, creemos que éstas generan temas que podrían definirse de manera más adecuada en términos médicos/

de salud y sociales. Las motivaciones y conductas relacionadas al consumo de drogas son muchas y variadas, al igual que las consecuencias de tal consumo; ellas existen sobre un *continuum* que corre entre el uso beneficioso, el consumo no problemático, hasta llegar al uso problemático y dependiente crónico. Aunque este libro enfatiza la aplicación de la regulación legal donde los daños relacionados a las drogas

resultan más evidentes, también debemos reconocer que la mayor parte del consumo de drogas no es significativamente dañino, constituye una elección informada de personas adultas, y obedece a una motivación racional – principalmente, a la búsqueda del placer. De modo que, en lugar de buscar mecanismos legales para castigar y erradicar un mal moral, nos proponemos ayudar a desarrollar un conjunto claramente definido de leyes que ayuden a organismos legislativos a nivel local, nacional y mundial a manejar de manera efectiva la realidad de los temas de salud y sociales que enfrentamos, para el beneficio claramente definible y medible de todos.

1.3 ¿Ser radicales?

Los partidarios de la prohibición presentan cualquier paso tendiente a una regulación legal de los mercados de drogas como “*radical*” y, por ello, inherentemente provocador y peligroso. Sin embargo, la evidencia histórica demuestra que, de hecho, es la prohibición la que constituye una política radical. La regulación legal de la producción, oferta y consumo de drogas se adecúa mucho mejor a maneras actualmente aceptadas de manejar los riesgos de salud y sociales en casi todas las otras esferas de la vida.

Por el contrario, presentar las drogas como una “*amenaza*” existencial ha generado una respuesta de políticas dentro de las cuales se justifican medidas radicales no sustentadas por evidencias. Las políticas sobre drogas se han desarrollado al interior de un contexto de “*seguridad*”, caracterizado por crecientes atribuciones y recursos para el aparato de las fuerzas del orden y seguridad del Estado. Los resultados de esta estrategia, enmarcada como una “*guerra*” contra las drogas, incluyen la legitimización de la propaganda, y la suspensión de muchos de los principios operativos que definen las intervenciones más convencionales de políticas sociales, de salud o legales. Dado que la guerra contra las drogas se basa en la “*erradicación*” de la “*maligna*” amenaza de las

drogas como una manera de lograr un “*mundo libre de drogas*”, ésta ha establecido en términos efectivos un estado de guerra permanente. Ello ha conllevado un contexto de políticas de alto nivel que ignoran tanto el razonamiento científico crítico, como las normas de políticas de salud y sociales. Combatir la amenaza se convierte en un fin en sí mismo y, como tal, crea una retórica que en gran medida se cita y se justifica a sí misma, lo cual dificulta – si acaso no impide del todo – una evaluación, análisis y debate significativos de dicho enfoque.

La prohibición se ha arraigado e institucionalizado a tal punto que muchas personas en el campo de las drogas, incluso aquellos ubicados en el extremo más crítico y progresista del espectro, la consideran como algo inmutable, una realidad asumida del paisaje legal y de políticas, dentro o alrededor de la cual se debe trabajar, antes que una elección de políticas. Es en este contexto que buscamos destacar cómo los elementos básicos de las políticas normativas de salud y sociales pueden aplicarse para desarrollar respuestas efectivas a las drogas. Para decirlo claramente: es la prohibición, no la regulación legal, la que constituye una política radical.

1.4 **Nuestras propuestas**

La “*legalización*” es únicamente un proceso de reforma legal, siendo la regulación su resultado final y principal criterio de valoración. De modo que, cuando se pregunta a quienes proponen tales medidas, “¿*cómo funcionaría la legalización?*” o “¿*cómo luciría ésta?*”, puede resultarles difícil proporcionar respuestas concretas. En ausencia de respuestas más plenamente definidas a estas preguntas, se llena el vacío con mitos y malentendidos. Sin un claro sentido de cómo luciría un mundo post-legalización, y de cómo funcionaría la regulación del mercado, es difícil impulsar el discurso. Este libro se propone proporcionar tales fundamentos. Por ello, estamos planteando un conjunto de propuestas sobre cómo operaría la regulación de estas sustancias cuando la guerra contra

las drogas llegue a su fin. Al realizar este trabajo, hemos tratado de crear una serie de sugerencias muy específicas y prácticas para manejar una variedad de drogas de maneras que resulten adecuadas para los efectos individuales que éstas producen y los daños que pueden causar. En particular, hemos considerado cómo tales drogas pueden producirse y suministrarse, con el fin de recuperar el control del mercado de drogas, tomándolo de manos de quienes tienen menos probabilidad de manejarlo de una manera constructiva. Hemos basado nuestras reflexiones en modelos actualmente existentes de producción, provisión y manejo de sustancias controladas.

Empezamos esta tarea definiendo cinco modelos para la regulación de la oferta de drogas. Proponemos que las drogas pueden estar disponibles bajo receta médica, mediante su venta en farmacias, a través de puntos de venta o establecimientos con licencia, o incluso (en algunos casos verdaderamente raros) mediante la venta por proveedores no autorizados. Debe advertirse que, dentro de nuestras propuestas, ésta última opción es la excepción, no la regla; y que, inversamente, dentro del esquema de la prohibición, todo proveedor de drogas es por definición no autorizado y, en consecuencia, se encuentra más allá de cualquier forma de control o manejo constructivo de la autoridad civil o del Estado.

A continuación, damos una mirada a los pormenores prácticos de la regulación. Consideramos qué tipo de controles podrían implementarse sobre la producción y el producto para asegurar, por ejemplo, la salvaguarda y consistencia de la potencia y pureza del producto, y garantizar la libre disponibilidad de información adecuada sobre éste para los consumidores. Definimos un rango de controles sobre el proveedor y el punto de venta, y establecemos un equilibrio entre éstos y algunas sugerencias acerca de controles sobre el comprador y el usuario final. En su conjunto, estos controles apoyarán y estimularán a los consumidores de drogas a usar las sustancias de

manera más moderada y responsable, en espacios más seguros, adecuados y controlados. Estos controles se proponen minimizar los daños personales y sociales actualmente asociados al consumo de drogas. Una vez más, dentro del esquema de prohibición, rara vez es posible la minimización de daños de este tipo, y por lo general tal minimización ni siquiera es vista como deseable.

Admitimos, desde luego, que tales cambios no se producirán de la noche a la mañana; tampoco debe ocurrir así. La regulación legal de la producción, oferta y consumo de drogas representa un realineamiento sustancial de las políticas para el manejo de estas sustancias. Tal como ocurre con cualquier cambio, éste no se produce sin riesgos, y debe implementarse lenta y cuidadosamente, evaluando con detenimiento el impacto de cada cambio gradual antes de introducir el siguiente. Por ello proponemos una introducción cautelosa y gradual. Consideramos maneras para evaluar y clasificar mejor los riesgos y daños producidos por las drogas, como una manera de informar tales decisiones y de manejar de manera apropiada la legislación a nivel mundial, nacional y local. Políticas efectivas requieren de una investigación efectiva, y en este libro exponemos someramente los términos de tal investigación, así como las metas que ésta debería alcanzar. Finalmente, las medidas tendientes a la producción y oferta reguladas de drogas tendrían un rango más amplio de impactos sociales, políticos y económicos. Hemos tratado de comprender estos aspectos, y de considerar maneras para mitigar los impactos negativos, consolidando al mismo tiempo los positivos.

A manera de conclusión nos ocupamos de la manera en que funcionarían en la práctica los mercados regulados de drogas, empezando por el alcohol y el tabaco. A pesar del estatus de aceptación social del cual gozan, estas sustancias son capaces de causar daños comprobados, por lo cual en la mayoría de las sociedades modernas su disponibilidad es cuidadosamente administrada. Contemplamos las maneras más

constructivas de hacerlo, aprendiendo de errores históricos. Luego, consideramos cómo podría operar la oferta regulada de cannabis, estimulantes, alucinógenos y depresivos, basándonos en los métodos y procesos definidos en los capítulos precedentes.

El informe es complementado con dos apéndices. Éstos le proporcionan un contexto más amplio al describir el desarrollo y acción del sistema actual de la ONU para el control de drogas, y trazar los marcos de producción legal actual para opio, coca, cannabis y psicofármacos.

1.5 **Conociendo los límites**

Resulta crucial reconocer que la regulación legal de las drogas no eliminará el consumo problemático o dependiente de estas sustancias. La prohibición no puede producir un mundo libre de drogas, y los modelos regulatorios no pueden producir un mundo libre de daños producidos por estas sustancias. Algunas personas continuarán siendo afectadas negativamente por su consumo de drogas, o como resultado del consumo que otras personas hagan de estas sustancias. Las muy publicitadas tragedias relacionadas a las drogas seguirán ocupando los titulares de los noticieros. La regulación legal no es una bala de plata ni la panacea para el “*problema de las drogas*”, como quiera ésta sea concebida.

La regulación y el control legales de los mercados de drogas sólo pueden proponerse reducir o eliminar los daños generados o exacerbados específicamente por la prohibición y por los mercados ilícitos. También es importante reconocer que la regulación de la producción de drogas es apenas un aspecto del debate más amplio sobre políticas de drogas. Este campo más amplio incluye un rango de espacios entrecruzados de reflexión en políticas, incluyendo la educación en salud pública. También incluye los aspectos de prevención, tratamiento y recuperación, y el papel que cumplen temas más amplios de políticas sociales (incluyendo temas de

pobreza, exclusión social, desigualdad, y derechos humanos), y la manera en que éstos impactan sobre el consumo de drogas y los mercados de estas sustancias.

Aunque estos temas no son cubiertos en detalle alguno, en estas páginas se presenta un sólido argumento en relación a que la prohibición crea obstáculos tanto conceptuales como prácticos para abordar las muy reales inquietudes de salud que existen alrededor del consumo problemático de drogas. Reemplazar el esquema de la prohibición con un sistema regulatorio permitiría (en términos de recursos re-direccionados) y fortalecería (al reestructurar el discurso y remover obstáculos políticos e ideológicos) un enfoque de salud pública y bienestar, el cual produciría beneficios a largo plazo. Ello crearía un contexto que facilitaría la tarea de afrontar las condiciones sociales que subyacen al consumo problemático, y permitiría lidiar mejor con los daños más amplios relacionados a las drogas.

La regulación, tal como es concebida aquí, tampoco eliminaría por completo los mercados ilícitos de drogas y sus problemas asociados; y aquí es importante advertir que cualquier sistema regulatorio es sólo tan bueno como los mecanismos para hacerlo cumplir. Es evidente que la actividad ilícita continúa en cierta medida con casi todas las mercancías, incluyendo las drogas que actualmente son legales (alcohol, tabaco y fármacos vendidos con receta médica). Pero incluso una reducción parcial respecto a los mercados ilícitos y los daños relacionados al esquema de prohibición, representaría una enorme ganancia neta para la sociedad en su conjunto.

1.6 **Un punto de partida, no una conclusión**

Al publicar este libro, no buscamos proporcionar una respuesta exhaustiva a los temas prácticos que rodean la regulación legal de la producción, oferta y consumo de drogas. Hemos tratado de demostrar que la legalización y regulación no significan anarquía. Antes bien, existe ya gran número de modelos para el manejo de drogas, y éstos

pueden aplicarse de manera útil y constructiva para crear un mundo post-prohibición que aprenda de los errores cometidos por políticas anteriores para el manejo de drogas, y que consolide sus logros.

Ello no obstante, estamos muy conscientes de que este libro constituye un punto de partida, no una conclusión. No nos proponemos brindar una respuesta irrefutable a los problemas que implica ir más allá de la prohibición. Más bien, buscamos iniciar un debate y discusión sobre las maneras más prácticas y constructivas de lograr tal cambio. Para facilitar este proceso, estamos lanzando varios espacios de debate en línea para acompañar una serie de eventos, seminarios y diálogos de discusión con actores clave. Los foros electrónicos para compartir mensajes permitirán a los lectores intercambiar sus opiniones, mientras que una versión “*wiki*” del informe permitirá introducir directamente los conocimientos del lector en una futura edición en evolución del libro mismo (para obtener mayor información, visite: www.tdpf.org.uk).

Asimismo, estamos muy conscientes de que este libro ha sido escrito desde un punto de vista específicamente occidental y, en particular, europeo. Estamos especialmente ansiosos de recibir aportes que ayuden a ampliar la perspectiva del libro, e impulsarlo a lograr una conciencia plenamente global de los problemas y soluciones involucrados en avanzar hacia un mundo post-prohibición.

Lecturas adicionales

- * “*Guerra a Las Drogas: Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas*”, Comisión Global de Políticas de Drogas, 2011
- * “*After the War on Drugs: Options for Control*” [Después de la Guerra contra las Drogas: Opciones para el Control], Fundación Transform Drug Policy, 2004
- * “*After the War on Drugs: Tools for the Debate*” [Después de la Guerra contra las Drogas: Herramientas para el Debate],

Fundación Transform Drug Policy, 2006

- * S. Rolles, “*Principles for rational drug policy making*” [Principios para la gestión racional de políticas sobre drogas], (capítulo en “*The Politics of Narcotic Drugs*” [Las Políticas de los Estupefacientes], Routledge, editado por J. Buxton, 2009)
- * K. Grayson, “*Chasing Dragons—Security, Identity and Illicit Drugs in Canada*” [Persiguiendo Dragones – Seguridad, Identidad y Drogas Ilícitas en Canadá], University of Toronto Press, 2008
- * R. MacCoun, P. Reuter, “*Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places*” [Herejías de la Guerra contra las Drogas: Aprendiendo de Otros Vicios, Épocas y Lugares], Cambridge University Press, 2001

Cinco modelos para regular la oferta de las drogas

1
Introducción

2
Cinco modelos para regular la oferta de
las drogas

3
Los pormenores prácticos de la
regulación

2.1 Regulación, prohibición y mercados libres

Existe un espectro de enfoques diferentes 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. Entre estos dos polos descansan las diversas opciones para la regulación legal.

Prohibición/Criminalización

Consiste en prohibir/criminalizar la producción, oferta, posesión y uso no médico de drogas, con sanciones punitivas. Pueden variar tanto la intensidad de aplicación de la prohibición/criminalización, como la severidad de las penalidades. La descriminalización de la posesión y consumo personal puede operar dentro de un marco prohibicionista.²

EJEMPLO: heroína, cocaína, cannabis, éxtasis, etc.

CONTROLADOR DEL MERCADO: empresarios criminales; policías y autoridades corruptos.

Mercados regulados

Se despliega una serie de controles regulatorios, los cuales cubren la producción y el comercio de drogas, el producto, los encargados de resguardar el suministro, y los consumidores. Algunas drogas, preparaciones y actividades siguen estando prohibidas.

EJEMPLO: drogas para venta con receta médica, drogas de venta libre, alcohol, tabaco.

CONTROLADOR DEL MERCADO: regulación moderada a intensa, a cargo de agencias del gobierno.

Legalización de mercado abierto, o “*modelo de supermercado*”

Las drogas son legales y están disponibles para su venta esencialmente irrestricta en el “*mercado abierto*”, como otros bienes de consumo.

EJEMPLO: bebidas con cafeína.

CONTROLADOR DEL MERCADO: corporaciones/empresas privadas, con mínima regulación por parte de agencias del gobierno, códigos voluntarios para los minoristas.

2.1.1 Prohibición/Criminalización

La prohibición de las drogas es un sistema legal bajo el cual la producción, oferta y consumo (o posesión) de una lista de drogas especificadas, se encuentran proscritos por la ley y sujetos a sanciones punitivas. El

² Ya sea a través de prácticas de control (mediante el recurso de la tolerancia, “hacer la vista gorda”, disminución de la prioridad, no aplicación de la ley, advertencias/avisos, etc.), o cambiando las respuestas hacia la posesión de las sustancias, de sanciones penales a civiles o administrativas. El acceso a las drogas continúa a través de canales ilícitos.

marco legal general para la prohibición a nivel mundial está definido por las tres Convenciones de la ONU sobre drogas (consultar: *Apéndice 1*, página 195) las cuales enmarcan las leyes domésticas a lo largo del planeta. Aunque estas prohibiciones son de naturaleza absoluta para cualquier uso no médico, los detalles de las penalidades y regímenes de aplicación de la ley no están especificados en los instrumentos, y varían ampliamente entre los Estados firmantes de las Convenciones. Los únicos modelos de producción y oferta legales de drogas cubiertos por las Convenciones son aquellos permitidos con fines médicos y científicos, como los opiáceos para mantenimiento con prescripción médica para consumidores dependientes.³ También operan algunas excepciones en una zona gris legal para usos tradicionales y religiosos (consultar: *5.5 Alucinógenos*, página 174). En consecuencia, tales modelos están limitados a una proporción diminuta de la población total de usuarios.

Dentro del marco general de la prohibición global, los Estados individuales tienen considerable flexibilidad para determinar regímenes de aplicación de la ley y respuestas punitivas para actividades prohibidas. De hecho, las respuestas ante infracciones idénticas varían entre diferentes países, desde una descriminalización de facto, hasta largas sentencias de cárcel o, en casos extremos, la pena de muerte. En años recientes, las tendencias en políticas han divergido entre sí y se han polarizado. Aunque en muchos países las políticas de drogas se han vuelto cada vez más draconianas y punitivas,⁴ a lo largo de gran parte del mundo desarrollado y en los países recientemente industrializados de Sudamérica se ha producido una clara tendencia hacia una reticente tolerancia y descriminalización de la posesión y consumo de drogas.⁵

- 3 Las convenciones también controlan los usos médicos de drogas que figuran en la lista, como los opiáceos para aliviar el dolor.
- 4 “*At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs*” [¿A Qué Costo? VIH y Consecuencias para los Derechos Humanos de la Guerra Mundial contra las Drogas], Programa Internacional para el Desarrollo de la Reducción de Daños, Instituto Open Society, 2009.
- 5 “*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*” [Uso de drogas ilícitas en la Unión Europea: enfoques legislativos], EMCDDA, 2005, y T. Blickman, M. Jelsma, “*Drug Policy Reform in Practice*” [Reforma de las Políticas sobre Drogas en la Práctica], Instituto Transnacional, 2009.

También es importante advertir que, aunque al interior del marco legal internacional está permitida la exploración de enfoques menos punitivos hacia la posesión y consumo personales, no puede explorarse forma alguna de producción y oferta legal de cualquier droga prohibida por las convenciones o por leyes domésticas para uso no médico, *en ningún sentido*. El modelo de prescripción médica es la única cuasi-excepción real a esta rígida regla. Como tal, existe como una isla de producción y oferta reguladas, aunque dentro de parámetros muy estrechos. Más allá de esta isla, no existe en absoluto flexibilidad para pilotear, probar, investigar o explorar cualquier modelo de producción y oferta reguladas. Más aún, tal barrera legal absoluta crea auténticos obstáculos políticos para siquiera discutir o mencionar tales alternativas de políticas. Los defensores del *status quo* a menudo adoptan posiciones morales dogmáticas y arraigadas, caracterizando las alternativas legales regulatorias como inmorales, extremistas, “*en favor de las drogas*”,⁶ radicales, o incluso heréticas. La clara implicación es que debatir tales alternativas es una zona política “*prohibida*”. Hasta hace relativamente poco tiempo, el clima de temor así creado había colocado la posición de reforma de la ley al margen del discurso político dominante.

A cualquier persona pragmática y racional trabajando en el área de salud pública o políticas sociales, explorando y buscando opciones de políticas que produzcan los mejores resultados – un punto óptimo ubicado a lo largo del *continuum* de políticas sobre drogas – le sería difícil encontrar justificación para la existencia de una barrera tan arbitraria para la investigación y el desarrollo de políticas.

Ello es particularmente cierto dado que la vasta mayoría de mercados para bienes y servicios, especialmente aquellos que involucran riesgo o daño potencial (incluyendo muchos cientos de drogas psicoactivas de uso médico y no médico), están tanto disponibles legalmente como regulados por los gobiernos.

6 El director ejecutivo de la ONUDD, Antonio Costa, ha usado frecuentemente este término para describir a quienes postulan la legalización/regulación.

Un amplio rango de mecanismos regulatorios basados en evidencias, y las correspondientes agencias para el cumplimiento de la ley/supervisión, están desplegados para controlar y manejar a productores, proveedores, establecimientos, productos y consumidores. La regulación legal de productos

y actividades potencialmente riesgosos es, ostensiblemente, no sólo la norma, sino una de las funciones primordiales del gobierno. El hecho de que incluso la exploración de cualquier opción regulatoria de este tipo esté prohibida en un campo relativamente estrecho de la conducta humana, no concuerda con el compromiso más amplio de las Naciones Unidas de “*promover el progreso social y mejores estándares de vida en mayor libertad.*”⁷

La regulación legal de productos y actividades potencialmente riesgosos es, ostensiblemente, no sólo la norma, sino una de las funciones primordiales del gobierno

2.1.2 Mercados regulados

Este libro define la “*regulación*” como un conjunto de reglas legales e infraestructura para la aplicación de la ley, diseñadas para controlar o regir ciertos tipos de productos y conductas – estas diversas opciones son exploradas en detalle en este capítulo y los que le siguen. Las actividades que tienen lugar fuera de los parámetros de un marco regulatorio determinado, siguen estando prohibidas y quedan sujetas a sanciones legales.

2.1.3 Legalización de mercado abierto

Erróneamente, se asocia a menudo el modelo de mercado abierto con la palabra “*legalización*”, incluso de manera deliberada, como el “*escenario de pesadilla*” promovido por opositores de la reforma. Sin embargo, en realidad este escenario sólo es propugnado por un número muy reducido de pensadores libertarios recalcitrantes. Con la posible excepción

7 Declaración Universal de los Derechos Humanos, preámbulo.

de ciertos productos de riesgo muy bajo, como el café o el mate de coca, tales modelos no son apropiados para las drogas por cuanto suponen una renuncia a la mayoría de las formas de intervención responsable del Estado en cuanto a regulación y control del mercado. Al hacer ello, estos modelos entregan el control de los mercados de drogas a especuladores en busca de ganancias, al igual que lo hace el esquema de prohibición.

Podría afirmarse que tal enfoque⁸ constituye, al menos desde una perspectiva de salud pública, un escenario potencialmente peor aún que el control criminal no regulado de los mercados de drogas. Los actores comerciales legales – cuyo interés primordial es la maximización de la ganancia – tendrían libertad para promover agresivamente el consumo a través del mercadeo y la publicidad.

El potencial de que tal enfoque genere inaceptables costos de salud pública ha quedado cumplidamente demostrado con el ejemplo de los mercados libres para el tabaco en la mayor parte del mundo desarrollado durante los primeros 60 años del siglo XX y, en mayor medida, en muchos de los países en vías de desarrollo de la actualidad (consultar: [5.1 Alcohol](#), página 119, y [5.2 Tabaco](#), página 125).

2.2 Definiendo los cinco modelos básicos para la regulación

Existen cinco modelos básicos para regular la oferta de drogas. Éstos son descritos a continuación, empezando por el más restrictivo y avanzando hasta el más abierto. Variantes de estos modelos ya existen y funcionan en muchas partes del mundo en apoyo de la distribución plenamente legal de una serie de drogas psicoactivas de uso médico, cuasi-médico y no médico.

Desde luego, la naturaleza específica de los marcos regulatorios e

8 Nadelmann lo describe como el “*modelo de supermercado*” en una crítica más detallada; consultar: E. Nadelmann “*Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*” [Pensando Seriamente sobre Alternativas a la Prohibición de Drogas], Daedalus, 1992, 121: páginas 87–132.

infraestructura para aplicación de la ley varía de país en país. También hay, en cierta medida, líneas divisorias borrosas entre estos modelos. Ello conlleva cierto grado de generalización, pero también ayuda a enfatizar que tales modelos inevitablemente operarán de manera diferente en lugares distintos.

También hemos formulado algunas sugerencias básicas sobre cómo adaptar estos modelos básicos para atender los desafíos de la oferta de drogas no médicas en el futuro.

2.3 Prescripción médica

- * 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. Estas agencias también ayudan a determinar qué drogas están disponibles, en qué forma, dónde, y bajo qué criterios.
- * En tanto es el sistema más estricto y de aplicación más eficiente para controlar la oferta de drogas, el modelo de prescripción es el más caro de administrar. Está limitado a criterios de necesidad médica, lo cual restringe su uso real o potencial al extremo problemático/dependiente crónico del espectro de consumo de drogas.⁹ Más frecuentemente, sirve para apoyar el mantenimiento

⁹ Así como, ocasionalmente, para usos psicoterapéuticos de (por ejemplo) MDMA o ciertos alucinógenos. La prescripción de cannabis es también algo diferente en la práctica.

con prescripción como parte de un régimen de tratamiento o programa para reducción de daños. Como tal, solo comprenderá una reducida fracción de la población total de usuarios de drogas, aunque debe señalarse que este grupo de usuarios está desproporcionadamente asociado a los mayores perjuicios personales y sociales causados por drogas (especialmente bajo el régimen de prohibición¹⁰).

- * Los sustitutos de opiáceos tales como la metadona son los más comúnmente prescritos en tales escenarios. La heroína inyectable con prescripción médica (diamorfina) también tiene una larga historia, y una base de evidencia establecida.¹¹ Menos común, aunque no desconocida del todo, es la prescripción de estimulantes, incluyendo anfetaminas y cocaína.
- * Estos modelos establecidos desde hace mucho tiempo sirven como una isla de regulación para las mismas drogas que son prohibidas en todos los otros escenarios. Ellos brindan una demostración útil, si bien limitada, de cómo la regulación legal de las drogas puede ayudar a las personas a convertirse en usuarios de drogas recetadas, en lugar de consumidores callejero. Además, constituye un ejemplo claro de los beneficios de la descriminalización del consumo de drogas y la regularización de su ruta de suministro.
- * Ello es particularmente importante dado que tales modelos legales sólo han evolucionado al interior de entornos de prohibición generalmente hostiles. Como regla, éstos han recibido financiamiento mínimo y han sido políticamente impopulares. Es difícil saber cómo se desarrollarían tales servicios si fuesen manejados con la

10 Consultar: discusión sobre un desglose de los daños causados por drogas en “*A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*” [Una Comparación del Costo-Beneficio de la Prohibición y Regulación de Drogas], Fundación Transform Drug Policy, 2009, (y en 4.2 *Evaluando y clasificando los daños causados por drogas*, página 85).

11 J. Stimson, N. Metrebian, “Prescribing heroin: what is the evidence?” [Recetando heroína: ¿cuál es la evidencia?], Fundación Joseph Rowntree, 2003, y M. Ashton, J. Witton, “Thematic review—heroin prescribing” [Revisión temática - prescripción de heroína], Drug and Alcohol Findings, 2003, edición 9, página 16.

libertad conferida a otras áreas menos controvertidas de atención a pacientes, como por ejemplo la diabetes o la salud mental.

- * Con frecuencia se han introducido niveles adicionales de regulación al interior del modelo básico de prescripción. Estos niveles incluyen requisitos para que el consumo sea supervisado en un espacio específico, el cumplimiento de criterios de calificación muy particulares, o la obtención de una licencia especial por parte del doctor que extiende la prescripción. La prescripción a menudo está limitada en el tiempo, es administrada en dosis que son progresivamente reducidas, o está condicionada al cumplimiento de metas específicas de rehabilitación por parte del paciente.
- * Ciertas prescripciones tienen lugar en un área gris, donde la necesidad médica ha evolucionado en lo que efectivamente constituye un mantenimiento de dependencia. Ello es bastante más difundido, e incluye la dependencia respecto a diversos analgésicos (por ejemplo: Vicodin, OxyContin) y tranquilizantes (por ejemplo: Valium).
- * El mantenimiento con prescripción para usuarios dependientes sigue creando controversia al interior de los campos de la ética y la práctica médicas. Plantea cuestiones muy difíciles de resolver para los profesionales, en la medida en que expone las zonas grises entre el uso médico, cuasi-médico y no médico. Existen controversias y conflictos continuos entre la clara necesidad de reducir los daños asociados con el consumo ilícito problemático de drogas, y una renuencia a dispensar drogas que están siendo usadas con fines no médicos.
- * Existen claros beneficios en proporcionar un suministro seguro y asequible tanto de drogas como de su parafernalia relacionada. Desde un punto de vista médico, éste resulta particularmente

útil para quienes se inyectan drogas, por estar en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sanguínea. Tales beneficios se ven a veces socavados si los profesionales médicos son acusados de favorecer el consumo de drogas por placer o recreación, al mismo tiempo que “*incumplen con tratar*” – o, incluso, “*avalan*” – la dependencia.

- * En este campo de atención, parece existir la necesidad de una evolución en términos pragmáticos para lidiar con los retos modernos. Puede ponerse en marcha una capacitación especializada, una calificación específica/licencia, o un nuevo nicho para profesionales especialistas en prescripción. Éstos deberían estar apoyados por un código de conducta estrictamente ético, y por lineamientos generales claramente definidos. Potencialmente, serían supervisados por una nueva agencia regulatoria, o un sub-grupo equivalente.
- * Más allá de esta perspectiva ciertamente europea, existe una amplia – aunque mal documentada – historia de sistemas de registro de opio en muchos países orientales y del Medio Oriente. Hasta 1953, y luego nuevamente a inicios de la década de 1970, los consumidores de drogas estaban registrados y manejados en Irán (actualmente se están reintroduciendo cautelosamente programas similares); también existieron sistemas comparables en Pakistán y en la India – donde aún funcionan remanentes de los mismos – así como en Bangladesh, Indonesia, Tailandia y en otros lugares.

2.4 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 generalmente de menor riesgo que se encuentran detrás del mostrador. Tal expendio generalmente ocurre 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. Éstos incluyen restricciones según la edad del comprador, nivel de intoxicación, 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.
- * En ciertos lugares, los farmacéuticos ya están involucrados en el manejo de regímenes de drogas. Por ejemplo, en el Reino Unido, se les pide supervisar el consumo *in situ* de ciertas instancias de mantenimiento con prescripción de metadona – una precaución contra la desviación de la sustancia hacia el mercado ilícito.
- * El modelo de farmacias existente no está directamente involucrado en dispensar o vender drogas para uso no médico. Sin embargo, podría adaptársele y desarrollarlo fácilmente para dichos fines como una manera efectiva de manejar la disponibilidad de drogas actualmente ilícitas. Profesionales autorizados y capacitados podrían servir como guardianes de una variedad de estas sustancias. Se les podría requerir legalmente que restrinjan las ventas de acuerdo al tipo de estrictos criterios anteriormente definidos, y también actuarían como una fuente realista y bien informada de asesoría práctica y apoyo.

- * Un farmacéutico no médico especializado en drogas ocuparía un nicho profesional distinto, el cual requeriría un desarrollo, definición y manejo esmerados. Este nuevo papel estaría sujeto a un código de práctica similar al de farmacéuticos más convencionales, pero con criterios adicionales de control para el acceso a sustancias controladas. También se requeriría a estos farmacéuticos especialistas que ofrezcan asesoría sobre reducción de daños, seguridad en el consumo, y referencia a servicios de tratamiento y apoyo para que los consumidores dejen el hábito, cuando ello sea apropiado. Tal asesoría estaría respaldada por capacitación o experiencia adicionales requeridas en consejería sobre drogas. Ellos podrían operar ya sea al lado de farmacias existentes (sujetas a condiciones adecuadas para autorización) o en puntos de venta autorizados independientes.

2.5 Ventas autorizadas

- * Las prácticas óptimas actuales en ventas autorizadas 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 riesgo menor (consultar: [5.1 Alcohol](#), página 119, y [5.2 Tabaco](#), página 125). 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 óptimas 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.

- * Tal como se indicó anteriormente respecto al modelo de farmacia, se podría requerir a los titulares de las licencias que brinden asesoría sobre reducción de daños, consumo seguro de las sustancias y servicios de tratamiento, cuando ello sea pertinente. También se les requeriría recibir capacitación adicional requerida para ofrecer consejería en drogas, o contar con experiencia previa en este campo.

2.6 **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. Una jerarquía claramente definida de sanciones para infracciones a las normas de la licencia, incluye un esquema escalonado de multas, revocatoria de la licencia, e inclusive sanciones penales. Los titulares de las licencias pueden también resultar responsables parcial o totalmente por el comportamiento de sus clientes – ejemplos de actos sancionables incluyen conducta antisocial, hacer ruido, arrojar basura y conducir vehículos en estado de ebriedad.

- * El sistema de “cafés” para consumo de cannabis en Holanda ofrece otro ejemplo útil de establecimientos autorizados para vender productos más controversiales (consultar: [5.3 Cannabis](#), página 131). A través de estos establecimientos, las autoridades holandesas han avanzado en cierta manera hacia la autorización legal de la venta y consumo de cannabis. Sin embargo, debe advertirse que, incluso aquí, el comercio de cannabis no opera dentro de una regulación legal plena. El suministro a los cafés sigue siendo ilícito, a pesar de que dentro de estos establecimientos la oferta y el consumo a nivel reducido son tolerados. Los propios cafés operan bajo una serie de estrictas – y severamente vigiladas – condiciones.
- * Los espacios supervisados para el expendio y consumo de diamorfina (heroína) bajo receta médica constituyen otra forma de establecimiento autorizado. Están sujetos a una estricta regulación, escrutinio periódico externo y firme aplicación de la ley, aunque sólo ofrecen drogas bajo receta médica.
- * También pueden aprenderse lecciones de los regímenes vigentes de licencias y regulación para administrar otras actividades restringidas (y potencialmente dañinas), incluyendo las apuestas, ciertos tipos de entretenimiento, y el trabajo sexual.¹²
- * Los ejemplos arriba ofrecidos sugieren que un establecimiento que opere bajo licencia seguiría estando relativamente restringido en términos de cómo éste ofrece drogas, y a quién se las ofrece. En tal caso, podría combinar elementos de los modelos existentes de establecimientos con licencia, ventas autorizadas, y farmacias especializadas, para asegurar que un uso moderado de drogas tenga lugar en un entorno más seguro y que brinde más apoyo.

12 R. MacCoun, P. Reuter, “*Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places*” [Herejías de la Guerra contra las Drogas: Aprendiendo de Otros Vicios, Épocas y Lugares], Cambridge University Press, 2001.

2.7 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.

Modelo de Mercado Regulado

Recientemente ha habido mucha discusión en respuesta a los defectos históricos de las políticas sobre tabaco en relación a la salud pública (consultar: [5.2 Tabaco](#), página 125). Ello ha generado propuestas para un nuevo modelo regulatorio que también podría aplicarse a otras drogas. El profesor Ron Borland ha propuesto el Modelo de Mercado Regulado (RMM – siglas en inglés), el cual se desarrolla sobre el supuesto de que el tabaco para fumar no es un producto de consumo ordinario.

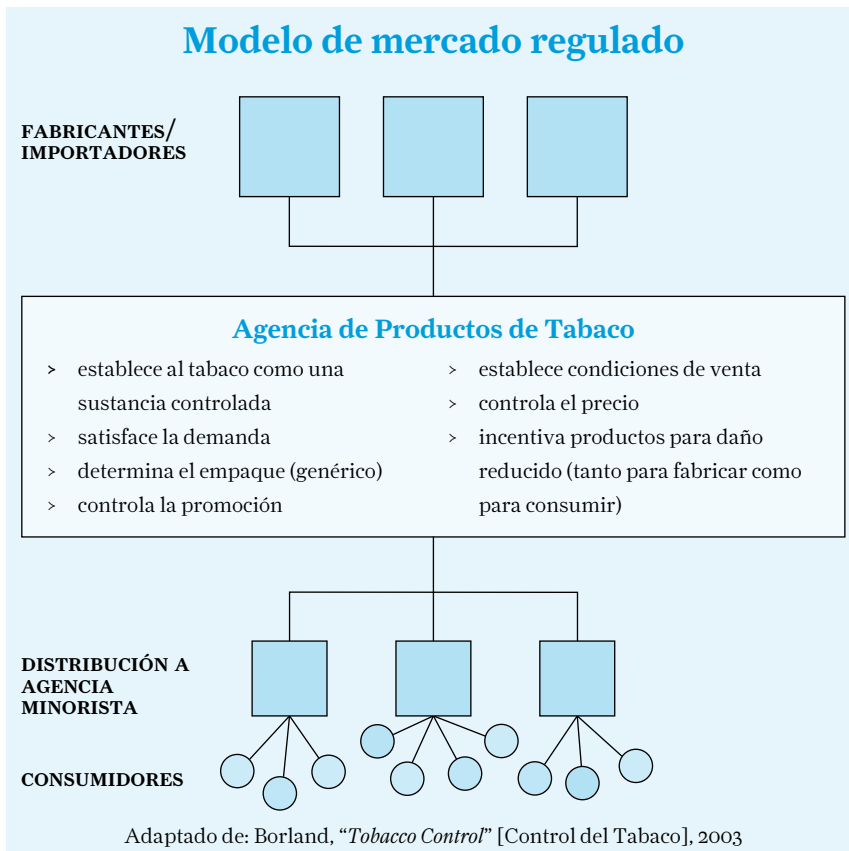
Incluso cuando se consume siguiendo ciertas indicaciones, el tabaco es altamente adictivo y considerablemente dañino para la salud de las personas, de modo que cualquier estrategia de comercialización que busque incrementar el consumo de tabaco y, por ende, su rentabilidad, inevitablemente conllevará inaceptables incrementos en perjuicios a la salud.

En respuesta a ello, el modelo propuesto mantendría el acceso legal a adultos pero eliminaría incentivos relacionados a acciones motivadas por el lucro que busquen incrementar el consumo al crear productos aún más adictivos, aumentar el consumo de productos ya existentes, o estimular que nuevos consumidores empiecen a fumar. Se establecería una agencia regulatoria (Agencia de Productos de Tabaco, o TPA – siglas en

inglés) para que actúe como el puente entre los fabricantes y los minoristas.

La TPA asumiría el control total sobre el producto y toda actividad relacionada al mercadeo, a cargo del tipo, fabricación, empaque y mercadeo de productos de tabaco. En el punto de producción y de suministro, aún tendría lugar la interacción comercial competitiva. Los productores de tabaco competirían para suministrar a la TPA la materia prima, mientras que los minoristas lucrarían al vender productos de tabaco a clientes apropiados.

De este modo, la TPA se podría perseguir metas de salud pública al manejar y, posiblemente, incluso reducir el consumo, en lugar de buscar metas de ganancia al trabajar activamente para maximizar el consumo de tabaco.¹³ (Ver gráfico)



13 R. Borland, "A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model" [Una estrategia para controlar el mercadeo de productos de tabaco: un modelo de mercado regulado], Tobacco Control, 2003, Vol. 12, página 377.



Los pormenores prácticos de la regulación

1
Introducción

2
Cinco modelos para regular la oferta de
las drogas

3
Los pormenores prácticos de la
regulación

3.1 **Controles sobre la producción**

Resulta sorprendente que los problemas de regulación de la producción de drogas requieran mucha menos discusión que los de la regulación de la oferta. Ya existe gran número de empresas bien establecidas, involucradas en la producción de drogas psicoactivas de origen vegetal, o sintéticas. Éstas operan totalmente dentro de marcos legales ya existentes a nivel regional, nacional y global.

En vista de ello, la producción de drogas para uso no médico requerirá principalmente la expansión de los marcos existentes, antes que el desarrollo de nuevos. Demostramos este punto con el siguiente resumen de la producción legal y regulada existente de opio/heroína, coca/cocaína y cannabis. Para ver una discusión más detallada del resumen que aparece a continuación sobre la producción actual legal de drogas, consultar: *Apéndice 2*, página 229.

También debe advertirse que establecer un régimen legal que permita la venta y consumo de drogas para usos no médicos, permitiría que estas compañías legalmente reguladas compitan directamente con los actuales proveedores de drogas no médicas ilegales. La calidad y legalidad relativas de sus productos, muy por encima de cualquier ventaja de precio que pudieran tener, sin duda les permitiría arrebatar a sus competidores ilegales una porción muy significativa del mercado, cuando crezca su presencia dentro de éste último.

En cualquier transición de un sistema ilegal a uno legal y regulado, existen temas económicos y sociales que deben ser abordados. Por ejemplo, la transición plantearía importantes temas de desarrollo en áreas donde anteriormente se producían drogas ilícitas (consultar: *4.5 Impactos sociales, políticos y económicos más amplios*, página 102). Sin embargo, en el largo plazo, privar a un amplio rango de organizaciones criminales internacionales de uno de sus principales torrentes de ganancias sólo puede ser considerado un resultado positivo.

3.1.1 **Producción legal actual: opiáceos, cocaína, cannabis, psicofármacos**

i **Producción legal de opio/opiáceos**

Casi la mitad¹⁴ del opio en el mundo es producido legalmente para ser procesado en diversas medicinas derivadas de opiáceos. Formalmente,

¹⁴ La producción lícita de opio sumaba más de la mitad del volumen mundial de opio, hasta aproximadamente 2005-2006 y las recientes cosechas extraordinarias en Afganistán.

cualquier país puede solicitar autorización a la Comisión sobre Estupefacientes de la ONU para cultivar, producir y comerciar opio lícitamente, bajo los auspicios de la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU de 1961, y con la supervisión y guía de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB – siglas en inglés). Hasta el año 2001, había 18 países en esta categoría, incluyendo a Australia, Turquía, India, China y el Reino Unido.

El sistema para control de licencias internacionales busca permitir y regular la producción y uso legítimos de las sustancias y, al mismo tiempo, prevenir su desviación al mercado ilícito para uso no médico. Los gobiernos nacionales se ocupan de la licencia e inspección del cultivo, producción, fabricación y comercialización de las sustancias controladas, al mismo tiempo que son monitoreados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la cual es la entidad de las Naciones Unidas responsable de garantizar la correspondencia entre producción y requisitos legítimos.

La expansión de la producción de opio y productos derivados dentro de los marcos existentes es claramente tanto factible como no problemática. Incluso con las presiones económicas de la demanda ilícita que existen al presente, la producción y tránsito legales tanto de opio crudo como de productos farmacéuticos opiáceos procesados actualmente tienen lugar a gran escala sin generar problemas significativos de seguridad o desviación de las sustancias.

Es probable que la expansión del uso de opiáceos regulados legalmente tenga lugar en un inicio al interior del modelo médico existente de prescripciones. De hecho, este proceso se encuentra ya en marcha, aunque a nivel gradual. Un tránsito más significativo de la producción ilícita a la lícita (ya sea a través de una expansión más sustancial de los modelos de prescripción, o por alguna otra forma apropiada de ventas autorizadas), ocurriría progresivamente en el curso de algunos años.

Ello permitiría un período de transición manejable durante el cual podría desarrollarse o expandirse la correspondiente infraestructura regulatoria y de aplicación de la ley. Cualquier reto que aparezca podría ser atendido cuando quiera que éste surja. Mientras continúe este proceso gradual, la demanda por el producto ilícito disminuirá proporcionalmente y, con ella, los incentivos económicos para que se produzcan problemas de desviación o producción ilícita de estas sustancias.

Tal como se ha indicado arriba, este cambio constituye para algunos un arma de doble filo. En este caso, plantea temas de desarrollo potencialmente significativos para Afganistán, donde actualmente se produce aproximadamente el 93% del opio ilícito a nivel mundial, producción que representa más de la mitad del PBI de este país.¹⁵ Cualquier cambio que implique un abandono de la producción de opio como fuente clave de ingreso, deberá ser manejado cuidadosamente, en especial en un área tan sensible (consultar: *4.5 Impactos sociales, políticos y económicos más amplios*, página 102).

ii **Producción legal de coca/cocaína**

Tanto la hoja de coca como la cocaína se encuentran sujetas a estrictos controles bajo la Convención Única de Estupefacientes de la ONU de 1961, de manera similar a lo aplicado al opio y los fármacos derivados de éste. Sí se verifica una producción legal de coca y cocaína, pero ésta tiene lugar a una escala mucho menor que la producción permitida de opio.

La producción legal de coca continúa en la región andina para emplearla como saborizante de bebidas (principalmente para la Coca-Cola), exportándose la hoja a los EE.UU. donde ésta es “*des-cocainizada*” por una compañía farmacéutica autorizada por la Agencia Antidrogas de

¹⁵ “En Afganistán, el valor total de la exportación de opio y heroína que se trafican a países vecinos en 2007 es de US \$4 mil millones, lo que supone un incremento del 29% sobre la cifra de 2006. Eso significa que el opio representa ahora más de la mitad (53%) del PBI lícito del país”. “*Afghanistan: Opium Survey 2007*” [Afganistán: Estudio sobre opio 2007], ONUDD, 2007, página iii.

los EE.UU. (DEA). La cocaína extraída es empleada como anestésico alrededor del mundo.

En esta parte del mundo son también comunes diversos productos de coca de baja potencia, incluyendo la propia hoja de coca, mate de coca, y alimentos y medicinas tradicionales preparados a base de coca. Tales productos existen en una zona gris en términos legales, y siguen siendo el centro de continuos debates entre las agencias antidrogas de las Naciones Unidas y los gobiernos de Bolivia y del Perú.

En vista de ello, la producción legal de coca para ser usada en su forma de hoja cruda, en productos ligeramente procesados, o como cocaína farmacéutica, ostensiblemente no presenta problemas significativos *per se*. Al ser evaluados desde el punto de vista de daños potenciales a la salud, los productos de coca de baja potencia (hoja de coca y mate de coca) no requieren más controles que otros productos equivalentes, como el café. El procesamiento de la hoja de coca en cocaína de uso farmacéutico tendría lugar a un nivel industrial, por lo cual cualquier tema de seguridad y regulación del producto operarían dentro de modelos bien establecidos.

Los problemas clave en cualquier sistema de este tipo son los que ya hemos observado en regiones productoras de coca: las tensiones económicas desestabilizadoras y los prejuicios sociales creados por mercados ilícitos paralelos. La regulación de la producción legal de la hoja de coca, siguiendo lineamientos establecidos por el comercio justo – precios garantizados, al lado de una serie de protecciones sociales y ambientales similares (para productores de café, cacao, azúcar, etc.) – ayudarían a aliviar tales problemas. Más aún, de modo similar al opio y cannabis, tales problemas disminuirían



Cocaína de uso médico en un hospital del Reino Unido, julio de 2009

STEPHEN ROLLES

progresivamente con la reducción de la demanda por el suministro ilícito, en tanto el mercado global se reorienta hacia la regulación legal.

Durante este período de transición podrían presentarse temas comerciales y de desarrollo específicos, incluyendo el potencial de que las agencias antidrogas de la ONU otorguen licencias para la producción de coca a un número limitado de países (limitando las licencias, por ejemplo, a las naciones andinas), o para que Estados individuales empiecen a cultivar coca para sus mercados domésticos (consultar: [4.5 Impactos sociales, políticos y económicos más amplios](#), página 102).

iii **Producción legal de cannabis**

La producción de cannabis se ha dado en muchos países distintos, particularmente en los EE.UU. y Canadá, en el transcurso de varias décadas, principalmente para diversos usos y preparaciones de carácter médico. Parte de esta producción ha tenido lugar bajo licencia del Estado o a cargo de éste, y otra parte a través de cuasi-legales o toleradas cooperativas de pacientes.

Ello ha creado un conjunto significativo de experiencias relacionadas a la regulación legal de la producción de cannabis. También demuestra cómo puede darse la producción de manera tal que aborde inquietudes sobre seguridad y temas de control de calidad. Tomadas en conjunto, estas experiencias deben brindar lineamientos claros para el desarrollo de un modelo funcional para la producción comercial no médica en el futuro.

Las legítimas inquietudes respecto a la desviación hacia mercados ilegales podrían ser abordadas a través de autorizaciones apropiadas para productores y proveedores, combinadas con una efectiva aplicación de la ley cuando se identifiquen violaciones a las condiciones de las licencias. Los incentivos económicos para desviar las sustancias

hacia mercados ilegales disminuirían progresivamente en la medida en que la producción legal se expanda y socave los beneficios económicos que actualmente se ofrecen a los proveedores ilegales.

Al igual que con el opio y los productos derivados de la coca, la expansión de la producción legal sería progresiva en el curso de algunos años. Ello permitiría una transición manejable y, en particular, la evolución de una infraestructura regulatoria efectiva en respuesta a cualquier problema o reto que surja.

Hacer disponible un suministro confiable de cannabis al menudeo impactaría también de manera sustancial en el cultivo doméstico para consumo personal. Éste se convertiría en una actividad crecientemente minoritaria, el dominio de un reducido grupo de aficionados o conocedores – algo así como la producción casera de cerveza o vino. Podrían emitirse lineamientos básicos y colocarse límites sobre el volumen de producción permitido para cada persona, pero la experiencia con tales esquemas en Europa sugiere que estos lineamientos resultan difíciles de aplicar, y a menudo son ignorados tanto por la policía como por quienes cultivan cannabis.

Un modelo de autorizaciones podría ser apropiado para clubes o asociaciones pequeños o medianos de cultivadores de cannabis que comparten/suministran/intercambian su producto sin fines de lucro, de modo que se puedan establecer controles sobre la edad de los miembros y la calidad del producto, así como plantear cierto nivel de fiscalización. Desde luego, podría haber escaso o ningún interés en cultivar cannabis de manera doméstica; el cultivo doméstico de tabaco en el Reino Unido – teóricamente sujeto a un gravamen – es virtualmente inexistente.

Los incentivos económicos para desviar las sustancias hacia mercados ilegales disminuirían progresivamente en la medida en que la producción legal se expanda y socave los beneficios económicos que actualmente se ofrece a los proveedores ilegales

Para revisar una discusión más detallada sobre la actual producción legal de droga resumida arriba, consultar: *Apéndice 2*, página 229.

iv **Producción legal de farmacéuticos**

Los modelos existentes para la producción de muchos miles de drogas farmacéuticas ya se encuentran en marcha. Éstos están contruidos alrededor de una regulación muy estricta, particularmente respecto al control de calidad, seguridad y temas de tránsito. Dado que (tal como se subrayó antes en el caso de cocaína y opiáceos), muchas de las drogas farmacéuticas legales son las mismas que aquellas empleadas para consumo no médico, aquí se requeriría escaso o ningún cambio.

Los modelos establecidos serían más que adecuados para apoyar la expansión de la producción con licencia para uso no médico. De hecho aquí, una vez más, los temas de seguridad y desviación de sustancias al mercado ilegal se volverían menos apremiantes al cabo del tiempo.

3.2 **Controles sobre la disponibilidad**

La minimización del daño que una droga determinada crea, tanto para los usuarios cuanto para la sociedad más amplia de la cual los primeros forman parte, funciona como una motivación clave en cualquier régimen para el control de drogas. Por ello, parecería lógico que la mejor manera de minimizar tales daños sea limitando la disponibilidad de las drogas que los causan, reduciendo de este modo su consumo – la meta clave de la prohibición de drogas (y de su implementación) por el lado de la oferta.

Ello no obstante, resulta difícil medir de manera precisa la disponibilidad de drogas ilícitas, de modo que no se puede juzgar fácilmente el éxito o fracaso relativos de tales regímenes. Más aún, limitar la disponibilidad legal de una droga determinada puede – en contraposición a lo

que indica la intuición – incrementar antes que reducir los daños que crea, al colocar su distribución y venta en manos de especuladores criminales y de una cultura que no tiene interés alguno en promover el bien social mayor.

A menudo se cita la reducción en la disponibilidad como una meta primordial de las políticas¹⁶ pero, sorprendentemente, el concepto de disponibilidad ha sido muy mal explorado y expresado. Casi no se ha recogido información de manera sistemática sobre disponibilidad de drogas en país alguno, más allá de inferencias a partir de información sobre precio y pureza de las sustancias, ocasionalmente a través de encuestas a consumidores, o más comúnmente vía mediciones por indicadores sustitutos sin mayor significación, como los niveles de incautaciones de drogas. Incluso si se pudiera reunir tal información, el carácter principalmente encubierto e informal del tráfico ilícito de drogas haría muy difícil lograr una visión general confiable sobre la disponibilidad de estas sustancias. A partir de la información limitada con la cual sí contamos, podemos hacer la clara inferencia de que la disponibilidad de drogas ilícitas se ha mantenido, con creces, a la par con la demanda. De hecho, generalmente se reconoce que la disponibilidad se ha venido incrementando pese a los cada vez mayores recursos dirigidos a acciones de aplicación de la ley por el lado de la oferta.

A diferencia de lo que ocurre con la droga a la cual se accede ilícitamente, la disponibilidad legal del producto en sus diversas formas puede ser medida y controlada de manera muy precisa. Ello se puede normar mediante la naturaleza e intensidad de los controles regulatorios desplegados, así como de la rigurosidad en la aplicación de dichos controles y los recursos dirigidos a tal actividad. De esta manera, las medidas pueden ser adaptadas a prioridades diferentes o cambiantes de políticas, o a alteraciones que se producen en el ánimo del público. A nivel práctico, las políticas pueden evolucionar según las necesidades

¹⁶ Consultar ejemplo (del Reino Unido) en “*After the War on Drugs: Options for Control*” [Después de la Guerra contra las Drogas: Opciones para el Control], Fundación Transform Drug Policy, 2005, página 24.

de distintos ambientes, y responder de manera ágil a circunstancias cambiantes y desafíos emergentes.

Algunos lectores pueden mostrarse reacios ante la naturaleza restrictiva e intrusiva de ciertas regulaciones planteadas a continuación. El propósito de este libro es mostrar la disponibilidad de un rango de opciones para controlar la producción, suministro y consumo de drogas en un régimen legalmente regulado. Es la voluntad más o menos democrática de las personas afectadas la que determinará la modulación de las restricciones a aplicarse en cualquier escenario dado. Sin embargo, ha de asumirse que en la fase inicial de la regulación legal se aplicarían regímenes más restrictivos, con miras a aligerar el tono regulatorio más adelante, guiados por la evidencia de su eficacia, y en la medida en que evolucionen normas y controles sociales más positivos (consultar: [4.1 Una introducción cautelosa y gradual](#), página 81).

Uno de los muchos perjuicios causados por una prohibición generalizada es la reducción en el rango de opciones disponibles a los consumidores. La consecuencia de un mercado ilícito regido casi exclusivamente por la necesidad de maximizar la ganancia, es que éste queda dominado cada vez más por los productos y preparaciones de drogas más concentradas, potentes y riesgosas que ofrecen las mayores ganancias – heroína inyectable, crack y metanfetamina, por ejemplo. Cuando el control que ejercen los especuladores criminales sea reemplazado por un régimen legal controlado por autoridades de salud pública del Estado, es de esperar una difusión más amplia de versiones mucho menos potentes de estas drogas. Existe amplia evidencia, especialmente en el terreno del alcohol, que demuestra que la mayoría de los consumidores tienden racionalmente a elegir versiones más leves de la sustancia. Los enfoques reguladores que han comenzado a surgir ofrecen flexibilidad y opciones para un control que tome en cuenta el rango más amplio disponible de drogas.

Por ello, un punto clave a enfatizar consiste en que el manejo público de la disponibilidad de las drogas garantice que los modelos regulatorios y controles adicionales puedan desplegarse de manera diferenciada, a distintos niveles de intensidad, dependiendo de los riesgos de un determinado producto o actividad. No se trata únicamente de que los mayores riesgos asociados con una droga y/o población de usuarios determinados (o potenciales usuarios) justifiquen una mayor regulación por razones de reducción práctica de riesgos, sino de que la aplicación diferencial de controles regulatorios pueda crear una gradiente de disponibilidad que corresponda al riesgo de diferentes drogas/preparaciones, conductas y espacios en los cuales las sustancias sean consumidas.

Esta gradiente de disponibilidad/riesgo puede apoyar metas más amplias de salud pública y reducción de daños, al desalentar progresivamente los productos, preparaciones y conductas de más alto riesgo, y al propinar “leves empujones” hacia patrones de consumo de productos, preparaciones y conductas menos riesgosas y, en el largo plazo, promover normas sociales relacionadas a un consumo más responsable y menos dañino. Como se ha mencionado anteriormente, la cultura de las drogas ilícitas no es neutra en este sentido; en muchas instancias, ella impulsa activamente el consumo en la dirección opuesta, hacia productos, preparaciones, conductas y espacios cada vez más dañinos (consultar, por ejemplo, la discusión sobre productos de coca y cocaína en la sección [5.4 Estimulantes](#), página 139).

La prohibición – junto con los mercados y culturas de la droga ilícita que ésta ha promovido – socava las normas y controles sociales que pueden estimular decisiones más responsables sobre el consumo de drogas, y desalentar las más dañinas o riesgosas. Este proceso es contrario a lo que indica la intuición. Las prohibiciones punitivas se proponen claramente lograr precisamente lo opuesto. Lo que ahora resulta evidente a partir de la experiencia del último medio siglo, o incluso antes, es que la prohibición, cuando se le emplea como una herramienta para

la educación y la mejora de la salud pública, fracasa en esta meta. Este fracaso ocurre porque la prohibición entrega el control de la disponibilidad de las drogas a quienes, motivados únicamente por la maximización de la ganancia, están menos calificados o incentivados para administrarla de manera responsable.

El punto clave a enfatizar es que la regulación de la disponibilidad permite establecer un control que está ausente en el esquema de la prohibición. Una disponibilidad controlada no se traduce automáticamente en un incremento en la disponibilidad. En lugar del enfoque de la prohibición, que postula una medida estándar aplicable a todos los casos, la regulación legal crea oportunidades de matices y flexibilidad, mediante una aplicación diferenciada a lo largo de una gama de vectores de políticas. Dicha flexibilidad ayudará a los gestores de políticas a balancear, en el corto plazo, la necesidad de regular los patrones actuales de consumo impulsados por la prohibición, con políticas de más largo plazo que estimulen nuevos patrones de consumo de menor riesgo.

Con la regulación y manejo legales de drogas actualmente ilícitas, existe la oportunidad no sólo de detener esta tendencia generalizada hacia la maximización del daño creada por la prohibición, sino de empezar a revertirla en el mediano y largo plazo, avanzando de manera decisiva en la dirección opuesta.

3.3 **Controles sobre el producto**

3.3.1 **Controles sobre la posología, preparación**

Tal como se discute en otra sección (consultar: [4.2 Evaluando y clasificando los daños causados por drogas](#), página 85.), los riesgos asociados con una droga dada son determinados de manera significativa por la naturaleza de la preparación de la droga, la dosis consumida y el método empleado para su consumo.

Las drogas que vienen en forma de pastillas o polvo deben estar disponibles en unidades estandarizadas. Tal estandarización garantiza que el usuario entienda claramente qué cantidad ha consumido. También permite que la información asociada con el producto sea relacionada a dichas unidades de manera clara y directa. La dosis de una unidad estandarizada debe estar determinada por el perfil tóxico/de riesgo por dosis de la droga en cuestión.

La disponibilidad de preparaciones particulares de cada droga, así como los niveles de control ejercidos sobre cada preparación, deberán determinarse caso por caso. En términos generales, las preparaciones orales que liberan un efecto más débil o lo hacen más lentamente, deben estar más fácilmente disponibles. Las versiones de la droga que liberan sus efectos con más fuerza o rapidez deben ser más difíciles de obtener. Las preparaciones de mayor riesgo, particularmente si se administran a través de inyecciones, deben ser sólo accesibles en los términos más restrictivos – usualmente mediante prescripción, o para consumo supervisado.

El riesgo de desviación de las sustancias hacia mercados secundarios e ilícitos podría ser mitigado a través del uso de micro-marcadores. Éstos son rastreadores microscópicos que operan como un código de barras químico, y que pueden ser añadidos a las preparaciones de drogas farmacéuticas. Éstas ayudarían a las autoridades encargadas de otorgar licencias a identificar y tomar acciones contra la fuente – quizá el consumidor o proveedor original de la droga mencionada – de cualquier venta secundaria ilícita.

3.3.2 Controles sobre el precio

La regulación legal permite al gobierno influenciar los precios de las drogas, ya sea a través de impuestos añadidos (o subsidios otorgados) a un determinado precio de mercado, o de intervenciones más directas

Los controles de precios son considerablemente flexibles y potencialmente pueden enfocarse en productos, poblaciones de consumidores, tipos de puntos de venta o regiones geográficas asociadas con aspectos preocupantes en particular

para fijar precios. Los impuestos podrían fijarse sobre la base de una tasa fija por unidad, o como un porcentaje de los bienes/servicios sumi-

nistrados (como funciona actualmente el impuesto al valor añadido, por ejemplo). Dependiendo de cómo se establezcan, los controles de precio podrían conllevar una generación de ingresos por impuestos, o demandar un subsidio del Estado a productos de drogas.

La fijación del precio óptimo para las drogas puede resumirse como la creación de un equilibrio entre dos necesidades opuestas. El precio debe ser, al mismo tiempo, lo suficientemente elevado para desanimar un uso inapropiado, y lo suficientemente bajo para asegurar que no resulte lucrativo para los proveedores de drogas rebajarlo más.

Ésta es, desde luego, una presentación muy simple del problema. Hay que ser cauteloso al hacer generalizaciones sobre los impactos que pueda tener el manejo del precio de la droga. Debe advertirse que los ajustes de precio tienen potencialmente impactos muy diferentes sobre distintas sub-poblaciones de consumidores, y sobre mercados diferentes para drogas distintas. Se han observado amplias variaciones en la elasticidad de precio del lado de la demanda – es decir, el grado en que ésta responde a los cambios en el precio – en diferentes grupos de usuarios de drogas, con distintas sustancias, y con diferentes patrones de uso.

Por ejemplo, incrementar el precio no siempre lleva a una reducción en los niveles de consumo (o viceversa). Pese a que tal reducción impulsada por un alza del precio es tanto un principio fundamental de la microeconomía, como un hecho demostrable en relación a ciertas drogas y poblaciones relacionadas de usuarios (a saber, alcohol y

tabaco), los patrones de uso a menudo suben y bajan de manera manifiesta, independientemente del factor precio. En los EE.UU., para tomar un ejemplo, el precio de la cocaína ha caído en un 80% en el curso de los últimos 25 años, pero su consumo se ha reducido.

Los niveles de precio para las drogas de procedencia legal (incluyendo cualquier intervención por parte del gobierno) naturalmente tendrán un impacto sobre las dimensiones de cualquier mercado ilícito paralelo, siendo el factor clave la diferencia relativa de precios. Son los considerables márgenes de ganancia ofrecidos por el mercado ilegal actual – donde la aplicación de la ley por el lado de la demanda, en cierto modo contrariamente a lo que dicta la intuición, actúa como un sistema informal de justificación del precio – los que ejercen una poderosa atracción para organizaciones criminales y delincuentes.

Asumiendo que caigan los precios de mercado para algunas drogas clave (más claramente, para heroína y cocaína), y en la medida en que el consumo se oriente progresivamente hacia la oferta lícita, podemos esperar una disminución asociada en las dimensiones de oportunidades para ganancias ilícitas del lado de la oferta, en el incentivo por unidad para participar en actividades criminales, y una correspondiente caída en el nivel e intensidad de la violencia asociada al mercado ilícito. La capacidad e incentivo para los comerciantes ilícitos de bajar el precio del mercado lícito, disminuirá en la medida en que dicho precio se aproxime al costo de producción del mercado lícito, y que se reduzcan los márgenes de ganancia potencial.

Todo ello apunta a la necesidad de un manejo cauteloso, realista e individualizado de los niveles de precio de las drogas. Si se procede de esta manera, los cambios en el punto de precio de las drogas pueden manejarse de modo que tengan un máximo impacto sobre los niveles de consumo; los niveles de actividad de la oferta ilícita; los niveles de delitos cometidos por consumidores para generar dinero con el cual

adquirir drogas, y los niveles de ingreso generados por impuestos. El establecimiento de un precio óptimo para un producto dado en un entorno determinado, requerirá un cuidadoso equilibrio de diversos impactos, los cuales a menudo entran en conflicto entre sí. Éste es un reto conocido para los gestores de políticas que han manejado controles de precio para alcohol y tabaco; de la experiencia de aquellos en ese terreno pueden aprenderse muchas lecciones útiles.

Entre las consideraciones generales para asignación de precios para drogas, figuran los siguientes:

- * Un factor clave es la carga económica del gasto en drogas respecto al ingreso disponible total del usuario. Si los precios iniciales son los suficientemente bajos y/o si el consumo es moderado/ ocasional, es probable que el gasto total sea bajo, e incluso un cambio dramático en el precio no producirá un impacto significativo sobre la demanda. Inversamente, en casos en que el consumo es frecuente y el gasto total en relación al ingreso disponible es alto, los cambios en el precio pueden tener un significativo impacto sobre los niveles de consumo (a saber, de alcohol y tabaco).

- * Aquellas personas que cuentan con un ingreso disponible más bajo – incluyendo de manera significativa a los jóvenes – generalmente serán más susceptibles ante los controles de precio orientados a moderar los niveles de consumo. Ello no obstante, debe tenerse en cuenta que, aunque tales incrementos pueden tener un impacto positivo sobre los jóvenes (por ejemplo, investigaciones sobre alcohol muestran que los incrementos en el precio están ligados a una reducción en el consumo), el impacto más amplio socio-económico/de clase de políticas de control de precios, puede plantear temas polémicos.

- * Un supuesto general consiste en que la necesidad de mantener el

hábito por parte del consumidor dependiente, vuelve su demanda menos elástica en función del precio que la de otros consumidores. Un precio más elevado podría tener consecuencias imprevistas entre aquellas personas con bajos ingresos disponibles, como la recurrencia al delito para generar dinero (a menudo observada en consumidores de cocaína y heroína ilícita), o un gasto menor en, por ejemplo, una dieta saludable (también observado en consumidores dependientes de alcohol y tabaco).

- * La disponibilidad y los costos de drogas sustitutas, o de actividades recreativas sustitutas, constituyen también un factor para determinar el impacto de los cambios en los precios respecto al consumo de drogas. Incrementar el precio de una droga puede desviar a los consumidores de ésta hacia alternativas más baratas. Los impactos de tal desplazamiento son potencialmente positivos o negativos, dependiendo de cuál es exactamente la droga o actividad de reemplazo. También puede ocurrir un desplazamiento hacia métodos de administración más riesgosos pero a la vez más efectivos en términos de costos, como la inyección. Desde luego, debe advertirse asimismo que la gestión de políticas puede tratar de estimular el desplazamiento positivo (ver más abajo).

La elección del usuario respecto a la oferta lícita o ilícita estará determinada por una compleja interacción de variables, y no únicamente por los precios relativos, lo que hace difícil establecer generalizaciones al respecto. Las decisiones futuras sobre políticas de precios han de basarse en un cuidadoso ensayo con diferentes regímenes de precios y sus impactos sobre indicadores diversos entre poblaciones diferentes – un sistema para la evaluación continua de resultados, construido necesariamente dentro de cualquier infraestructura regulatoria.

Las intervenciones sobre precios constituyen una herramienta de políticas particularmente útil, dado que una vez que se establece la

infraestructura de control, ésta permite respuestas relativamente rápidas ante circunstancias cambiantes y problemas que surgen. Los controles de precios son considerablemente flexibles y potencialmente pueden enfocarse en productos, poblaciones de consumidores, tipos de puntos de venta o regiones geográficas asociadas con aspectos preocupantes en particular. La aplicación diferencial de tales controles de precios también puede contribuir a crear una gradiente que corre entre los elementos incentivos-disuasivos, la cual puede ayudar a promover comportamientos de consumo más responsables, así como el consumo de productos de más bajo riesgo.

Aunque es preciso ser cauto al generalizar acerca de las drogas, la variedad de experiencias con políticas de alcohol y tabaco brindan un útil punto de partida para informar las políticas de precios de drogas de manera más general. Al mismo tiempo que se muestra en qué casos las políticas pueden resultar efectivas, debe reconocerse que los temas políticos continúan enturbiando las intervenciones gubernamentales sobre precios en relación a ambas drogas. El potencial para generar significativos ingresos generados por impuestos puede impactar de manera negativa sobre las prioridades de salud pública del gobierno (las cuales generalmente se orientarían a moderar el consumo y, de esta manera, reducir las ganancias), mientras que la impopularidad pública del aumento de impuestos, el poder de cabildeo de las industrias de producción y oferta, y el empleo de potenciales votantes dentro de las respectivas industrias de producción y suministro, constituyen también importantes consideraciones políticas.

La idea ocasionalmente debatida de que el ingreso generado por los impuestos sobre drogas podría redirigirse hacia servicios relacionados a estas sustancias (prevención, educación y tratamiento/recuperación) tiene cierto atractivo populista, pero no resulta útil más allá de las consideraciones más amplias de costo-beneficio. La provisión de servicios debe estar determinada por la necesidad y la evidencia de

eficiencia, no por los caprichos de la generación de ingresos procedentes de impuestos.

3.3.3 Controles sobre el empaque

i **Protección contra alteración del contenido**

Los tipos de empaque establecidos para los productos, los cuales se emplean para drogas farmacéuticas y algunos productos alimenticios, pueden reducir las posibilidades de alteración de drogas, y permiten al comprador/consumidor saber si el producto ha sido alterado. Ejemplos al respecto incluyen empaques tipo burbuja, ampollitas selladas y otras formas de envases sellados, como las tapas de seguridad selladas al vacío “*pop top*”, empleadas en algunos alimentos envasados.

ii **Empaque a prueba de niños**

Los envases establecidos a prueba de niños (tal como se utilizan para medicinas) deben ser empleados como norma para todas las sustancias psicoactivas permitidas. Donde ello sea apropiado, debe implementarse un requisito adicional para almacenamiento comercial o doméstico en armarios sellados/con llave.

iii **Información en el empaque**

La información en el empaque debe basarse en normas establecidas para drogas farmacéuticas – con información y mensajes adicionales donde ello corresponda. El contenido y prominencia de la información en el empaque deben ser determinados por la autoridad de salud pública correspondiente, y su cumplimiento debe ser impuesto por ley. Tal información debería incluir:

* **Contenido:** expresado claramente en términos tanto técnicos

como de uso popular.

- * **Posología:** contenido total y por unidad (a saber, por píldora) donde ello corresponda.
- * **Efectos primarios y secundarios – positivos y negativos:** correspondientes a diferentes dosis (incluyendo probables efectos diferentes para distintos usuarios; a saber, dependiendo de la masa corporal).
- * **Riesgos generales:** toxicidad aguda y crónica, dependencia y señales de peligro.
- * **Riesgos específicos:** en relación al embarazo y ciertas condiciones de salud (por ejemplo, problemas cardíacos, diabetes, problemas de salud mental).
- * **Riesgos secundarios:** capacidades disminuidas para manejo de vehículos/operación de maquinaria/desempeño laboral.
- * **Reducción de daños:** cómo minimizar el riesgo.
- * **Contraindicaciones:** riesgos implicados en consumo de múltiples drogas: tanto en relación a otros usos no médicos, como de consumo con medicaciones recetadas/no recetadas.
- * **Referencia para encontrar servicios adicionales de información/apoyo:** línea telefónica de ayuda, páginas web, etc.
- * **Exoneración de responsabilidad legal: responsabilidad del productor/vendedor:** *“El consumo es por cuenta y riesgo del usuario”, “No apto para uso médico”, “Consumo autorizado sólo para mayores de 18 años de edad”, “Consumo autorizado únicamente para el comprador identificado”, etc.*
- * **Medidas anti-falsificación** (si se requieren): hologramas, etc., como los timbres fiscales vistos en algunos productos alcohólicos.
- * **Fechas de caducidad del producto.**

Estos lineamientos se aplican a puntos externos de venta o suministro, y requerirán cierto nivel de flexibilidad. Por ejemplo, siguiendo el modelo de algunas drogas de venta con o sin receta, ciertos productos y formatos de empaque podrían requerir un resumen de información clave, o una advertencia prominente única, en un componente del

empaque (por ejemplo, el paquete de pastillas sellado tipo burbuja). Ello sería reforzado con un encarte que proporcione información más detallada sobre el producto. Pueden aplicarse regulaciones diferentes, incluyendo la provisión de información relevante claramente visible en el lugar, dondequiera que las drogas sean suministradas para consumo *in situ*, consumo supervisado, o para ser consumidas por personas autorizadas. Esta información no estará necesariamente disponible en el producto mismo, el cual puede suministrarse sin empaque en ciertos escenarios.

iv **Ausencia de comunicaciones de posicionamiento de marca o mercadeo en el empaque**

De conformidad con los controles más amplios sobre todas las formas de publicidad, mercadeo y promoción comercial, no debe permitirse comunicaciones sobre marcas o de mercadeo en general en el empaque de cualquier droga psicoactiva. Los paquetes resultantes deben seguir el modelo de los actuales empaques para drogas médicas, o los modelos sencillos de empaques propuestos para el tabaco.¹⁷ Las autoridades de salud pública pertinentes deben imponer claros lineamientos para tales controles, y éstos se deben hacer cumplir por las autoridades correspondientes como parte de las condiciones para las licencias comerciales. Estas autoridades deben asimismo definir y manejar cualquier mensaje de salud y seguridad en el empaque o dentro de éste.

v **Identificación del comprador usuario designado**

En ciertos escenarios, como en el caso de un modelo de comprador autorizado (consultar abajo) puede ser apropiado registrar en el empaque el nombre del consumidor. Ello podría manejarse a través de etiquetas impresas, digitales o códigos de barras, o a través de alguna combinación de las tres opciones. Debe enfatizarse que el consumo del producto está únicamente autorizado para el individuo designado, y

17 R. Cunningham, “*Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War*” [Humo y Espejos: La Guerra Canadiense contra el Tabaco], IDRC, 1996, capítulo 12: “*Plain Packaging*” [Empaque Simple].

que éste es directamente responsable por el producto y por su consumo. Podría haber sanciones asociadas al etiquetado del producto, como la pérdida de la licencia de comprador si éste termina en manos de un tercero.

3.4 Controles sobre el proveedor y el punto de venta

La autorización de una persona o empresa a cargo de la venta/provisión de drogas, puede estar vinculada a alguna o todas las condiciones aquí enumeradas. Las personas o compañías autorizadas podrían verse

sujetas a una lista categorizada de penalidades por violaciones a las condiciones de la licencia, incluyendo multas, pérdida del permiso, u otras sanciones civiles o penales pertinentes. Tal como se describió anteriormente en el *capítulo 2, Cinco modelos para regular la oferta de drogas*, los requerimientos de que los vendedores individuales cuenten con capacitación especializada y/o experiencia, y que se les exija legalmente el cumplimiento de un código de conducta, pueden concatenarse a través de todos los modelos de ventas autorizadas.



FACULTAD DE MEDICINA DE STANFORD

Mercadeo inaceptable de drogas: publicidad de cigarrillos en la década de 1950

3.4.1 Controles de publicidad/mercadeo

Están bien establecidos los vínculos entre la publicidad y la promoción de productos alcohólicos y de tabaco, y mayores niveles de consumo para dichos productos. Tal publicidad y promoción comercial podría fácilmente impulsar una expansión similar del consumo de drogas psicoactivas.

Por ello, la posición predeterminada de cualquier régimen de autorizaciones debe ser una prohibición total de cualquier publicidad, promoción o mercadeo de toda droga, con cualquier excepción realizada únicamente por las autoridades pertinentes tras estudiar cautelosamente cada caso

de modo individual. Esta prohibición debe incluir cualquier actividad de mercadeo de alcohol y tabaco. También debe haber una prohibición predeterminada sobre donaciones a campañas políticas, procedentes de cualquier operador comercial en el mercado de las drogas.

La particular naturaleza de los riesgos asociados a las drogas, en relación a la mayoría de otros productos, y la necesidad especial de proteger a grupos vulnerables de la exposición a estos riesgos (consultar la discusión del *Modelo de Mercado Regulado*, página 31), justifica esta severa restricción de las libertades comerciales estándar. Dichos controles deben extenderse a la publicidad en los puntos de venta, y a la apariencia externa y señalización de los mismos.

Estos controles deben ser tan estrictos como sea posible, dentro del contexto de los regímenes legales locales. Por ejemplo, en los EE.UU., puede producirse un argumento contra tal prohibición basado en la libertad de expresión. Sin embargo, aun cuando la Corte Suprema ha extendido un grado de protección de “*libertad de expresión*” a los mensajes comerciales, éstos aún están sujetos a varios controles y limitaciones.

3.4.2 Ubicación/densidad de puntos de venta

La ubicación y densidad de bares y licorerías han demostrado tener un impacto sobre los patrones de consumo y abuso de alcohol.¹⁸ El control sobre la ubicación y densidad de puntos de venta de drogas legales – ya sea en espacios autorizados para la venta, o en locales que combinen la venta y el consumo – podría ayudar a limitar y controlar el consumo en áreas potencialmente problemáticas. Debe advertirse que esta estrategia se orientaría a tratar de prevenir una excesiva disponibilidad, antes que a reducir la disponibilidad a cero (lo cual podría, en todo caso, crear oportunidades para ventas ilícitas). Del mismo modo, podrían colocarse restricciones alrededor de espacios específicos de interés público. Éstos podrían incluir escuelas o espacios donde se reúnen los jóvenes.

¹⁸ “*Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems*” [Investigación Actual sobre Políticas de Alcohol y Otros Sistemas de Drogas (AOD)], Breve Informe Emitido por la Asociación Nacional de Directores Estatales Sobre el Abuso de Alcohol y Drogas (NASADAD), 2006, página 5.

3.4.3 Responsabilidad compartida entre el proveedor y el consumidor

Como una manera de asegurar una conducta responsable por parte del vendedor, los acuerdos de licencia podrían incluir elementos de responsabilidad compartida entre el proveedor y el consumidor. El proveedor tendría una responsabilidad/penalidad parcial por el comportamiento del consumidor. Ello estimularía que los vendedores – y, en particular, los propietarios de espacios para consumo – monitoreen el ambiente en que se utiliza la droga, y restrinjan la venta de ésta dependiendo del comportamiento de los consumidores (consultar también: [3.5.2 Grado de intoxicación del comprador](#), página 66).

Los propietarios de establecimientos deben ser considerados parcialmente responsables por incidentes socialmente destructivos (como accidentes automovilísticos). Esta responsabilidad se extendería por un período especificado después que la droga es consumida. Las sanciones podrían incluir multas o revocatorias de la licencia. Desde luego, el consumidor no sería absuelto de responsabilidad por tales incidentes; se establecería un equilibrio claramente definido, basado en una responsabilidad legal conjunta. Ciertamente es que se trata ésta de un área de regulación potencialmente problemática de establecer y controlar, pero existen precedentes relacionados a la venta de alcohol en Canadá, los EE.UU. y otros países.

3.4.4 Controles sobre volumen de venta/raционamiento

La venta a compradores individuales podría estar restringida a niveles considerados apropiados para consumo personal. Ello tendría el efecto de:

- * Prevenir o minimizar la venta no autorizada u obsequio del producto a terceros
- * Reducir las oportunidades de uso excesivo

Desde luego, surgirían problemas cuando una persona desee adquirir una cantidad mayor. Ello crearía un incentivo para burlar cualquier restricción a través de, por ejemplo, adquisiciones en múltiples puntos de venta, o acaparamiento del producto. Debe reconocerse que cualquier sistema de racionamiento, aunque pueda limitar o contener algunos comportamientos en ciertas circunstancias – por ejemplo, compras al por mayor en gran escala – será imperfecto y – donde existan la intención y la decisión necesarias – podrá ser burlado.

Pueden adoptarse medidas secundarias de regulación si tal evasión se vuelve especialmente problemática. El ejemplo actual más obvio de control/racionamiento de volumen es el sistema existente empleado para administrar drogas de venta con receta médica. Ello incluye sistemas diseñados para el mantenimiento de usuarios dependientes, algunos de los cuales requieren prescripciones repetidas frecuentes o entregas diarias. Estos últimos ejemplos se refieren a métodos extremadamente estrictos de manejo, los cuales son difíciles de justificar en casos distintos a los de drogas/preparaciones de mayor riesgo, o para apoyar tratamientos de mantenimiento con prescripción.

De manera más general, el rastreo de adquisiciones conectado a una base de datos centralizada, en combinación con un sistema de compradores autorizados basado en documentos de identidad (ver más abajo) podría, en cierta medida, prevenir adquisiciones en múltiples puntos de venta y el acaparamiento del producto. Sin embargo, tal sistema sería potencialmente burocrático y de alto costo, y también despertaría inquietudes sobre privacidad; muchas personas lo considerarían una invasión excesiva.

Sin embargo, sistemas comparables ya existen para ciertas sustancias controladas de venta bajo prescripción, como el sistema *Pharmanet* en Columbia Británica, Canadá, bajo el cual todas las prescripciones para ciertas drogas son rastreadas desde un punto

central, y todos los médicos y farmacéuticos tienen acceso a la base de datos de la red.¹⁹

Combinando el control sobre precios con el rastreo de adquisiciones, podría crearse un sistema de incremento progresivo del precio que actúe como un disuasivo financiero gradual para las adquisiciones al por mayor (en lugar de una prohibición absoluta): el precio se eleva a medida que aumenta la cantidad de la droga que se adquiere.

También existen sistemas conocidos de racionamiento sobre la cantidad para venta liberada de impuestos de alcohol y tabaco, aunque éstos se orientan específicamente a prevenir la venta comercial a terceros, antes que el abuso *per se*. En Holanda, como condición para la licencia en los cafés donde se expende cannabis, existe un tope máximo de cinco gramos para compradores individuales.

3.4.5 **Tiempo transcurrido entre el pedido y la entrega de la sustancia**

Una postergación entre el momento en que se hace un pedido y aquel en que se recogen la orden, estimularía una planificación anticipada de cualquier consumo de drogas y, de este modo, mayor responsabilidad y moderación al consumir las sustancias. También ayudaría a reducir el consumo desenfrenado, al prevenir el acceso inmediato a una provisión adicional de drogas una vez que se ha agotado la existente. Así se controla el acceso a los casinos en algunos países; se requiere una membresía para ingresar, pero ésta sólo se activa el día posterior a la solicitud de incorporación.

¹⁹ Para conocer más detalles sobre *Pharmanet* y cómo opera, consultar: www.health.gov.bc.ca/pharme/pharmanet/netindex.

3.5 **Controles sobre el comprador y el consumidor final**

3.5.1 **Controles sobre la edad del comprador**

Restringir o prevenir el acceso a drogas para personas que no son adultas es un elemento clave de cualquier modelo regulatorio existente o futuro. Cualquier derecho relativo al acceso a drogas psicoactivas y a la libertad de elección sobre la decisión de consumir drogas, sólo debe otorgarse a adultos con capacidad de consentimiento.

En parte, ello obedece a preocupaciones más generales respecto a los derechos y responsabilidades de menores de edad versus adultos. Sin embargo, lo más importante es que los riesgos de salud específicos de corto y largo plazo asociados al consumo de drogas son significativamente mayores para los menores de edad; y, desde luego, mientras menos edad tengan éstos, mayores serán los riesgos.

Esta combinación de principios legales y manejo de salud pública legitima una política estricta de control por razones de edad. En términos prácticos, debe señalarse también que las severas restricciones sobre acceso a drogas para los jóvenes – aunque inevitablemente imperfectas – resultan más factibles y fáciles de supervisar que las prohibiciones aplicadas a la población en general. En términos generales, los menores de edad están sujetos a una serie de controles por parte de la sociedad y del Estado diferente al que se aplica a los adultos. Más específicamente, las restricciones para los menores son apoyadas casi universalmente por parte de los adultos.

Cualquier derecho relativo al acceso a drogas psicoactivas y a la libertad de elección sobre la decisión de consumir drogas, sólo debe otorgarse a adultos con capacidad de consentimiento

A ello se suma el hecho de que, aunque los mercados creados por cualquier prohibición siempre atraerán el interés de criminales, el mercado de drogas para consumo de personas no adultas constituye una fracción diminuta del mercado total para adultos. Por ello, los recursos empleados para acciones de cumplimiento de la ley sobre éste podrían emplearse de manera mucho más eficiente y, por tanto, con mayores posibilidades de éxito.

También vale la pena mencionar que, a menudo, un efecto colateral irónico e involuntario de la prohibición puede ser volver el acceso a los mercados ilegales de drogas (que no tienen umbrales de edad) más fácil para los menores de edad que los mercados legalmente regulados para alcohol o tabaco, por ejemplo.

Desde luego, hay un importante debate sobre a qué edad sobreviene la adultez y/o un aceptable umbral de edad/acceso. Diferentes países han adoptado diferentes umbrales para tabaco y alcohol, los cuales generalmente oscilan entre 14 a 21 años para la compra de estas sustancias o el acceso a espacios autorizados de consumo. Dónde resida este umbral para un producto determinado dependerá de un rango de opciones pragmáticas. Éstas deben ser informadas por apreciaciones objetivas de riesgo, evaluadas por los Estados individuales o por las autoridades a cargo de otorgar las licencias, y sopesadas de acuerdo a sus propias prioridades. Tal como ocurre con todas las áreas de políticas regulatorias, debe permitirse cierta flexibilidad en respuesta a circunstancias cambiantes o evidencias que salgan a la luz.

Por ejemplo, en el Reino Unido, la edad de acceso a la compra de tabaco ha sido recientemente elevada de 16 a 18 años, mientras que en los EE.UU. existe un creciente debate sobre si el umbral de 21 años para el consumo de alcohol es demasiado alto. Por ejemplo, la Iniciativa Amatista²⁰ (que cuenta con el respaldo de 135 rectores y presidentes de universidades y facultades universitarias), sostiene que el límite de 21

años ha creado “una cultura peligrosa y clandestina de ‘excesos alcohólicos’ – que a menudo tienen lugar fuera del campus universitario”, y que, “al optar por recurrir a identificaciones falsas, los estudiantes incurren en concesiones éticas que erosionan el respeto a la ley”. Incluso al interior de un marco regulatorio legal, las prohibiciones inapropiadas evidentemente tienen el potencial de crear consecuencias imprevistas. Éstas pueden socavar, antes que fortalecer, los controles sociales y las normas responsables relacionadas a las drogas y al consumo de éstas.

Resulta evidente que, para ser efectivos, los límites etarios deben ser realistas y, en especial, ser aplicados adecuadamente. Por ejemplo, en el Reino Unido – donde el “desenfreno alcohólico” entre los jóvenes ha sido un problema creciente – se ha producido un difundido incumplimiento de la restricción por edad, por lo cual la organización Alcohol Concern [Preocupación por el Alcohol] reporta que: “Se encuentra que el 10–15% de los espacios que cuentan con licencia expenden de manera persistente alcohol a personas menores de edad, pero sólo se supervisa a un 0.5% de los espacios autorizados.”²¹ El suministro secundario a personas no adultas de drogas legítimamente obtenidas también requerirá de una aplicación de la ley y sanciones apropiadas, quizá con una severidad proporcional a la diferencia entre la edad del infractor y el umbral legal.

Desde luego, los controles sobre la edad legal sólo pueden ser parte de la solución para reducir los daños relacionados a las drogas entre los jóvenes. Una regulación y controles efectivos sobre el acceso a las drogas deben ir acompañados por acciones concertadas de prevención. Éstas deben incluir educación sobre drogas, enfocada y basada en evidencias, que equilibre la necesidad de estimular estilos de vida saludables (incluyendo la abstinencia del consumo) aunque sin ignorar la necesidad de lograr una reducción del riesgo y, lo que quizá sea más importante, una inversión en capital social. Los jóvenes – especialmente aquellos en mayor riesgo en poblaciones marginales/vulnerables – deben tener a su alcance alternativas significativas al

21 “Unequal Partners: A report into the limitations of the alcohol regulatory regime” [Socios desiguales: Un informe sobre las limitaciones del régimen regulatorio de alcohol], Alcohol Concern, 2008, página 19.

consumo de drogas. El programa SMART en los EE.UU., el cual trabaja en programas de vivienda pública, ha descubierto que proporcionar clubes para jóvenes es una medida con impacto real para la reducción del consumo, tráfico y, en general, actividades criminales relacionadas a drogas, tanto entre jóvenes como entre adultos.²² También es digno de mencionar que por lo general los Países Bajos y Suecia aparecen en los primeros lugares del cuadro de bienestar infantil²³ del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y muestran niveles relativamente bajos de abuso de drogas, mientras que los EE.UU. y el Reino Unido invariablemente ocupan los últimos puestos y tienen niveles relativamente elevados de abuso de drogas, así como una menor edad entre quienes abusan de estas sustancias.

Aunque es importante tomar medidas para restringir el acceso a drogas y reducir su consumo entre las personas jóvenes, también es esencial reconocer que algunos jóvenes aún obtendrán acceso a ellas y las consumirán. Es vital que puedan acceder, sin temor alguno, a programas adecuados de tratamiento y reducción de daños.

3.5.2 Grado de intoxicación del comprador

Esta forma de control combina la responsabilidad compartida entre el usuario y el vendedor, con un entendimiento de que las elecciones sobre el consumo de drogas deben basarse en un consentimiento informado y una responsable toma de decisiones, los cuales pueden verse afectados a causa de la intoxicación producida por las drogas.

Muchos países han establecido un precedente para este tipo de control al volver ilegal la venta de alcohol a personas que están ebrias,²⁴ tanto

22 Steven P. Schinke, et al., “*The Effects of Boys & Girls Clubs on Alcohol and Other Drug Use and Related Problems in Public Housing. Final Research Report*” [Los Efectos de los Clubes de Niños y Niñas sobre el Consumo de Alcohol y Otras Drogas y Problemas Relacionados para Viviendas Públicas, Informe Final de Investigación], Education Resource Information Center, 1991.

23 “*Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7*” [Pobreza infantil en perspectiva: Una visión general del bienestar infantil en países ricos, Cartilla de Informe Innocenti 7], UNICEF, 2007, página 4.

24 Por ejemplo, el Acta de Licencias del Reino Unido de 2003, Parte 7/141.

en licorerías o bodegas como en bares. Ello no obstante, tal regulación resulta problemática, por cuanto ésta tiende a aplicarse de manera deficiente o dispar, y rara vez se la hace cumplir.²⁵ A continuación se exploran algunos de estos problemas, junto con potenciales soluciones que podrían incrementar la efectividad de este tipo de régimen regulatorio.

TEMAS/PROBLEMAS

Para evitar los casos marginales más subjetivos, sólo la intoxicación en grado extremo, donde se cumplan palmariamente una serie de criterios, calificaría para una restricción de la venta. Sería necesario que tales criterios fuesen bien comprendidos tanto por los vendedores como por los clientes (ver a continuación). Debería realizarse inversiones en educación pública para que los clientes sepan qué deben esperar.

RESPUESTAS/SOLUCIONES

- > Para evitar los casos marginales más subjetivos, sólo la intoxicación en grado extremo, donde se cumplan palmariamente una serie de criterios, calificaría para una restricción de la venta. Sería necesario que tales criterios fuesen bien comprendidos tanto por los vendedores como por los clientes (ver a continuación). Debería realizarse inversiones en educación pública para que los clientes sepan qué deben esperar.
- > La provisión de metadona en Canadá, por ejemplo, es contingente a que el paciente parezca estar lúcido y no excesivamente sedado. Los farmacéuticos asumen la responsabilidad legal si entregan una dosis que resulta en efectos nocivos o la muerte del consumidor.

TEMAS/PROBLEMAS

Adquisición de la sustancia mediante terceras personas, actuando en nombre de una persona intoxicada.

RESPUESTAS/SOLUCIONES

- > En teoría, podría considerarse un delito civil la adquisición, a sabiendas, de drogas para alguien a quien ésta le ha sido negada. Sin embargo, ello añadiría una

²⁵ Una respuesta parlamentaria de la Oficina de la Cámara del Reino Unido (19 de marzo de 2008) revela que el número de acciones judiciales contra quienes sirven alcohol a un cliente ya ebrio, siguen a nivel cero o llegan a un puñado de casos en la mayoría de las áreas del Reino Unido.

complicación adicional a las acciones para el cumplimiento de la ley, y podría no ser realista en la práctica.

- > Ha de reconocerse que el sistema es imperfecto; la mejor estrategia es estimular la vigilancia y responsabilidad por parte del titular de la licencia y el personal del establecimiento.

TEMAS/PROBLEMAS

Al negárseles atención, clientes airados, ofendidos y sumamente intoxicados presentan potenciales problemas de seguridad, orden público y protección para el personal de venta del establecimiento y para otras personas. (Éste es un problema que ocurre más a menudo con la intoxicación por alcohol que con cualquier otra droga).

RESPUESTAS/SOLUCIONES

- > Las precauciones de salud y seguridad para los empleados del establecimiento podrían incluir a personal de seguridad en el local, o barreras físicas entre el vendedor y el comprador.
- > Información clara y accesible *in situ* sobre reglas de atención.
- > Inversión para lograr una mejor comprensión de la ley por parte del público.
- > Capacitación al personal para lidiar con clientes difíciles.

TEMAS/PROBLEMAS

Falta de habilidades por parte del personal. Los empleados en bares con frecuencia están mal pagados, trabajando en regímenes temporales, transitorios o informales, sin licencia, y carecen de capacitación alguna en este aspecto.

RESPUESTAS/SOLUCIONES

- > Podría explorarse un programa de licencia con requisitos mínimos para personal en bares, el cual podría incluir un requisito de capacitación básica correspondiente.
- > Los titulares de licencias podrían ser responsabilizados legalmente por faltas cometidas por personal del bar, asegurando de esta manera un nivel mínimo de capacitación del personal.
- > En Canadá (y en Utah, EE.UU.), los propietarios de bares y anfitriones particulares pueden ser responsabilizados legalmente si el cliente o invitado bebe y luego tiene un

accidente automovilístico. Las penalidades consisten en multas para el propietario del establecimiento (y posiblemente para quien dispensa la bebida); también puede revocarse la licencia para servir alcohol.

TEMAS/PROBLEMAS

La motivación crematística de los vendedores comerciales, y la necesidad de maximizar las ventas en un mercado altamente competitivo (muchos gerentes de franquicias de bares trabajan orientados hacia objetivos muy precisos de volúmenes de ventas) crearán naturalmente una tendencia contra la restricción de las ventas.

Aunque tal puede no ser la norma, muchas personas acuden a bares específicamente con el objetivo de embriagarse, y las ganancias de la industria provienen de esta actitud y, de alguna manera, estimulan precisamente el tipo de embriaguez excesiva que, teóricamente, las regulaciones aplicadas por la industria tratan de restringir.

RESPUESTAS/SOLUCIONES

- > Se trata esencialmente de un tema de incentivos y amenazas: por un lado debe estimularse una cultura a través de la cual los vendedores comprendan que en el largo plazo lo que más les conviene es seguir las regulaciones; y por otro lado, deben emplearse recursos públicos para educar a vendedores y consumidores sobre ésta regulación y hacerla cumplir de manera más efectiva.
- > Se espera que una implementación efectiva de tal regulación ayude con el tiempo a establecer normas sociales que definan niveles socialmente aceptables de embriaguez pública.

Un principio similar opera en farmacias. Se exige a los farmacéuticos que restrinjan o denieguen el expendio de ciertos productos de venta con y sin prescripción si sospechan que el cliente se encuentra intoxicado, o en caso de potencial consumo o abuso no médico del producto. Sin embargo, las farmacias son espacios altamente regulados, y los farmacéuticos son profesionales altamente capacitados y respetados. Ello significa que el personal en las farmacias enfrenta pocos de los

problemas asociados con bares o clubes, donde la droga en cuestión está siendo inequívocamente consumida en el establecimiento con el fin de producir una intoxicación recreativa.

Dada esta situación, parecería razonable concluir que los establecimientos autorizados únicamente para la venta, en lugar de aquellos con permiso para la venta y consumo, se encuentran en mejor posición para implementar tales restricciones, aunque sea también menos probable que las requieran. Sin embargo, aún sería necesario que consideren algunos de los temas planteados arriba. Por ejemplo, en Canadá, las prescripciones de metadona pueden incluir la orden de “*presenciar la ingestión*” de la sustancia. En este caso, el paciente debe tomar el “*jugo*” en presencia del farmacéutico, quien debe anotar que el consumidor no estaba intoxicado.

Surgen temas particulares para farmacéuticos que surten drogas de sustitución o de mantenimiento con prescripción para usuarios dependientes. Existe ya un considerable cúmulo de experiencia y lineamientos bien establecidos para manejar los diversos escenarios y problemas asociados con este tipo de transacción.

Los establecimientos que cuentan con licencia para el consumo de cannabis constituyen un buen ejemplo de dónde podrían operar tales regulaciones bajo regímenes futuros menos restrictivos sobre disponibilidad de drogas. La experiencia en Holanda y otros países sugiere que el uso de cannabis es, en términos generales, autorregulatorio, y que es improbable que cause problemas significativos de intoxicación excesiva. En este caso, la principal restricción a la venta relacionada a nivel de intoxicación se aplicaría a personas que están ebrias o usando otras drogas. Si éstas tratan de comprar o consumir cannabis, entrarían en vigencia lineamientos comparables a los que existen para establecimientos dedicados a la venta de alcohol.

3.5.3 **Licencias para compradores/usuarios**

Un sistema para otorgar licencias para compradores/usuarios ofrece la oportunidad de introducir una serie de controles diferentes.

Obtener una licencia para la compra o posesión de una droga determinada podría, por ejemplo, equivaler a obtener una licencia de conducir, o una licencia pirotécnica para comprar y utilizar ciertos tipos de fuegos artificiales. Ésta podría depender de la aprobación de un examen, el cual establecería que el titular de la licencia conoce y comprende los riesgos inherentes al consumo de drogas y, en consecuencia, está en la posición de tomar decisiones responsables sobre su consumo.

Éste es un sistema potencialmente flexible:

- * Las licencias para acceder a drogas podrían en cierta medida controlar el tiempo, lugar y asociaciones para nuevos usuarios, al igual que quienes reciben una nueva licencia de conducir están a veces restringidos respecto a dónde y cuándo pueden manejar, y con quiénes les está permitido hacerlo.

- * Al igual que una licencia para conducir, las violaciones a las condiciones de esta licencia podrían ir asociadas a una escala de penalidades. Éstas podrían depender de la gravedad de la violación, y conllevar la suspensión de la licencia y del acceso a drogas una vez que se ha sobrepasado un umbral de puntuación. Tales faltas podrían incluir el consumo público, la entrega/venta de drogas a personas que no cuentan con licencia, o conducir vehículos bajo la influencia de las sustancias. Estas penalidades deberían guardar proporción con cualesquiera sanciones civiles o penales concurrentes existan.

- * El sistema de licencia variable también podría funcionar como un programa de graduación, especificando los diferentes niveles de acceso a varios productos sobre la base de niveles de capacitación adicional, o períodos de buena conducta o mantenimiento de una licencia sin infracciones.

- * Las licencias para compradores podrían estar conectadas a un sistema de documento probatorio de identidad, que demuestre que el comprador es el titular de la licencia. Tal documento de identidad podría presentar los mismos tipos de sistema de identificación electrónica (datos biométricos grabados, etc.) que otros modelos establecidos de tarjeta de identificación personal/licencia de conducir, o las licencias podrían estar grabadas electrónicamente conectadas a un sistema de identificación existente.

Desde una perspectiva de salud pública y reducción de daños, los programas de capacitación para postulantes a la licencia ofrecerían una oportunidad invaluable para mejorar la calidad de la educación sobre drogas y salud en general para un sector clave de la población. La información dirigida a consumidores de drogas podría ocuparse de los riesgos, dependencia, servicios de tratamiento u otros temas de salud. Debe tenerse cuidado de presentar un elemento educativo sin ser agobiante, condescendiente o dogmático. Los programas podrían, empleando métodos establecidos de educación para la prevención, principios para la reducción de daños y técnicas motivacionales, proporcionar a los graduados conocimientos y habilidades clave relacionadas a las drogas. Tales conocimientos y habilidades les empoderarían para que tomen decisiones independientes sobre consumo de drogas, reduzcan los daños asociados a estas sustancias, cultiven normas sociales que favorezcan un uso responsable y moderado, promuevan la abstinencia como opción de riesgo cero, y fomenten un entendimiento de los derechos y responsabilidades de los consumidores de drogas.

Tal como se ha mencionado en la sección 3.4.4 *Controles sobre volumen de venta/rationamiento* (página 60), podría rastrearse el volumen y frecuencia de compra de los consumidores con licencia. Tal información podría ser empleada para resaltar patrones de consumo potencialmente problemáticos. Si surgiera un problema, el farmacéutico que dispensa la droga podría solicitar una “*intervención de salud*”. El farmacéutico podría dejar constancia de sus preocupaciones respecto al consumidor, y ofrecer asistencia relevante. El rastreo podría actuar como un disuasivo al consumo en sí mismo. También podría ir ligado a otros efectos disuasivos; por ejemplo, podrían desencadenarse incrementos en el precio una vez que el consumidor ha alcanzado cierto nivel mínimo de compra. Los propios usuarios también podrían colocar en su licencia un límite a las órdenes de compra, como una manera de evitar la tentación. Tal orden desactivaría su acceso a una droga determinada por un período dado.

3.5.4 Verificación de residencia al momento de la compra

Algunas sociedades han desarrollado “*mecanismos de control social culturalmente específicos*” que con el transcurso del tiempo han permitido a sus miembros formar relaciones relativamente saludables y libres de problemas con ciertas drogas. Existe la posibilidad de que “*turistas atraídos por las drogas*”, quienes no han sido integrados a esta cultura, puedan no cumplir las prácticas sociales de restricción que se aplican localmente, conllevando potencialmente a comportamientos problemáticos o riesgosos.

Para ayudar a evitar tales conductas, las adquisiciones podrían estar restringidas a residentes de un país, estado/provincia, ciudad o incluso un vecindario en particular. Sin embargo, ello requeriría un sistema de identificación personal ligado al lugar de residencia, lo cual en sí mismo es problemático.

3.5.5 Membresía requerida en un club o grupo, previa a la compra

Los consumidores de drogas podrían registrarse como miembros de clubes o grupos.²⁶ Éstos podrían funcionar de modo similar a las entidades regulatorias profesionales existentes. Brindarían a sus miembros acceso a drogas específicas, junto con lineamientos claramente definidos de buenas prácticas. Si el usuario actúa fuera de las normas o reglas del grupo, la membresía puede ser denegada o revocada. Las normas son comunicadas a través de intervenciones educativas, y aplicadas mediante una variedad de procesos formales y sociales entre pares.

Alternativamente, los establecimientos que operan bajo licencia podrían emplear un modelo de membresía basado en aquellos usados para restringir acceso a los casinos o a espacios para venta de alcohol de madrugada en algunos países.²⁷ Tal modelo podría potencialmente ser aplicado a espacios que cuenten con licencia para la venta y consumo de ciertas drogas, como una condición principal para el otorgamiento de licencia. El modelo de establecimiento centrado en una membresía o de club, permite la aplicación de varios otros controles, según corresponda. Éstos pueden incluir:

- * Un plazo de espera entre la solicitud de membresía y el primer uso del establecimiento (en el modelo de casinos en el Reino Unido se empleaba un plazo de espera de 48 horas), o un período de espera entre la colocación del pedido y la entrega del producto
- * Condiciones de membresía que incluyan una capacitación o entrevista
- * Consumo únicamente en el establecimiento – no pedidos de mercancía “*para llevar*”
- * Condiciones para licencia del establecimiento (consultar arriba)

26 D. Gieringer, “*Drug User’s Clubs: A Modest Proposal*” [Clubes de Consumidores de Drogas: Una Propuesta Modesta], documento inédito para discusión de la conferencia (estadounidense) de la Fundación para Políticas sobre Drogas, noviembre 1994.

27 Tal como se hacía, por ejemplo, en el Reino Unido hasta que entró en vigencia el Acta sobre Apuestas en 2005.

3.5.6 Controles sobre lugares permitidos para consumo

Una de las principales inquietudes, si bien no expresadas, sobre la reforma en relación a drogas consiste en que el consumo de estas sustancias sería mucho más visible y socialmente intrusivo. En realidad, los nuevos regímenes regulatorios posibilitarían que el consumo de drogas sea mucho menos visible de lo que es en la actualidad.

Los regímenes de licencias para venta de alcohol y tabaco han establecido claros precedentes para definir y controlar las ubicaciones permitidas para el uso de estas sustancias. Existe para ambos una serie de controles flexibles, incluyendo:

- * Establecimientos autorizados para el consumo de alcohol
- * Áreas designadas en el exterior, jardines o quioscos para fumadores (siguiendo la difundida adopción de restricciones a fumadores al interior de espacios públicos)
- * Leyes de zonificación que restringen el consumo de alcohol y tabaco en espacios públicos y privados especificados

Las funciones de estas restricciones difieren. Para los fumadores, generalmente se justifican sobre la base de impactos ambientales/de salud secundarios del hábito de fumar²⁸; el consumo de alcohol en público es restringido con más frecuencia por razones de orden público y, en menor medida, por un tema sanitario. Estas restricciones son a veces definidas e impulsadas



Área controlada para bebidas alcohólicas en el Reino Unido

STEPHEN ROLLES



Letrero de "No inyectarse" en Ámsterdam, Holanda

FLICKR/KYLER STORM

²⁸ Aunque la mayoría de los beneficios de salud probablemente se acumulan a partir de la reducción del nivel de consumo.



Letrero de "No fumar cannabis" en Ámsterdam. Se indica una multa de cincuenta euros



Letrero de "No Fumar", Reino Unido

centralmente, y en ocasiones regionalmente. Su cumplimiento se verifica en distintos grados, usualmente a través de la aplicación de multas.

Debido a que gozan de amplio favor popular, estas restricciones son cumplidas en gran medida. La experiencia sugiere que cuando se le ejerce efectivamente, tal regulación puede promover nuevas normas sociales asegurando que, con el paso del tiempo, se requieran medidas menos onerosas para el mantenimiento del orden.

Resulta tan razonable como práctico proponer que – en el futuro – existan restricciones similares para otras drogas. Por ejemplo, las prohibiciones de fumar en espacios públicos podrían naturalmente extenderse para cubrir el consumo de otras drogas que se fuman, siendo el cannabis la más obvia. Las restricciones que ya existen sobre la intoxicación y el desorden públicos, y que se aplican normalmente a la embriaguez, podrían extenderse para incluir cualquier forma de intoxicación. De hecho, en cierta medida, ya lo han sido.

Las drogas que vienen en forma de pastillas de consumo oral y, en menor medida, aquellas que vienen en polvo para ser consumidas oralmente o

por aspiración a través de la nariz, generalmente presentan menos problemas en términos de consumo público. El propio acto de consumirlas es breve; no es parte de la experiencia o ritual de consumo de la droga, a la manera en que lo son el beber, fumar o inyectarse.

El uso de la parafernalia para inyectarse, aunque representa apenas una diminuta fracción del consumo total de la droga, crea un desafío regulatorio desproporcionadamente grande. Los usuarios caóticos de drogas que se inyectan requieren atención particular. Éstos son, a la vez, quienes con más probabilidad causarán problemas de desechos peligrosos relacionados a drogas, y los menos proclives a cumplir con sus responsabilidades cívicas.

En tal sentido, parecería razonable prohibir la inyección de drogas en público. Sin embargo, la experiencia demuestra que sólo es probable que tales prohibiciones funcionen si simultáneamente se ponen en marcha respuestas sociales y de reducción de daños más amplias. Éstas incluyen:

- * Programas accesibles de intercambio de jeringas
- * Provisión de establecimientos más seguros para inyección supervisada
- * Apoyo de vivienda para atender a quienes carecen de ella
- * Programas de asistencia
- * Tratamiento y provisión de servicios con requisitos mínimos
- * Acceso a apoyo social y beneficencia

En ausencia de tales políticas, es probable que continúe la práctica de inyecciones de drogas en público, incluso si éstas se desplazan geográficamente. Hacer cumplir las leyes que prohíben la inyección de drogas en público sólo añadirá a la carga de criminalidad de consumidores caóticos, quienes con frecuencia no pueden siquiera subvenir el pago de las multas impuestas bajo tales leyes. Ello tendrá el efecto de arrinconar a quienes se inyectan drogas hacia espacios marginales más sucios y riesgosos, sin funcionar como un disuasivo significativo.

Lecturas adicionales

- * *'Public health perspectives for regulating psychoactive substances: what we can do about alcohol, tobacco, and other drugs'*
[Perspectivas desde la salud pública para regular las sustancias psicoactivas: qué podemos hacer alrededor del alcohol, tabaco y otras drogas], Consejo de Funcionarios de Salud de Columbia Británica, 2011
- * *'Effective Drug Control: Toward A New Legal Framework'* [Control de Drogas Efectivo: Hacia un Nuevo Marco Legal], Asociación de Abogados del Condado King, 2005
- * *'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition'*
[Considerando Seriamente Alternativas a la Prohibición de Drogas], E. Nadelmann, Daedalus, 1992; 121: páginas 87-132
- * *'Children of the Drug War'* [Niños de la guerra contra las drogas], IDEBATE Press, 2011 (www.childrenofthedrugwar.org)



**Haciendo realidad
un sistema
regulado**

4.1 **Una introducción cautelosa y gradual**

Los gobiernos y otras autoridades tienen una significativa experiencia en regulación de productos y actividades recreativas que tienen el potencial de causar daños, incluyendo un amplio espectro de drogas psicoactivas. Sin embargo, desarrollar e implementar nuevos modelos regulatorios legales para drogas actualmente ilegales equivale esencialmente a partir desde cero. Ello presenta evidentes oportunidades para aprender de los éxitos y fracasos de políticas pasadas, pero también se corre el riesgo de incurrir en consecuencias negativas no buscadas o imprevistas.

Para ciertos elementos de la agenda de reforma – por ejemplo, la incorporación de principios y leyes de derechos humanos en el control de internacional de drogas – se justifican cambios rápidos. Para otros elementos del proceso de reforma, como el desarrollo de modelos de suministro legal y controles, el enfoque responsable consiste en realizar los cambios en el transcurso de un período de meses o años. Tal cambio debería tener lugar acompañado de varios incrementos de políticas,

de modo que tanto las políticas como los modelos regulatorios puedan desarrollarse al tiempo que se monitorean y evalúan cuidadosamente los resultados respecto a indicadores clave.

Este enfoque debe, de por sí, basarse en un principio de prevención, particularmente donde escasea la evidencia procedente de políticas existentes, o donde se ha identificado altos riesgos específicos. Así, los nuevos modelos se orientarán inicialmente hacia una regulación más estricta e intrusiva, y sólo posteriormente aparecerán niveles de restricción más bajos. Un enfoque preventivo y gradual posibilita monitorear estrechamente aspectos clave, como la disponibilidad de drogas para los jóvenes, el incremento del comportamiento de alto riesgo, u otros problemas específicos de salud pública. Si surgieran problemas, las políticas pueden dar un paso atrás, realizar afinamientos y ajustes, y desplegar herramientas regulatorias alternativas o adicionales.

Por añadidura, tal enfoque tiene ventajas democráticas en la medida en que permite un mayor involucramiento de la sociedad civil en el desarrollo de políticas. También contribuye en cierta medida a eliminar el temor respecto a que, *“de la noche a la mañana”*, todas las drogas estarán de algún modo a disposición de todos. Al demostrar que las políticas se desarrollan de un modo responsable y cauteloso, basado en evidencias de efectividad y con sensibilidad ante legítimos temores e inquietudes, se ofrece la oportunidad de obtener un mayor nivel de apoyo público y político para un programa de reforma. Un enfoque cauteloso y medido también ayudará a aplacar a críticos, quienes temen que las medidas tendientes a la regulación sean una *“especulación”*, algo no sustentado por evidencias o, en cierto modo, una decisión *“imprudente”*.

Un precedente útil en este sentido lo brindan algunos de los más polémicos avances en políticas para la reducción de daños, llevados a cabo en el curso de las últimas dos décadas, como los programas para intercambio de jeringas, los establecimientos para la inyección

supervisada de drogas, o los esquemas de prescripción de opiáceos. Debido al ambiente político altamente cargado que rodea los temas de drogas, tales intervenciones han estado sujetas a una regulación y escrutinio sin precedentes. Se ha conferido particular atención a su efectividad para reducir perjuicios de salud, y a las prominentes inquietudes de que estas intervenciones podrían de alguna manera estimular el consumo de drogas. Las respuestas a tal escrutinio han demostrado cómo pueden desarrollarse intervenciones efectivas en cuanto a políticas; que las inquietudes del público pueden ser abordadas con sensibilidad; que la cobertura sensacionalista de los medios de comunicación puede ser tratada de manera inteligente; y que puede reducirse la oposición política.

Las etapas a lo largo de las cuales puede implementarse el cambio gradual se encuentran esencialmente en concordancia con el espectro de los instrumentos regulatorios descritos en los capítulos 2 y 3. Existe el potencial para avanzar desde un mayor grado de regulación a uno menor, controlando los niveles de disponibilidad de las drogas mediante el despliegue de los diferentes controles regulatorios sobre proveedores, compradores y productos, o a través de la aplicación de estos instrumentos a intensidades variables. Donde ello sea posible, la meta a largo plazo consistiría en estimular e impulsar el avance de controles legales/administrativos hacia controles sociales.

Países diferentes necesariamente emprenderán distintas estrategias, y presenciarán el desarrollo de sus políticas e infraestructura legal a lo largo de diferentes derroteros. Por ejemplo, diferentes países enfrentarán desafíos muy diversos según sean principalmente productores, de tránsito o consumidores de drogas; o Estados que cuenten con distintos niveles de recursos económicos, estabilidad política e infraestructura de salud pública y fuerzas del orden; o Estados que estén geográficamente aislados, en comparación a aquellos que tienen vastas fronteras con regiones densamente pobladas.

El cannabis es probablemente la primera droga en contar con modelos regulatorios que han sido más seriamente explorados. Ello se debe a que:

- * Es, de lejos, la droga ilegal de uso más difundido
- * Ya existen modelos establecidos y efectivos para regular su producción y suministro (consultar: páginas 131 y 244)
- * La opinión pública por lo general se muestra en favor de la reforma (acercándose a, o contando ya con, un apoyo mayoritario en muchos países), y el fenómeno sigue creciendo²⁹

En el otro extremo del espectro, relacionado al consumo dependiente problemático de opiáceos y estimulantes, es de prever que se desarrollen y expandan modelos medicalizados de mantenimiento con prescripción. Estos modelos se basarán en intervenciones ya establecidas, funcionales y efectivas en numerosos países. Ambas tendencias emergentes ya están definiendo un proceso de reforma pragmática en marcha —abordando las áreas de necesidad práctica más apremiantes donde los efectos de la prohibición son más atroces, en términos poblacionales (cannabis) y en cuanto a generación de daños en general (uso caótico/dependencia).

Dentro de amplios agrupamientos de tipos similares de drogas – estimulantes, depresivos o alucinógenos (consultar: [capítulo 5](#)) – podemos razonablemente esperar que los pilotos regulados de disponibilidad legal empiecen enfocándose en las drogas con menor probabilidad a estar asociadas con daños y costos personales o sociales (consultar: [4.2 Evaluando y clasificando los daños causados por las drogas](#), página 85). De modo similar, en primer lugar podría ponerse a disposición preparaciones menos potentes de drogas, para consumirse a través de métodos de administración de menor riesgo. De modo que, por ejemplo, los hongos psilocibios (“*mágicos*”) podrían estar inicialmente disponibles

29 Newcombe, “*Attitudes to drug policy and drug laws; a review of the International evidence*” [Actitudes hacia políticas sobre drogas y legislación de drogas; una revisión de la evidencia Internacional], Fundación Transform Drug Policy, 2004.

en lugar del LSD; el opio en lugar de opiáceos farmacológicos; los estimulantes de menor potencia para consumo por vía oral en lugar de la cocaína en polvo o la metanfetamina.

4.2 **Evaluando y clasificando los daños causados por las drogas**

El concepto de cuantificar y clasificar los daños ocasionados por las drogas cumple dos funciones principales. En primer lugar, tales clasificaciones deben servir para informar a los gestores de políticas, de modo que éstos puedan desarrollar respuestas políticas efectivas, enfocadas y proporcionales a un rango de diferentes daños causados por las drogas, los cuales pueden de este modo ser manejados y minimizados. Éste es un elemento esencial para el desarrollo de marcos regulatorios efectivos, y requiere inevitablemente de un grado de generalización demográfica. La segunda función consiste en facilitar la educación de las personas sobre riesgos y daños relacionados a las drogas, para permitirles tomar decisiones informadas y responsables acerca de su salud y su bienestar. A su vez, ello requiere información de una naturaleza más matizada y específica en relación a la persona.

Tratar de entender estas cuestiones exige hacer dos importantes distinciones. En primer lugar, debe distinguirse entre los daños primarios a la salud de consumidores individuales, y los daños sociales secundarios a terceros que provienen de tal consumo. En segundo término, debe distinguirse entre daños (tanto primarios como secundarios) relacionados al consumo de drogas *per se*, de los daños creados o exacerbados por entornos de políticas. El análisis prevaleciente que informa la mayoría de las políticas actuales atiende de manera bastante razonable la primera distinción (entre daños de salud y daños sociales), pero en gran medida incumple con hacer la segunda distinción (entre daños causados por las drogas y los daños relacionados a las políticas). Tal análisis confunde y combina ambos, con frecuencia atribuyendo

erróneamente a las drogas o, por defecto, a los consumidores, daños que corresponden a la prohibición o al mercado ilícito, y abundando en el círculo de retroalimentación auto-justificatorio que ha contribuido a proteger del escrutinio al régimen de prohibición.³⁰

Se han hecho algunos esfuerzos por dilucidar los daños causados por el consumo de drogas de los provocados por las políticas sobre estas sustancias, aunque ésta es un área que justifica una consideración y un análisis más detallados. La publicación de Transform titulada “*After the War on Drugs: Options for Control*”³¹ [Después de la Guerra contra las Drogas: Opciones para el Control], dada a conocer en 2004, describe seis daños clave creados por el régimen de prohibición (cada uno de ellos desagregados en sub-categorías): “*creación del delito*”; “*una crisis del sistema judicial penal y de las prisiones*”; “*miles de millones en gasto desperdiciado e ingresos por impuestos perdidos*”; “*socavamiento de la salud pública y maximización de los daños [de salud]*”; “*desestabilización de países productores*” y “*socavamiento de los derechos humanos*”. En consecuencia, el informe de Transform hace una distinción entre los fines del movimiento por la reforma de políticas sobre drogas – reducir o eliminar los daños generados o exacerbados específicamente por el régimen de prohibición y los mercados ilícitos – y los fines más convencionales de una política efectiva sobre drogas – reducir o eliminar la variedad de daños directos e indirectos asociados con el uso y abuso de drogas.

MacCoun y Reuter³² han desarrollado una “*taxonomía de los daños relacionados a drogas*” más exhaustiva; ellos identifican cuarenta y seis daños relacionados a drogas y los desagregan en cuatro categorías generales: “*salud*”, “*funcionamiento social y económico*”, “*seguridad y orden público*”, y “*justicia penal*”. Luego, identifican en una forma tabular seis títulos

30 Para conocer una discusión más detallada que distinga los daños producidos por las drogas de los ocasionados por las políticas contra estas sustancias, consultar: “*A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*” [Una Comparación del Costo-Efectividad de la Prohibición y la Regulación de las Drogas], Fundación Transform Drug Policy, 2009.

31 “*After the War on Drugs: Options for Control*” [Después de la Guerra Contra las Drogas: Opciones para el Control], Fundación Transform Drug Policy, 2004, página 9.

32 R. MacCoun, P. Reuter, “*Drug War Heresies*” [Herejías de la Guerra contra las Drogas], Cambridge University Press, 2001, página 106.

correspondientes a grupos demográficos (“consumidores”, “traficantes”, “contactos íntimos”, “empleadores”, “vecindario” y “sociedad”) y señalan cuál de estos “soporta el daño/riesgo” en cada uno de los daños enumerados. En una columna aparte, los autores también identifican de manera crucial la que califican como “fuente primaria del daño” para cada una de las poblaciones, a partir de tres opciones:

“consumo”, “estatus ilegal” y “aplicación de la ley” (estatus ilegal y aplicación de la ley son identificados para treinta y seis rubros de la lista).

La tarea de evaluar y clasificar los daños relacionados a las drogas es evidentemente complicada por el gran número de variables involucradas, y las permutaciones entre éstas últimas convierte el intento por describir y categorizar los daños y riesgos relacionados las drogas en un desafío complejo. Las políticas vigentes en todo el mundo se basan actualmente en agrupar las drogas ilegales entre tres y cinco clasificaciones de daños (por ejemplo, el sistema de clasificación A-B-C empleado en el Reino Unido, el sistema de la lista I-IV vigente en los Estados Unidos). Aunque estos sistemas tienen cierta funcionalidad, con frecuencia son a la vez inconsistentes y sobre-simplificados. A un nivel práctico, están contruidos sobre generalizaciones, omiten (paradójicamente) incluir las drogas legales, y tanto confunden como desconocen cabalmente los daños múltiples. Resultado de ello, su utilidad ha disminuido sustancialmente, tanto como herramientas para la gestión de políticas, cuanto como soporte para consumidores individuales que se proponen tomar decisiones informadas sobre su consumo personal de drogas.

Antes de discutir en mayor detalle estos temas y sus implicancias en cuanto a políticas se refiere, vale la pena tratar de de-construir los principales vectores de daño asociados específicamente al consumo

La naturaleza de la preparación de la droga, cómo ésta es administrada, y el entorno físico y social/ de pares en el cual tiene lugar el consumo, son también variables concatenadas crucialmente importantes en la determinación del riesgo

de drogas (a diferencia de los daños relacionados a las políticas sobre drogas) que los gestores de políticas deben considerar.

4.2.1 Desglose de riesgos/daños de salud relacionados a drogas

Resulta más útil dividir los riesgos/daños de salud personales asociados con una droga en toxicidad y “*adictividad*” – es decir, la propensión de una droga a causar dependencia. De esta manera, el nivel de riesgo asociado con la toxicidad y propensión a causar dependencia de una droga determinada es afectado por una serie de variables conductuales, así como por las predisposiciones del consumidor individual. Éstas pueden ser descritas en relación a una persona o a una población/sub-grupo de ésta.

i **Toxicidad**

Ha de hacerse una distinción entre toxicidad aguda de corto plazo (por ejemplo, muerte sobreviniente a un paro respiratorio producto de una sobredosis de heroína) y efectos tóxicos crónicos de largo plazo (por ejemplo, muerte producida por cirrosis hepática tras décadas de beber alcohol en exceso).

La toxicidad aguda de una droga se refiere a la dimensión del margen que existe entre un umbral o límite activo, es decir, la dosis en la cual las drogas surten efecto (o el efecto deseado) para quien las consume; y la dosis en la cual sobreviene una reacción tóxica específica, o sobredosis. Tal reacción tóxica puede implicar meramente efectos colaterales desagradables temporales, como vómitos, mareos, desmayos, angustia, etc., o un rango de episodios agudos más graves, como daño a ciertos tejidos o la muerte.

La terminología comparable para drogas de uso médico es el “*índice terapéutico*”, el cual es la proporción entre la dosis terapéutica y la dosis

tóxica. En el caso de drogas de uso no médico, la toxicidad aguda de una de ellas se mide a menudo evaluando la proporción que existe entre la dosis letal y la dosis usual o activa. Mientras menor sea la brecha entre dosis activa y dosis tóxica, la droga será considerada como de mayor toxicidad. También existen otros métodos para medir la toxicidad, como efectos tóxicos sub-letales; todos ellos son claros y relativamente simples.

Al clasificar drogas, sin embargo, los temas de toxicidad aguda de drogas se ven complicados por una serie de variables conductuales, incluyendo de manera muy destacada el modo en que la droga es administrada, y el consumo de múltiples drogas. El desarrollo de tolerancias individuales a las sustancias por parte de los usuarios es otro factor que contribuye a complicar el panorama.

En contraste, la toxicidad crónica de largo plazo para drogas resulta intrínsecamente más difícil de cuantificar, especialmente para drogas nuevas o emergentes. Es especialmente difícil establecer la causalidad de efectos individuales en el contexto de un rango de variables relacionadas a estilos de vida y consumo de múltiples drogas. Aún cuando puedan hacerse estimados o mediciones creíbles sobre efectos de largo plazo, surge el problema de que las clasificaciones de drogas de acuerdo a sus efectos agudos y crónicos no necesariamente coinciden.

De manera que no necesariamente resulta útil agrupar las drogas. Por ejemplo, es difícil comparar el hábito de fumar tabaco, que conlleva un bajo riesgo agudo pero un alto riesgo crónico, con el uso de opiáceos, el cual tiene un alto riesgo agudo pero riesgos crónicos más bajos.

ii **Adicción/Dependencia**

Históricamente, el discurso político sobre daños producidos por drogas ha estado dominado por el concepto de adicción. Las clasificaciones

originales realizadas en la Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes de 1961, sobre la cual se modelaron la mayoría de los sistemas domésticos de clasificación subsiguientes, estaban en gran medida basados en interpretaciones sobre la adicción³³ prevalentes en la época en que el tratado fue redactado – es decir, durante las décadas de 1940 y 1950.

La adicción a las drogas, o la dependencia respecto a éstas como generalmente se le describe ahora, es un concepto difícil de definir en términos precisos, o alrededor del cual generar consensos. Los criterios de la OMS y el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM, siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense son probablemente los que se acercan más a este cometido, pero el tema es aún fuente de interminable controversia, en particular por el hecho de que la adicción es comúnmente definida como un problema de salud mental. Existe, sin embargo, un mayor acuerdo sobre los componentes fisiológicos de la dependencia a drogas, descrita en términos de química cerebral (neurotransmisores, receptores, etc.). Tales componentes fisiológicos han sido bien descritos en la literatura médica del pasado siglo (al menos para drogas establecidas, si bien quizá no tan cabalmente para aquellas sustancias que han surgido más recientemente), y son ahora bien comprendidos.

Resulta tanto posible como provechoso cuantificar y, de este modo, clasificar el grado en que una droga en particular tenderá a asociarse con el desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia específicos. Un aspecto fisiológico adicional de la acción de la droga que tiene impacto sobre la dependencia de la sustancia es su vida media, la cual mide cuánto tiempo dura su efecto. Las drogas que actúan por menos tiempo se prestan a un consumo repetido más intensivo. La naturaleza cualitativa del despegue inicial de la experiencia de intoxicación, o “*euforia*”, y la experiencia post-euforia – el placer subjetivo asociado con el uso de la droga – son asimismo variables importantes. Éstas son, sin embargo, más difíciles de cuantificar de manera objetiva, y también

33 El preámbulo que enmarca la Convención de 1961 incluye la siguiente frase: “Reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”.

dependen en un grado significativo de la preparación de la droga, de la dosis y del modo de administración de la sustancia.

Ello no obstante, aunque pueden medirse y potencialmente clasificarse elementos fisiológicos de la acción de la droga en relación a la dependencia, los temas de dependencia son complicados dramáticamente por el consumidor individual, y por el rango de factores psicosociales que interactúan con los procesos fisiológicos. Tal interacción produce comportamientos relacionados a la dependencia, los cuales pueden requerir la intervención de gestores de políticas y prestadores de servicios. Mucho más difíciles de cuantificar y clasificar, y considerablemente más discutibles en la literatura, resultan las influencias psicosociales, o componentes de dependencia, relacionados a una droga determinada. Por ejemplo, actualmente se asocia la dependencia psicológica – “*adicción*” – a fenómenos como sexo, compras, juegos de azar, el Internet, y así por el estilo.³⁴

Sin embargo, estos componentes psicosociales son supuestamente no menos importantes en términos de determinar comportamientos. Algunas drogas que producen efectos de dependencia fisiológica relativamente moderados o bajos son, a pesar de ello, frecuentemente asociados con una fuerte dependencia psicológica, siendo la cocaína un ejemplo obvio de este fenómeno. Está más allá de este debate determinar si la dependencia fisiológica debe asociarse con la psicológica en las clasificaciones. Lo mismo ocurre con la cuestión de si “*adicción*” puede seguir siendo un término útil, en contraposición a consumo disfuncional, problemático o dependiente.

iii **Predisposiciones individuales**

Incluso si pudieran cuantificarse y clasificarse de manera significativa los diferentes vectores de daños producidos por drogas descritos arriba,

³⁴ En el trabajo de B. Alexander, “*The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*” [La Globalización de la Adicción: Un Estudio sobre la Pobreza de Espíritu], Oxford University Press, 2008, hay una interesante discusión de los temas que rodean la conceptualización de la adicción.

al menos en términos de la población en general, persisten las complicaciones. En particular, la evaluación de riesgo se complica debido a la amplia variación en la composición fisiológica y psicológica de los consumidores individuales de drogas. Variables clave incluyen la salud física y mental general, así como la edad (los jóvenes y los adultos mayores son más vulnerables). Condiciones específicas de salud física y mental pueden tener un impacto importante sobre el riesgo individual, y factores fármaco-genéticos también pueden causar vulnerabilidades hacia ciertos daños producidos por drogas en determinadas personas.

iv **Preparación de la droga, método de administración, conductas de consumo**

Para todas las drogas, existe una clara relación entre riesgo y dosis. Mayormente, las categorías y clasificaciones ampliamente generalizadas de daños producidos por drogas no toman en cuenta esta relación. Es evidente que una pequeña cantidad de droga correspondiente a la Clase A o la Clasificación 1 será menos riesgosa que una dosis considerable de una droga de clasificación menor.

El tema relacionado de la potencia de la droga es asimismo un factor de riesgo. Sin embargo, en un mercado regulado, con productos estandarizados e información inscrita en el empaque, los riesgos específicos de la potencia desconocida (y, en particular, de una potencia inesperadamente elevada) serán en gran medida eliminados. El tema del riesgo relativo asociado a la potencia probablemente ha sido sobreestimado respecto a que, si los usuarios tuvieran la información requerida sobre dosis, controlarían racionalmente la dosis para regular su propia exposición al riesgo – o auto-ajustarían la dosis para lograr el nivel de intoxicación que buscan experimentar.

La naturaleza de la preparación de la droga, cómo ésta es administrada, y el entorno físico y social/de pares en el cual tiene lugar el consumo,

son también variables concatenadas crucialmente importantes en la determinación del riesgo. Ello queda cabalmente ilustrado por el ejemplo de las drogas elaboradas a base de coca – desde la hoja de coca para masticar, pasando por bebidas preparadas con coca, cocaína en polvo para aspirar nasalmente, hasta el *crack* de cocaína que se fuma (consultar: página 144). Todas ellas involucran consumo de cocaína, pero a niveles ampliamente diferenciados de riesgo.

Resumen de vector de riesgo para modo de administración de la droga³⁵

INYECCIÓN

Es la forma más riesgosa para administración de drogas, no sólo porque el consumidor resulta expuesto de inmediato a la totalidad de la dosis consumida y por ello se arriesga a una sobredosis, sino porque el propio acto de inyectarse involucra el riesgo de lesiones e infección.

FUMAR/INHALAR

Expone al consumidor al efecto de la droga de modo apenas marginalmente más lento que la inyección pero permite un mayor grado que control sobre la dosis consumida y la intoxicación producida – de modo que el riesgo de sobredosis es menor. Sin embargo, presenta un riesgo adicional de daño crónico a los pulmones. Vale la pena advertir que el riesgo de daño pulmonar puede reducirse significativamente si la droga es inhalada en forma de vapor,³⁶ en lugar de humo producido en un proceso de combustión.

ASPIRACIÓN (INSUFLACIÓN)

Las drogas en forma de polvo pueden ser aspiradas y absorbidas en cuestión de minutos a través de las membranas de la mucosa nasal. En contraste con los segundos que toma el consumo asociado con la inyección, se trata de un proceso de menor intensidad y otorga cierto grado de control sobre la dosificación. Existe un riesgo moderado de daño crónico a las membranas nasales.

- ³⁵ Otros modos menos comunes de administración incluyen los parches transdérmicos (empleados, por ejemplo, para la administración medicada de terapia para reemplazo de nicotina, y de metilfenidato de liberación lenta), y supositorios; también empleados, quizá para sorpresa de pocos, casi exclusivamente para fines médicos.
- ³⁶ La prescripción de inhaladores de drogas es un ejemplo común de cómo una droga puede ser absorbida a través de los pulmones sin el riesgo de daño a éstos que se asocia con el hábito de fumar. Los “vaporizadores” son también comúnmente empleados para el consumo de cannabis.

CONSUMO ORAL

La droga es absorbida en el transcurso de un ciclo mayor de tiempo (una hora o más) en el intestino, el cual está relativamente bien equipado para lidiar con sustancias extrañas.³⁷ A la liberación más lenta de drogas consumidas oralmente por lo general le corresponderá un riesgo menor que a sus equivalentes de rápida liberación, ya que se reduce el nivel de exposición (niveles en la sangre) en cualquier plazo determinado – aunque la duración de exposición/intoxicación se prolongue. Ciertas drogas, incluyendo el tabaco y la hoja de coca, son colocadas en la boca y absorbidas a través de las encías.

4.2.2 Riesgos/daños sociales secundarios

Desagregando daños producidos por drogas y daños causados por políticas

Al igual que la evaluación de riesgos/daños de salud debidos al consumo de drogas, las consideraciones sobre riesgos/daños secundarios se complican debido a la influencia del entorno de políticas. La posición en favor de la reforma se basa sustancialmente en la observación de que los riesgos/daños causados por las drogas, tanto los relacionados a la salud como los secundarios de tipo social, se incrementan en el contexto de la producción y oferta controladas ilícitamente, así como de entornos de consumo ilícitos. Aunque uno encuentra considerable complejidad al tratar de desentrañar estos riesgos/daños relativos, el tema más amplio es ilustrado de manera simple con un ejemplo del mundo real.

Compárese a dos tipos de consumidores de heroína por inyección; para financiar su hábito ilícito, los primeros están cometiendo un sinnúmero de robos y realizando trabajo sexual. Ellos están consumiendo heroína “de la calle” (de potencia y pureza desconocidas) con jeringas sucias que a menudo deben compartir en espacios inseguros. Obtienen sus suministros comprándolos de un aparato de venta/tráfico criminal que puede ser rastreado hasta la producción ilícita de la sustancia en Afganistán. Estos consumidores tienen VIH, Hepatitis C, así como largos – y crecientes – antecedentes criminales.

El segundo tipo de consumidores obtienen heroína farmacéutica legalmente manufacturada y recetada de potencia y pureza conocidas, en un espacio supervisado clínicamente, con parafernalia de inyección esterilizada. No hay criminalidad, lucro ni violencia involucrada en ninguna de las etapas de la producción, suministro o consumo de la droga, ni riesgo de contagio de infecciones transmitidas por la sangre, riesgo casi nulo de muerte por sobredosis, ni delincuencia para solventar el consumo.

Aunque los intentos por diferenciar los riesgos/daños producidos por las drogas, separándolos de los riesgos/daños producidos por las políticas, resultan de vital importancia para impulsar el discurso sobre políticas, existen riesgos/daños sociales y secundarios demostrables asociados con el consumo de estas sustancias. Éstos fluyen específicamente de la naturaleza de los efectos de una droga determinada, y corresponden a conductas relacionadas a la intoxicación, la propensión de la sustancia a generar dependencia, y daños que puedan resultar de conductas relacionadas a la dependencia. La Academia de Ciencias Médicas del Reino Unido ha identificado los siguientes riesgos/daños sociales potenciales de las drogas:³⁸

- * Privaciones e infortunios familiares, resultado del desempleo/pérdida de ingreso, pérdida de días productivos, abandono de la familia/dependientes y riesgo de abuso
- * Criminalidad asociada con el consumo, incluyendo desórdenes públicos, problemas por tener antecedentes penales, y carga sobre el sistema de justicia penal (incluyendo las prisiones)
- * Carga sobre servicios de tratamiento de drogas y servicios sociales.

Deben incluirse riesgos/daños asociados con manejar, operar maquinaria o equipos similares mientras el desempeño se encuentra afectado por el uso de drogas.

³⁸ “*Brain Science, Addiction and Drugs*” [Ciencia Cerebral, Adicción y Drogas], Academia de Ciencias Médicas del Reino Unido, 2008, página 88.

4.2.3 **Afinando respuestas sobre políticas y comunicación**

En ocasiones, es esencial generalizar sobre los daños a la población causados por un producto de drogas determinado. Ello puede, por ejemplo, ayudar a definir prioridades de políticas amplias. Sin embargo, ello no siempre resulta apropiado al afinar las respuestas de políticas para sub-poblaciones específicas o personas individuales.

En su forma actual, las evaluaciones y clasificaciones sobre daños causados por drogas pueden ayudar a realizar tales generalizaciones. A pesar de ellos, éstas resultan menos efectivas cuando se trata de buscar respuestas más matizadas. Hemos intentado señalar algunos de los factores que pueden apoyar tal afinamiento; a todas luces, estos factores no aparecen en los sistemas generalizados existentes de tres o cuatro niveles.

Con frecuencia, tales sistemas son excesivamente simplificados. Asimismo, resultan desinformados respecto a las conductas de la población sub-cultural, y no responden a éstas. Estos sistemas también fusionan una serie de vectores de daños cuyas clasificaciones son patentemente distintas. Ello lleva al desarrollo de políticas basadas en el entendimiento de que *“la droga A es más riesgosa que la droga B”*, aún cuando a menudo tales apreciaciones pierden sentido al ser trasladadas a comportamientos del mundo real y a la experiencia de consumidores individuales.

En términos de educación con fines de salud pública, los consumidores de drogas actuales, pasados y potenciales, así como los no consumidores de drogas, precisan de información preparada a la medida sobre riesgos asociados a drogas, y sobre los daños potenciales que pueden enfrentar como personas. Tal información debe corresponder a las muy distintas necesidades específicas de, digamos, un joven de 18 años de edad que siente curiosidad por el éxtasis; una persona de 26 años con

antecedentes psicóticos y que consume cannabis, una persona diabética de 36 años de edad preocupada por la cocaína; o una persona de 66 años que sufre de hipertensión y contempla el consumo de alcohol.

Todos y cada uno de estos usuarios deben poder comprender los riesgos que corren a nivel personal al consumir una droga en particular, en una dosis específica, con una frecuencia particular, administrada de determinada manera, y en un espacio dado.³⁹ Tal es el desafío mayúsculo – pero de ninguna manera imposible de superar – que enfrentan los educadores, ya sea en escuelas o en universidades, al ofrecer páginas web y panfletos, o al diseñar carteles y anuncios para la televisión.

Ellos deben encontrar maneras de hacer que la complejidad a la cual se ha aludido antes, resulte comprensible y accesible para una población extensa. En particular, deben dirigirse a quienes resultan ser más vulnerables a los daños relacionados a las drogas, pero a menudo también son los más difíciles de abordar.

El detalle de cómo enfrentar mejor este desafío, cae fuera del ámbito de esta publicación, pero de esta discusión resulta evidente que deben separarse, cuantificarse y clasificarse de manera independiente las variables clave o vectores de daños producidos por drogas. Éstos incluyen: toxicidad aguda y crónica; propensión a la dependencia (tanto fisiológica como psicológica); temas relacionados a la dosificación, potencia, frecuencia de uso, preparación y modo de administración de la droga; factores individuales de riesgo, incluyendo salud física y mental; edad y aspectos fármaco-genéticos, y factores conductuales, incluyendo espacios para consumo de la droga y consumo de drogas múltiples.

³⁹ También necesitan contar con información sobre señales de peligro de que su consumo de drogas, o el de sus compañeros, se ha vuelto o se está volviendo problemático, así como sobre el curso de acción apropiado, incluyendo acceso a servicios de apoyo y tratamiento.

4.3 **Legislando a nivel global, nacional y local**

Los argumentos presentados arriba implican la necesidad de formular un amplio rango de nuevas decisiones y leyes sobre políticas de drogas. Es importante comprender a qué nivel político deben producirse tales decisiones y leyes. En principio, éstas no difieren significativamente de temas similares en otros escenarios de política social y legislación que lidian con drogas médicas y no médicas actualmente legales. Sobre esta base, sugerimos a continuación cómo la nueva legislación y manejo sobre drogas podría integrarse y ser administrado por una serie de entidades políticas de distintos tipos que van desde aquellas de carácter internacional hasta otras decididamente locales.

- * Las diversas agencias de la ONU seguirían siendo responsables de los temas de derechos humanos y comercio a nivel internacional. Ellas proporcionarían la base, reglas básicas y parámetros dentro de los cuales los Estados individuales pueden operar, así como ofrecerían guía y proporcionarían un centro neurálgico para la investigación y recolección de datos sobre drogas a nivel internacional. El papel de la ONU incluiría la supervisión y guía respecto a derechos de los Estados soberanos, así como responsabilidades ante países vecinos y la comunidad internacional más amplia. Un papel expandido adicional involucraría la supervisión de los temas de comercio de drogas no médicas a nivel internacional, el cual operaría paralelamente a su función de supervisión de la producción existente de drogas con fines médicos, actuando al lado de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y otras entidades/convenios de comercio pertinentes.

- * Los Estados individuales deben poder determinar de manera democrática sus propias políticas y marcos legales de drogas. Tal determinación naturalmente tendría lugar dentro de parámetros, derechos y responsabilidades legales internacionales, establecidos

por la ONU y por cualquier otra entidad/gobierno regional al cual pertenezcan los Estados individuales. Ello establecería los estándares básicos de justicia y derechos humanos que tendrían como línea de base implicaciones para el uso de sanciones punitivas contra consumidores de drogas, aunque no impondrían ni excluirían temas relacionados al acceso/suministro legal, o al comercio interno doméstico de la droga.

- * Los gobiernos locales y municipales podrían determinar el detalle de los temas de menor nivel legal relativos a la regulación, otorgamiento de licencias y aplicación de la ley, junto con la provisión de servicios relacionados a drogas/salud. Todo ello coincidiría con los parámetros y objetivos establecidos por el gobierno nacional e, implícitamente, con la legislación internacional más general. Algunos marcos similares ya están bien establecidos en una serie de países en relación a la autorización para la venta de alcohol. En el Reino Unido, por ejemplo, cada entidad a cargo del otorgamiento de licencias debe revisar cada tres años los permisos para lugares de esparcimiento y consultar con el jefe de policía y de bomberos, y con representantes de los titulares de las licencias, así como de los negocios y residentes locales. En los EE.UU., las políticas referidas a alcohol son mayormente manejadas por los estados individuales, los cuales controlan la manufactura, distribución y venta del producto dentro de sus fronteras, mientras que el gobierno federal regula la importación y el transporte entre estados. De modo similar, los estados individuales en los EE.UU. y Australia tienen enfoques muy diferenciados a la aplicación de la ley sobre consumo personal de cannabis – que oscila desde la descriminalización de facto (o la aplicación de penalidades civiles) hasta sanciones punitivas penales.⁴⁰ La dinámica de poder federal/estatal generalmente resulta en que los delitos más graves corresponden al gobierno federal, mientras que los

⁴⁰ Sin embargo, actualmente la legislación federal e internacional impiden la exploración de opciones para la regulación legal de suministros no médicos.

delitos menos graves y las faltas de carácter civil son tratados con flexibilidad por las autoridades a nivel estatal.

4.4 **Investigación efectiva para políticas efectivas**

En el curso de las cinco décadas pasadas, el régimen prohibicionista ha constituido una estrategia políticamente importante para los gobiernos de todo el mundo. Su importancia ha estado más impulsada por un deseo de lidiar con firmeza con un “*mal*” así percibido, y de ser visto haciéndolo, que por un deseo de involucrarse directamente con un conjunto de temas de salud y sociales muy desafiantes y complejos. La necesidad de justificar tal enfoque ha dado forma a la agenda de investigaciones sobre drogas. De manera directa e indirecta, tal necesidad ha estimulado una distorsión de la investigación hacia la demostración de los daños causados por las drogas, con el fin de justificar y apoyar respuestas punitivas a la “*amenaza de las drogas*”. Este enfoque sobre investigaciones que justifiquen la acción firme y punitiva, ha llevado a una evasión a realizar investigaciones sobre políticas que evalúen y escudriñen los resultados reales del régimen de prohibición.

Por ello, existe una clara necesidad de realizar un cambio en la agenda de investigación, alejándose de su distorsión histórica hacia la investigación médica de la toxicidad y adicción asociadas a las drogas, y orientándola hacia una investigación significativa sobre políticas. Sigue siendo, desde luego, muy importante explorar y comprender cabalmente los daños a la salud causados por las drogas. Pero tal entendimiento debe ser complementado con una meticulosa evaluación de las políticas que se proponen mitigar tales daños. Particularmente, deben evaluarse y explorarse los resultados de dichas políticas, así como alternativas a las mismas.

La responsabilidad para llevar a cabo este encargo ha recaído históricamente sobre el sector no-gubernamental. El ingreso del gobierno y

su participación en esta área servirían tanto para desarrollar nuevas políticas para el manejo de las drogas, como para la modificación de las existentes. Ello aseguraría la más eficiente limitación de los daños relacionados a las drogas a nivel local, nacional e internacional, tanto en el corto como en el largo plazo.

Deben iniciarse dos programas clave de investigación:

- * Los críticos del enfoque prohibicionista pueden con justa razón argumentar, y así lo hacen, que existe sólida evidencia del fracaso general y la naturaleza contraproducente del enfoque de esta política. Sin embargo, para lograr un avance en términos políticos, se requiere que tal crítica y análisis estén firmemente arraigados en un conjunto de investigaciones exhaustivas y continuas por parte de entidades internacionales (ONU) y de los gobiernos —investigaciones en las cuales todos los resultados de políticas sean evaluados con apertura y precisión de manera periódica de acuerdo a estándares establecidos, y empleando un conjunto de indicadores/parámetros de políticas acordados. Aún nos encontramos lejos de conseguir un resultado que refleje siquiera remotamente este objetivo.⁴¹ La escasez de información y análisis adecuados en relación a las políticas actuales constituye un obstáculo significativo para comprender los impactos de tales políticas y, en tal sentido, para poder modificarlas o evolucionarlas a fin de maximizar su eficacia.

- * Paralelamente a una evaluación más significativa y a un involucramiento clave con las políticas actuales, debe producirse una inversión sustancial en la exploración de enfoques de políticas alternativas. Tal investigación puede valerse de instrumentos analíticos establecidos de una naturaleza más especulativa, tales como análisis comparativo de costo-beneficio, y evaluaciones

⁴¹ Para una discusión más detallada, consultar: M. Trace, M. Roberts, A. Klein, “*Assessing Drug Policy; Principles and Practice*” [Evaluando las Políticas sobre Drogas; Principios y Práctica], Fundación Beckley, 2004.

de impacto.⁴² Estos instrumentos pueden realizar investigaciones piloto en marcha y expandidas sobre modelos regulados de producción y suministro. Juntas independientes de investigación que supervisen la agenda de investigaciones y difundan los hallazgos de éstas hacia actores clave pertinentes, pueden operar a nivel de los Estados y de la ONU.

4.5 **Impactos sociales, políticos y económicos más amplios**

La producción y el tráfico ilícito de drogas han tenido una serie de consecuencias profundas para el desarrollo social, político y económico de países clave donde tienen lugar la producción y el tránsito de estas sustancias. Correspondientemente, será significativo para estos países el impacto de cualquier transición hacia una producción regulada dentro del mercado global. Las consecuencias de la prohibición global en términos de desarrollo, y los impactos producidos por cualquier cambio que se aparte de tal modelo, deben incluirse de una manera más central en el discurso sobre reforma de drogas, el cual ha tendido a enfocarse en las preocupaciones domésticas de los países desarrollados donde viven los consumidores. Igualmente, tales consecuencias deben darse a conocer de modo mucho más prominente en un discurso de desarrollo más amplio.

Muchos países o regiones involucrados en la producción y tránsito de drogas poseen una infraestructura gubernamental y estatal débiles y caóticos – ejemplos prominentes actuales de esta situación incluyen Afganistán, Guinea Bissau, y áreas de Colombia. Las prohibiciones aplicadas sobre productos para los cuales existe una fuerte demanda inevitablemente crean oportunidades criminales, impulsando la producción, oferta y consumo hacia una economía paralela ilícita. Tal actividad ilícita es flexible y oportunista, buscando de manera natural espacios donde pueda operar con costo e interferencia mínimos – de

⁴² Para una discusión más detallada, consultar: “*A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs*” [Una Comparación del Costo-Efectividad de la Prohibición y la Regulación de las Drogas], Fundación Transform Drug Policy, 2009.

ahí la atracción hacia regiones geográficamente marginales y frágiles, y hacia Estados en crisis o que han colapsado. La actividad ilícita a gran escala puede alimentar una espiral descendente de desarrollo. En tal espiral, los problemas existentes son exacerbados y la gobernabilidad es socavada más aún a través de la corrupción y violencia endémicas, rasgos inevitables de los mercados de drogas ilícitas controlados plenamente por especuladores criminales organizados.

La mayoría de quienes producen drogas no corresponden al estereotipo de mafiosos que se ubican en la cumbre de la pirámide del tráfico ilícito, acumulando la mayor parte del ingreso que éste genera. Los agricultores y peones que componen el grueso de la fuerza laboral ilícita con frecuencia viven en condiciones de pobreza, subdesarrollo e inseguridad. Su participación en el negocio ilícito de la droga obedece en gran medida a *“la necesidad, no la codicia”*, y su *“incorporación a la ilegalidad”*⁴³ es principalmente un reflejo de la pobreza y opciones limitadas. Por ejemplo, la UNODC ha reconocido que, en Myanmar, *“el cultivo de la amapola es una señal de pobreza antes que de riqueza”*.⁴⁴

Esta discusión requiere que destaquemos aquellos daños que son específicamente resultado de, o exacerbados por, la naturaleza ilícita del tráfico de drogas. Desde luego, tal naturaleza ilícita es en sí misma la consecuencia inevitable y directa de optar por un enfoque exclusivamente prohibicionista para el control de drogas.

La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia⁴⁵ identificó en 2009 cinco problemas principales que son causados por la

La mayoría de quienes producen drogas no corresponden al estereotipo de mafiosos que se ubican en la cumbre de la pirámide del tráfico ilícito. Los agricultores y peones que componen el grueso de la fuerza laboral ilícita con frecuencia viven en condiciones de pobreza, subdesarrollo e inseguridad

43 M. Jelsma, *“Vicious Circle: The Chemical and Biological War on Drugs”* [Círculo Vicioso: La Guerra Química y Biológica Contra las Drogas], Instituto Transnacional, 2001, página 26.

44 *“Life in the Wa Hills: Towards Sustainable Development”* [La Vida en las Montañas Wa: Hacia el Desarrollo Sostenible], Oficina de País de la ONUDD en Myanmar, 2006, página 3.

45 *“Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift”* [Drogas y Democracia: Hacia un Cambio de Paradigma], Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, página 25.

prohibición, la aplicación de la legislación correspondiente, y el tráfico ilícito que ésta crea:

- * *El desarrollo de poderes paralelos en áreas susceptibles de Estados nacionales (distritos pobres dentro de ciudades grandes y su periferia; regiones alejadas del interior del país; áreas fronterizas; y territorios amazónicos);*
- * *La criminalización de los conflictos políticos;*
- * *La corrupción de la vida pública (sobre todo de los sistemas policiales, de justicia y penitenciarios);*
- * *La alienación de la juventud y, especialmente, de los jóvenes pobres;*
- * *El desplazamiento de agricultores (más de dos millones se han desplazado internamente, miles más son refugiados de la guerra contra las drogas en Colombia) y la estigmatización de las culturas tradicionales (una imagen negativa asignada al cultivo de coca, un producto agrícola fundamental de las culturas andinas en Bolivia y el Perú)*

A esta lista también podría añadirse lo siguiente:

- * *'Desplazamiento de las políticas'*⁴⁶ a través del cual el entorno político (antes que la evidencia de efectividad) distorsiona dramáticamente el enfoque de las políticas y los recursos hacia acciones contraproducentes de aplicación de la ley y erradicación, a expensas del desarrollo social y económico. Los temas locales de salud pública, incluyendo el uso problemático de drogas y el VIH/SIDA relacionado a drogas, son marginalizados.
- * Las intervenciones de desarrollo donde éstas ocurren, son distorsionadas por los objetivos de la guerra contra las drogas, lo cual significa que éstas son a menudo inadecuadas en cuanto a escala e inefectivas en términos de diseño e implementación.
- * Destrucción ambiental – por ejemplo, la deforestación de Colombia⁴⁷ para el cultivo de coca ilícita (exacerbado por el

⁴⁶ Un concepto resaltado por el director ejecutivo de UNODC como una de las "consecuencias imprevistas" del sistema para el control de drogas. Consultar: "Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade" [Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS], UNODC, 2008.

⁴⁷ Colombia es una de las naciones más bio-diversas del planeta.

desplazamiento causado por la erradicación) y la polución causada por el procesamiento no regulado de la coca

- * Fomento directo al conflicto, al brindar una fuente de ingreso a subversivos, grupos terroristas, milicias y gobiernos corruptos que los apoyan mientras persiguen objetivos militares

Desde luego, los recursos naturales de alto valor, ya sean legales o ilegales, también pueden alimentar el conflicto; ejemplos actuales de este fenómeno incluyen el petróleo, los diamantes y el coltán.⁴⁸ Pero su valor sigue siendo consistentemente elevado, independientemente de los marcos legales internacionales. En cambio, las cosechas relacionadas a drogas como la amapola y la coca son esencialmente de bajo valor. Éstas sólo se han convertido en mercancías de alto valor como resultado de un marco legal prohibicionista, el cual ha estimulado el desarrollo de un tráfico controlado por criminales. Tal es la alquimia de la prohibición que, al momento que el producto llega a los consumidores en el mundo desarrollado, su valor literalmente excede su peso en oro.

En contraste, la producción lícita de opio y coca (consultar: [Apéndice 2](#), página 229) está asociada con pocos, si acaso alguno, de los problemas destacados anteriormente. En este contexto legal, funcionan esencialmente como mercancías agrícolas convencionales – en buena cuenta, como el café, té u otro ingrediente farmacéutico de origen vegetal.

Bajo un régimen de producción legal, los cultivos de drogas se convertirían en parte del discurso mayoritario sobre desarrollo. Mientras que tales actividades agrícolas presentan un cúmulo de desafíos graves y urgentes, tanto para las comunidades local e internacional – por ejemplo, lidiar con los caprichos de mercados capitalistas globales y la ausencia generalizada de una infraestructura de comercio justo – abordar tales temas dentro de un marco de mercado legalmente regulado supone que

⁴⁸ Mineral hallado en el Congo, del cual se produce el Tantalio – un mineral esencial para producir teléfonos celulares. Consultar: B. Todd, “Congo, Coltán, Conflict” [Congo, Coltán, Conflicto], *The Heinz Journal*, Volumen 3, edición 1, 2006.

éstos no se encuentren bloqueados adicionalmente por las consecuencias negativas de la prohibición, ni por los imperios criminales que ésta ha creado.

El papel potencial en cualquier comercio post-prohibición en los países donde actualmente tiene lugar la producción ilícita, y el inevitable proceso de transición, plantean una serie de cuestiones que requieren una consideración más detallada por parte de agencias clave, ONG y estudiosos del tema.

Existe potencial para que el cultivo legal y cuasi-legal de coca establecido desde hace mucho tiempo en las regiones andinas continúe o se expanda bajo un marco regulado modificado. Al igual que la del café, la producción de coca podría estar sujeta a los principios del comercio justo y, para los productos no farmacéuticos derivados de la coca, incluyendo cierta forma de proteccionismo similar a los sistemas “*Determinación de Origen Protegida*” (PDO, siglas en inglés), “*Indicación Geográfica Protegida*” (PGI, siglas en inglés) o “*Especialidad Tradicional Garantizada*” (TSG, siglas en inglés) de la Unión Europea.⁴⁹ Inevitablemente, sin embargo, no habría mecanismo alguno que impidiese el cultivo de coca para mercados legales futuros que surjan en otros lugares, a menos que las convenciones sobre drogas de la ONU sean, por acuerdo, adaptadas para controlar tal producción (tal como ocurre actualmente con la producción de opio), o que se establezcan nuevos acuerdos comerciales internacionales para cumplir un papel similar.

Para las regiones andinas, la transición que las aleje de una producción ilícita de coca tendrá sin duda muchos beneficios. Ello no obstante, también supondrá impactos potencialmente negativos, en términos de disminución del PIB y menores oportunidades económicas para ciertas poblaciones que ya se encuentran en condiciones de marginalización y precariedad. Estas consecuencias negativas no pueden ser ignoradas, y deben ser también integradas en cualesquiera análisis y

⁴⁹ Consultar en el siguiente vínculo detalles relevantes de la Unión Europea: www.ec.europa.eu/agriculture/quality/.

planificación de desarrollo que sean emprendidos por agencias nacionales e internacionales.

Sería asimismo imperativo manejar la influencia de cualquier corporación multinacional al interior de esta industria; Colombia ya tiene malas experiencias con compañías como Coca Cola. En casos extremos, la participación en sindicatos ha conllevado persecuciones, secuestros y asesinatos. Un papel expandido o modificado para reguladores/monopolios estatales establecidos del mercado de la coca, trabajando más estrechamente con agencias de drogas de la ONU y entidades internacionales de comercio, representa una opción más atractiva.

Más problemático resulta el futuro del comercio del opio en Afganistán y, en un grado menor, de la producción de opio en otras partes del Asia Central y Oriental. El opio ya se produce en todo el mundo; la producción lícita existente para uso médico podría expandirse con relativa facilidad en cuanto a producción para uso no médico (consultar: *Apéndice 2*, página 229). El cultivo de la amapola podría volverse menos atractivo para los agricultores afganos, en la medida en que se erosione gradualmente el fomento al precio otorgado por el régimen de prohibición global. En ausencia de un comercio justo internacionalmente administrado, así como de precios mínimos específicamente garantizados, los agricultores serían incapaces de competir con la gran producción industrializada internacional.

Es posible que, en la medida en que se contraiga la demanda ilícita, un esquema similar al bien intencionado – aunque mal concebido— programa “*Amapola por Medicina*”⁵⁰ pueda jugar un papel de utilidad. La producción ilícita existente también podría migrar paulatinamente hacia un esquema de comercio justo legal para exportación, supervisado de modo similar a la producción existente con fines médicos (la producción que resulta más evidente es la que ocurre en la India) por parte de agencias de drogas de la ONU.

Sin embargo, cualquier escenario de contracción de mercados ilícitos tendría una dinámica muy diferente a la producción ilícita actual. Éstos ciertamente operarían a menor escala y, al igual que con la coca en los países andinos, se producirían implicaciones sociales y económicas. Los impactos positivos de una menor especulación criminal, así como menos conflictos e inestabilidad, serían sopesados contra la reducción de oportunidades económicas y la disminución del PIB en el corto y mediano plazos.

Se requerirán intervenciones de desarrollo más convencionales para los productores de coca y opio que se encuentran en la base de la pirámide de producción ilícita; para aquellos que hayan sido afectados adversamente por la contracción progresiva de las oportunidades de comercio ilícito, y para quienes, en términos prácticos o económicos, no fuera viable la transición hacia cualquier forma de comercio legal post-prohibición. Pueden aprenderse lecciones de la amplia experiencia con el Desarrollo Alternativo (AD, siglas en inglés), un concepto que ha fracasado en su meta de reducir la producción global ilícita de drogas pero que ha demostrado – cuando se ha llevado a cabo rigurosamente – cómo los agricultores pueden hacer una transición hacia medios de subsistencia no relacionados a drogas. Los puntos clave a considerar en ello incluyen:

- * Realizar un buen planeamiento, y tomar en cuenta realidades en el terreno. En el pasado, con frecuencia se le ha impuesto desde arriba como parte de una estrategia de erradicación/aplicación de la ley; la participación local en el desarrollo del proyecto y la apropiación de los programas es esencial.
- * Con demasiada frecuencia, el Desarrollo Alternativo ha sido visto de manera separada a estrategias de reducción de la pobreza y programas nacionales de desarrollo, cuando de hecho éstos están inextricablemente vinculados.⁵¹ Por ello, debe ser retirado de la esfera de las estrategias para el control de drogas, e integrado a

51 J. Buxton, “*Alternative Development in Counter Narcotics Strategy: An Opportunity Lost?*” [Desarrollo Alternativo en la Estrategia Antidrogas: ¿Una Oportunidad Perdida?], (publicación pendiente), 2009.

políticas más amplias de desarrollo.

- * Debe recibir financiamiento adecuado e incluir micro-financiamiento para agricultores. Además, debe estar enfocado en cultivos viables, así como en mercados viables. Debe reconocer el impacto de aspectos de seguridad, desarrollo y derechos humanos, así como de educación, salud, gobernabilidad y oportunidades económicas.

Existe, sin embargo, la inquietud real de que una vez que disminuyan las prioridades de las políticas actuales para el control y erradicación de drogas, disminuirá también el nivel de interés y los recursos para el desarrollo dirigidos hacia los productores de drogas empobrecidos.⁵² Éstos simplemente se unirán a las amplias filas de personas marginalizadas tan comúnmente ignoradas o abandonadas por las acciones de desarrollo internacional. Cuando tal transición tenga lugar, debe recaer parte de la responsabilidad sobre los países consumidores. Quizá esta responsabilidad podría descargarse a través de una especie de “*Plan Marshall*” a aplicarse al término de la guerra contra las drogas. Bajo tal plan, una proporción de los gastos anteriormente empleados para acciones de aplicación de la ley por el lado de la oferta de drogas, sería reasignada a economías regionales ex-productoras de droga que hayan sido devastadas. Ello ayudaría a fomentar medios de subsistencia alternativos, y a desarrollar la gobernabilidad e infraestructura del Estado. El financiamiento podría provenir de los “*dividendos de la paz*” que arribarían con el fin de la guerra contra las drogas, posiblemente con apoyo de ingresos procedentes de legítimos impuestos por drogas.

El campo del desarrollo en su conjunto – incluyendo tanto a los gobiernos como a las ONG – ha fracasado estruendosamente en identificar el papel de la prohibición en la generación de problemas relacionados al desarrollo. Ha sido casi nula la discusión de alternativas al régimen de prohibición. Donde se ha logrado alguna identificación, ésta ha sido mayormente en relación a los síntomas (intentos localizados para

⁵² Una inquietud similar ha sido expresada en relación a la prioridad y recursos orientados hacia el tratamiento de la adicción a las drogas post-prohibición, en la medida en que la agenda para la reducción del delito se vuelve crecientemente irrelevante.

reducir algunos daños relacionados al mercado ilícito y la aplicación de la ley; resolución de conflictos, resaltando más respuestas excesivas/aplicación de la ley con participación de fuerzas militares; etc.). Ello ha constituido un consistente fracaso en abordar las causas radicales del problema.

Los principios básicos y estructuras legales de la prohibición en sí apenas han sido cuestionados. Éstos son vistos invariablemente como un conjunto absoluto e inamovible de estructuras legales/políticas, antes que como una opción particular y reversible de las mismas. Parte de la culpa por este fenómeno debe recaer en el movimiento de reforma de políticas sobre drogas, y sobre sus preocupaciones domésticas un tanto miopes, pero en gran medida la falta de involucramiento se debe simplemente al temor. La discusión de alternativas al régimen de prohibición es aún considerada tabú en muchos entornos de alto nivel que lidian con políticas, especialmente en la gran mayoría de agencias de desarrollo con financiamiento estatal o que operan bajo los auspicios de la UN.

Cualquier avance respecto a este tema debe empezar con un esfuerzo significativo por parte de las agencias internacionales clave – ONG, gobiernos y la UN – de contabilizar los costos sociales y económicos del compromiso global con el régimen de prohibición, es decir, con las “consecuencias involuntarias del control de drogas” planteadas de manera tan elocuente por la UNODC.⁵³

Tales evaluaciones impulsarán y apoyarán el diálogo para hallar nuevas y más efectivas maneras de avanzar. Tal evolución debe fortalecer a un campo de desarrollo más amplio que tenga, por fin, la oportunidad de empezar a abordar este enorme y urgente tema, y de crear oportunidades de desarrollo que sean más efectivas y, por ello, más constructivas que las exploradas en el pasado.

53 A. Costa, “*Making drug control ‘fit for purpose’: Building on the UNGASS decade*” [Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS], UNODC, 2008.

4.5.1 Consecuencias más amplias para el crimen organizado

Una preocupación frecuentemente expresada en relación a los avances hacia la regulación legal del mercado de drogas se enfoca en una simple pregunta: “¿qué harán todos los criminales una vez que se eliminen las oportunidades que les son otorgadas por el régimen de prohibición?” Evidentemente, los impactos de los avances hacia la regulación legal de los mercados de drogas serán diferentes para los distintos niveles de la infraestructura criminal y los entornos en que operan. Dado que las reformas serán pautadas a lo largo de varios años y no tendrán lugar de la noche a la mañana, las infraestructuras criminales de la droga experimentarán un extenso período crepuscular de disminución de oportunidades de enriquecimiento.

Sin lugar a dudas, algunos criminales explorarán nuevas áreas de actividades ilegales, y es realista esperar que se producirán incrementos en ciertas áreas, como los delitos informáticos, extorsión u otros negocios ilícitos. Sin embargo, el crimen es en gran medida una función de oportunidad, y es imposible imaginar que existan suficientes oportunidades criminales sin explotar para absorber los recursos humanos que actualmente operan un mercado ilícito de drogas que factura aproximadamente US\$ 320 mil millones por año a nivel mundial. Incluso considerando que se produzca cierta derivación hacia otras actividades criminales, el panorama general sin duda mostrará una significativa caída en cuanto a actividad criminal global en el largo plazo. Eliminar los mercados de drogas ilegales consiste en reducir *oportunidades* para cometer delitos.

Esta inquietud suena extraña colocada como argumento contra la reforma –porque al considerársele seriamente, pareciera estarse defendiendo la prohibición como una manera de mantener en pie destructivos imperios de drogas ilegales de manera que quienes trabajan para el crimen organizado no tengan que buscar un nuevo empleo. En contraste,

desde una perspectiva de la reforma, el argumento consiste en eliminar la mayor oportunidad criminal en el planeta, no sólo para aquellos criminales existentes en la actualidad sino, significativamente, para futuras generaciones de criminales. El fin de la prohibición contiene la promesa de alejar a millones de potenciales jóvenes productores, traficantes y vendedores de drogas, de una vida de crímenes.

Para muchas personas involucradas en los niveles inferiores de la economía de las drogas ilícitas en el mundo desarrollado, al igual que en los estratos bajos de la producción de drogas en países en desarrollo, una contracción del comercio ilícito puede tener consecuencias negativas, presentando significativas penurias económicas en el corto y mediano plazos. Haciendo abstracción de los múltiples daños sociales creados por los mercados ilícitos, éstos sí generan una actividad económica real y ofrecen empleo a muchas personas y poblaciones marginalizadas y socialmente excluidas quienes, de otro modo, contarían con limitadas opciones económicas, particularmente en centros urbanos. Cuando ocurra la transición del régimen de prohibición, han de considerarse en el discurso de las políticas sociales los impactos de cualquier proceso de largo alcance para reformar las políticas de drogas sobre estos grupos.

“Los empresarios del vicio ilícito parecieran responder a las descriminalizaciones y reducciones en los mercados ilícitos en alguna de las siguientes cuatro maneras: Algunos tienen éxito en convertirse en empresarios legales en la misma línea de trabajo. Algunos buscan permanecer ilegalmente en el negocio, ya sea brindando productos y servicios en competencia con el mercado legal, o empleando métodos criminales para aprovechar los mercados legales. Por ejemplo, tras el fin de la Ley Seca en los EE. UU., algunos contrabandistas continuaron comerciando sus productos falsificando los timbres fiscales para la venta de licor, obligando a los taberneros a continuar sirviendo el aguardiente casero que producían y los licores que importaban ilegalmente, e ingresando a la fuerza en la distribución del alcohol de procedencia legal. Algunos también lucharon por retener su mercado entre quienes le habían encontrado el gusto al whiskey hecho con maíz, antes y durante la Era de la Prohibición. La tercera respuesta

de los contrabandistas y traficantes de drogas es abandonar sus empresas, y más bien diversificarse hacia otras actividades criminales que involucran tanto oportunidades relacionadas al vicio como otros tipos de crímenes. De hecho, una potencial consecuencia negativa de la descriminalización es que muchos criminales convencidos se adaptarían a la pérdida de las ganancias provenientes del tráfico de drogas, reorientando sus energías hacia el robo, lo cual en cierta medida anula las reducciones en tales delitos como resultado de que los adictos ya no necesitarían generar sustanciales montos de dinero para pagar por los precios inflados de drogas ilícitas. La cuarta respuesta – una que ha sido y sería atractiva para muchos traficantes anteriores, actuales y potenciales de drogas – es renunciar por completo a cualquier actividad criminal.

“Relativamente pocas empresas criminales pueden compararse en términos de rendir tan buenos ingresos, de requerir tan pocas habilidades, de mantenerse bastante accesible a los novatos en el negocio, y de presentar atractivas oportunidades capitalistas para jóvenes de las barriadas urbanas con poca educación y escasa integración. Durante la Época de la Prohibición, decenas – sino cientos – de miles de estadounidenses sin un interés especial en llevar vidas criminales, fueron arrastrados al negocio de producir y distribuir ilegalmente alcohol. Luego de derogada la ley, muchos de ellos, acaso la mayoría, abandonaron por completo sus actividades criminales. Todo apunta a que la descriminalización de las drogas tendría el mismo impacto sobre muchas personas involucradas en el negocio del tráfico de drogas, quienes han sido tentadas hacia esta actividad criminal debido a los peculiares atractivos de dicho negocio. El reto para los investigadores, desde luego, es estimar las proporciones relativas de traficantes actuales y potenciales que responderían a cualquiera de estas cuatro opciones. El desafío aún mayor es determinar los tipos de políticas públicas que maximizarían la proporción de ellos que abandonarían del todo la actividad criminal.”

E. Nadelmann, *‘Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition’*,
Daedalus, 1994, 121, páginas 87–132

Lecturas adicionales

Evaluando los daños causados por las drogas

- * Nutt et al., '*Development of a rational scale to assess the harms of drugs of potential misuse*' [Desarrollo de una escala racional para evaluar los daños del potencial abuso de drogas], *The Lancet*, Volumen 369, Edición 9566, páginas 1047–1053, 2007
- * '*Brain science, addiction and drugs*' [Ciencia cerebral, adicción y drogas], Academia de Ciencias Médicas (Reino Unido), capítulo 5.3: "*Measuring the harm associated with the use of illegal drugs*" [Midiendo el daño asociado al consumo de drogas ilegales], 2008
- * S. Rolles, F. Measham, '*Questioning the method and utility of ranking drug harms in drug policy*' [Cuestionando los métodos y la utilidad de clasificar los daños de las drogas en la política], *International Journal of Drug Policy*, Jul;22(4):243-6, 2011
- * M. Roberts, D. Bewley-Taylor, M. Trace, '*Monitoring drug policy outcomes: The measurement of drug related harm*' [Monitoreando los resultados de políticas de drogas: La medición de daños relacionados a drogas], 2006

Investigación efectiva

- * M. Trace, M. Roberts, A. Klein, "*Assessing drug policy: Principles and practice*" [Evaluando las políticas sobre drogas: Principios y práctica], 2004

Desarrollo social y económico

- * "*Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift*" [Drogas y Democracia: Hacia un Cambio de Paradigma], Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009

The background of the image is a photograph of a modern, multi-story building with a curved facade and balconies. The balconies have glass railings. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter. A large, white, rounded speech bubble shape is positioned in the lower-left and center of the image, containing the main title text.

Mercados de drogas regulados en la práctica

5 **Mercados de drogas regulados en la práctica**

Cualquier discusión sobre la regulación legal del mercado de drogas debe necesariamente involucrar una revisión de las experiencias y lecciones aprendidas de diferentes enfoques hacia drogas actualmente legales y, en particular, hacia el alcohol y el tabaco. Aunque durante el último siglo se han cometido muchos errores en cuanto a políticas sobre alcohol y tabaco, recientemente se han desarrollado respuestas más apropiadas y efectivas, y éstas han sido adoptadas casi universalmente.

Debe reconocerse que el estatus histórico, cultural y legal singular del alcohol y el tabaco – y sus muy característicos efectos y patrones de consumo – exigen, en cierta medida, un grado de realismo y flexibilidad pragmáticos. Sin embargo, a pesar de ello, no puede plantearse un

argumento válido para no desarrollar políticas para manejar el alcohol y el tabaco basadas en los fines y principios operativos que impulsan la reflexión de este libro. Está disponible el mismo menú de instrumentos regulatorios y se buscan los mismos resultados de políticas. Por ello, es tanto consistente como necesario combinar medidas hacia una regulación legal efectiva de drogas actualmente ilegales, con llamados para mejorar la regulación de drogas que al presente son legales.

En ambos casos, se reconoce el estatus único de las drogas psicoactivas como mercancías que demandan una atención especial, y se comparte la meta común de avanzar hacia modelos regulatorios óptimos, incluso si el movimiento parte de un punto diferente en el *continuum* de políticas y presenta un conjunto de desafíos diferentes. Del mismo modo, cada uno busca alcanzar las metas ampliamente compartidas de reducir los daños personales y sociales asociados con la producción, suministro y consumo de drogas, y de promover más ampliamente la salud y el bienestar.

Permanece, sin embargo, una diferencia clave entre el manejo de drogas legales e ilegales. El proceso para mejorar el manejo de alcohol y tabaco ha sido capaz de preguntar y, hasta cierto punto, responder a cuestiones sobre qué formas de regulación resultan más efectivas. Éstas son preguntas de vital importancia. El marco legal actual para la mayoría de las otras drogas nos niega la oportunidad de explorar dichas preguntas en el contexto de aquellas drogas y, por ello, con la plena profundidad y rigor que merecen y requieren.

Un enfoque consistente respecto a las políticas aplicables a todas las drogas ayudará a revertir esta brecha en el campo de la investigación. Por ello, encarna la promesa de mejorar dramáticamente no sólo las políticas referidas a drogas actualmente ilegales, sino también a políticas sobre alcohol y tabaco.

5.1 Alcohol

Las políticas aplicables al alcohol proporcionan un conjunto invaluable de evidencias para apoyar el futuro desarrollo de modelos regulatorios legales efectivos para drogas actualmente ilícitas. Existe un extenso grupo de investigaciones, publicaciones y estudios en el campo, llevados a cabo por los gobiernos nacionales, ONG, académicos y entidades de la ONU, incluyendo – de manera muy prominente – a la Organización Mundial de la Salud. Algunas de esas investigaciones han sido mencionadas a través de este libro. Antes que replantear este bien documentado análisis, esta breve discusión se enfocará más en algunos de los temas más amplios que han emergido de él, y en sus implicancias para otras drogas.

El alcohol es una droga psicoactiva que tiene efectos tóxicos y el potencial de provocar dependencia. Es importante, sin embargo, reconocer sus diferencias con otras drogas. Tales diferencias van más allá de su estatus legal.

Entre las drogas, el alcohol es singular en el hecho de que constituye una comida/bebida. Cuando se descompone en azúcar, tiene en sí mismo un valor calórico. Dicho valor es complementado por las diversas bebidas o, en ocasiones, comidas con los cuales se le combina y consume. Más allá de ello, muchas bebidas alcohólicas han asumido por sí mismas roles e importancia culturales que sólo tangencialmente están vinculadas a sus efectos intoxicantes. Por ejemplo, se les ha empleado para cocinar, o como componentes de rituales religiosos. Igualmente,

Para que las políticas referidas al alcohol tengan un futuro efectivo es evidente que deberán tomarse decisiones potencialmente muy impopulares, que involucrarán el incremento de la regulación y fuertes restricciones sobre todos los aspectos de mercadeo y promoción

se reconoce que para los conocedores de vinos las bebidas alcohólicas no se consumen exclusivamente con el fin de llegar a un nivel de intoxicación.

El alcohol tiene una historia tan antigua como la civilización humana, y su consumo está profundamente arraigado en una amplia gama de contextos sociales y rituales culturales, a través de una significativa mayoría de sociedades en el mundo. Con la posible excepción de la cafeína, el alcohol es la droga psicoactiva de uso no médico más consumida. La OMS estima que hay “*cerca de 2 mil millones de personas en todo el mundo que consumen bebidas alcohólicas, y 76.3 millones cuentan con un diagnóstico de desórdenes relacionados al consumo de alcohol*”. La escala de consumo de alcohol y su penetración cultural global ayudan a explicar por qué su impacto negativo en cuanto a salud pública sólo es superado por el del tabaco.

Si hay un lado favorable a este fenómeno, es que se ha experimentado con un amplio espectro de enfoques de políticas para controlar el alcohol, en contextos sociales muy diversos, incluyendo mercados libres no regulados, diversas formulaciones de ventas bajo licencia, monopolios por parte del Estado, y prohibición. Estos experimentos han tenido lugar en todo el mundo y a lo largo de épocas recientes. A partir de una apreciación general de estas experiencias, el informe “*Estatus Global de Políticas sobre Alcohol 2004*” de la OMS concluía que:

Sobre la base de toda la evidencia proveniente de las investigaciones, es probable que una combinación de políticas que recurra a tributos y control de acceso físico, promueva medidas para evitar que las personas conduzcan en estado de ebriedad, y que invierta ampliamente en el tratamiento de desórdenes relacionados al consumo de alcohol, y en particular, en atención primaria, dando a conocer las restricciones y promoviendo campañas de concientización del público, tenga éxito en reducir el nivel de problemas relacionados al consumo de alcohol (Edwards et al., 1994). En tal sentido, con fines

de eficacia, una política integral sobre alcohol no sólo debe incorporar medidas para educar al público sobre los riesgos del consumo peligroso y dañino de alcohol, o realizar intervenciones que se enfoquen principalmente en tratar o castigar a quienes puedan poner en riesgo su propia salud y seguridad, o la de otras personas, sino que también debe colocar mecanismos regulatorios y de tipo ambiental que promuevan la salud de la población en su conjunto.

Ésta es una recomendación que, con algunos pequeños cambios y variaciones necesarios, describe claramente el enfoque hacia políticas sobre regulación de drogas que aquí proponemos de manera más amplia. De hecho, con frecuencia resulta una experiencia reveladora leer textos que hablan con reconocida autoridad sobre políticas para el control del alcohol, cambiando las palabras “alcohol” y “beber”, por “drogas” y “consumo de drogas”.⁵⁴

El conflicto fundamental entre las políticas de salud pública, por un lado, y la venta y consumo de alcohol como una actividad impulsada comercialmente, por el otro, constituye un tema clave que aparece repetidamente en la literatura sobre políticas referidas al alcohol. Tal tema plantea una serie de inquietudes importantes para la agenda más amplia de políticas sobre drogas y reforma de la ley. El tema ha sido elucidado de una manera bastante diplomática, por ejemplo, en el documento “Marco para Políticas sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS”,⁵⁵ que señala lo siguiente:

Aunque las bebidas alcohólicas poseen propiedades psicoactivas, también son consideradas como mercancías. La producción y venta de bebidas alcohólicas, junto con sus industrias complementarias, son parte importante de la economía en muchos países europeos, proporcionando empleo a muchas personas, generando ganancias

⁵⁴ Para revisar un ejemplo pareado, consultar: “*After the War on Drugs: Tools for the Debate*” [Después de la Guerra Contra las Drogas: Herramientas para el Debate], Fundación Transform Drug Policy, página 16, 2006.

⁵⁵ Consultar: www.euro.who.int/document/e88335.pdf.

por concepto de exportaciones para compañías de bebidas, y creando sustanciales ingresos a los gobiernos por concepto de impuestos. Estos intereses económicos y fiscales son a menudo un importante factor para la determinación de políticas, y pueden ser considerados como barreras a las iniciativas de salud pública. Es primordial la difusión de investigaciones de salud pública que puedan servir como contrapeso a estos intereses económicos y fiscales.

Los productores y proveedores de alcohol ven a este producto desde una perspectiva comercial antes que como un asunto de salud pública. Ellos no cubren los costos secundarios del consumo problemático de alcohol; resulta muy natural que su motivación principal sea generar el mayor lucro posible. Lógicamente, ello se logra maximizando el consumo, tanto en la población total como en términos per cápita. Los temas de salud pública sólo se convierten en un problema cuando amenazan con crear un impacto en las cuentas finales, e invariablemente ocuparán un segundo lugar respecto a la maximización de la ganancia.

Históricamente la industria del alcohol⁵⁶ se ha esforzado por ceder a los reguladores el menor control posible del mercado. Han conseguido ello desplegando un ya conocido menú de cabildeo de alto nivel, indignación prefabricada y adopción de posturas populistas (el “*Estado niñera*” contra “*el derecho de un hombre a tomarse un trago después de una jornada de trabajo*”, etc.), ciencia de dudosa procedencia (creando la falsa impresión que existe un genuino debate o controversia respecto a temas como la eficacia de los controles sobre precios y mercadeo), y gestos simbólicos.

En muchos países estos esfuerzos han sido sumamente efectivos en distraer o retrasar cualquier legislación regulatoria significativa. Adicionalmente, con frecuencia han tenido éxito en mantener a título voluntario cualquier regulación que se haya conseguido aprobar, lo

⁵⁶ La “industria de bebidas” o “industria del alcohol” se refiere a los representantes de corporaciones y entidades profesionales, así como agencias de cabildeo y relaciones públicas, financiadas por fabricantes/distribuidores de bebidas alcohólicas para representar sus intereses.

cual significa que ésta puede en buena cuenta ser ignorada o dejada de lado al punto de hacerla casi totalmente inefectiva.

La industria de las bebidas alcohólicas en su conjunto nunca adoptará voluntariamente política alguna que involucre una regulación mayor o más estricta, y que conlleve una disminución sustancial en cuanto a consumo y ganancia. Sin embargo, ello es exactamente lo que se requiere para abordar los temas particulares de consumo excesivo y problemático, y para apoyar la evolución general de una cultura de consumo más moderado y responsable. Es importante recordar que una proporción significativa de esta industria reside en el consumo problemático y excesivo de bebidas alcohólicas. Tal consumo constituye, para ponerlo en términos simples, un comportamiento tremendamente rentable por parte de los consumidores. Estas inquietudes han provocado en algunos países la adopción de modelos de control monopólico por parte del gobierno para secciones del suministro de alcohol. Ejemplos de este fenómeno incluyen el sistema *Systembolaget* en Suecia⁵⁷ bajo el cual el Estado controla todas las importaciones y suministros. Igualmente, el control por parte del gobierno provincial sobre la venta de alcohol en licorerías en ciertas provincias de Canadá (Ontario y Quebec). Estos modelos guardan ciertas similitudes con el Modelo de Mercado Regulado propuesto para el tabaco (consultar: página 31).

Aquí existe también un problema político relacionado. Tal como lo destaca el informe de la sección europea de la OMS, los propios gobiernos estatales generan sustanciales ingresos por impuestos a la venta de alcohol. Más aún, la industria de bebidas alcohólicas es un importante empleador para potenciales votantes. Estos factores se combinan con el inmenso poder de cabildeo de las entidades de la industria de bebidas alcohólicas, y la impopularidad entre el público de la restricción a la venta de alcohol o del incremento de precios, creando

⁵⁷ En 2007, la Unión Europea dictaminó que el sistema sueco violaba los acuerdos de libre comercio – planteando algunas preguntas peliagudas sobre el papel de los controles sobre drogas en un marco más amplio de libre comercio a nivel internacional.

obstáculos políticos descomunales para las reformas efectivas. Tal es el caso incluso cuando, desde una perspectiva de la salud pública, resulta evidente cuáles mecanismos funcionan (es decir, estimular un consumo reducido y/o moderado). En efecto, muchos gobiernos han sido cómplices en la creciente crisis de salud pública asociada con el alcohol.

Para que las políticas referidas al alcohol tengan un futuro efectivo es evidente que deberán tomarse decisiones potencialmente muy impopulares, que involucrarán el incremento de la regulación y fuertes restricciones sobre todos los aspectos de mercadeo y promoción. La manera en que se desenvuelvan tales reformas, combinada con los históricos éxitos y fracasos en cuanto a control del alcohol, continuarán proporcionando vastos recursos de los cuales podrán extraer lecciones los mercados legalmente regulados del futuro.

Lecturas adicionales

- * *'Global Status Report: Alcohol Policy'*, [Informe de Estatus Global: Políticas sobre Alcohol], Organización Mundial de la Salud, 2004 (impacto del alcohol sobre la salud pública a través del mundo)
- * *'The Global Alcohol Status Report'*, [El Informe del Estatus Global del Alcohol], Organización Mundial de la Salud, 2004 (diferentes enfoques de políticas de todo el mundo, y su efectividad)
- * *'Working document for developing a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol'*, [Documento de trabajo para desarrollar un borrador de estrategia global para reducir el consumo dañino de alcohol], Organización Mundial de la Salud, 2009
- * *'50 best collection: Alcohol Harm Reduction'*, [Colección de los 50 mejores: Reducción de Daños Causados por el Alcohol], Asociación Internacional para la Reducción de Daños, 2008

5.2 Tabaco

El tabaco es la droga psicoactiva más ampliamente consumida, después de la cafeína y el alcohol. Sin embargo, se le asocia con un nivel desproporcionado de efectos nocivos a la salud, en una escala que eclipsa a todas las otras drogas juntas. Estos tremendos impactos sobre la salud pública están predominantemente asociados a fumar tabaco; ellos se relacionan a la alta propensión del tabaco a producir dependencia,⁵⁸ sumada al hecho de que fumar tabaco no produce intoxicación al grado que impida significativamente el desempeño del consumidor. Esta combinación conlleva patrones de consumo dependiente de alta frecuencia. Muchos fumadores consumen nicotina más de 20 veces al día, por períodos prolongados – comúnmente a lo largo de muchos años.

Pese a los altos riesgos que representa fumar (cerca de la mitad de los fumadores morirán prematuramente como resultado de este consumo) el bajo nivel de intoxicación creado por la nicotina no ha atraído históricamente la indignación moral que exacerbó el movimiento de abstinencia y dio forma a gran parte del pensamiento prohibicionista respecto a otras drogas. Como tal, el tabaco ha asumido un papel singular en la sociedad, con un patrón sumamente visible de consumo dependiente de una droga asociada con un alto riesgo de efectos nocivos crónicos sobre la salud; pero al mismo tiempo, en gran parte del mundo y al menos hasta hace muy poco, el tabaco ha sido un producto que se ha comercializado agresivamente y que se ha hecho socialmente aceptable en casi todos los espacios públicos.

En última instancia, sin embargo, el desastre para la salud pública asociado con el consumo de tabaco ha llevado al surgimiento de una serie de respuestas más pragmáticas de salud pública y regulatorias en una serie de países. Al igual que el alcohol, se puede observar y aprender de toda la gama de respuestas en términos de políticas referidas al tabaco, y

⁵⁸ Tiene un rápido efecto inicial, una vida media breve, está asociado con el desarrollo de tolerancia y claros efectos de abstinencia y antojos – además de efectos psicológicos relacionados a la habituación en varios rituales de consumo personal y cultural.

existe un conjunto sustancial de investigaciones relacionadas a las cuales se puede recurrir. Existe ahora un claro consenso respecto a los tipos de intervenciones y regulación de mercado que ofrecen posibilidades de producir mejores resultados de políticas. A continuación, se ofrece un buen resumen de éstas, provenientes de una Convención Marco sobre Control del Tabaco auspiciada por la Organización Mundial de la Salud:

Disposiciones de políticas clave de la Convención Marco sobre Control del Tabaco (FCTC, siglas en inglés)⁵⁹

- > Incrementar los impuestos sobre el tabaco
- > Proteger a la ciudadanía de exposición al humo de tabaco en centros laborales, medios de transporte público y espacios públicos cerrados
- > Promulgar la total prohibición de publicidad, promoción y auspicio relacionado al tabaco
- > Regular el empaque y etiquetado de productos de tabaco para prevenir el uso de términos equívocos o engañosos como “*ligero*” y “*leve*”
- > Regular el empaque y etiquetado de productos de tabaco para asegurar que éstos transmitan advertencias adecuadas sobre el producto a los consumidores; por ejemplo, obligar a colocar advertencias rotativas sobre riesgos de salud en el empaque de los productos de tabaco que cubran al menos 30% (pero idealmente 50% o más) de las áreas expuestas principales, y que puedan incluir imágenes o pictogramas
- > Regular las pruebas y la revelación del contenido y emisiones de productos de tabaco
- > Promover la conciencia del público sobre temas de control de tabaco al asegurar amplio acceso a programas educativos integrales efectivos y de concientización del público sobre los riesgos de salud del tabaco y exposición al humo del tabaco
- > Promover e implementar programas efectivos orientados a promover el cese del consumo de tabaco

- > Combatir el contrabando, incluyendo la colocación del destino final del producto en el empaque
- > Implementar legislación y programas para prohibir la venta de productos de tabaco a menores
- > Implementar políticas para apoyar fuentes de ingreso alternativas económicamente viables para trabajadores, agricultores y vendedores individuales de tabaco

Resulta interesante que esta convención para el control de tabaco cuente con 168 firmantes, representando un poderoso consenso internacional detrás de un marco legal que lidia específicamente con la regulación efectiva de un mercado de drogas de uso no médico. Este nivel de consenso es significativamente similar al que existe en apoyo de los tres tratados sobre drogas de la ONU, los cuales definen sistemas contrastantes paralelos para la prohibición absoluta de casi todos los otros mercados de drogas de uso no médico (consultar: *Apéndice 1*, página 195).

En agudo contraste con aquellas drogas prohibidas, en el mundo desarrollado la popularidad del tabaco está disminuyendo, no aumentando. Su consumo ha estado decayendo desde la década de 1970. Ello se debe a una combinación de educación en salud pública, que genera conciencia sobre riesgos de salud que anteriormente eran mal comprendidos, y al uso cada vez más difundido de mecanismos para control del mercado como aquellos planteados por la OMS, más recientemente combinados con la prohibición de consumir tabaco en espacios públicos cerrados. Ha sido particularmente importante el freno al rampante mercadeo comercial que durante la primera mitad del siglo pasado alimentó la explosión del consumo de tabaco (particularmente de cigarrillos).

Sin embargo, resulta alarmante que este patrón esté lejos de ser universal. El consumo de tabaco se está volviendo más popular en

extensas zonas del mundo en vías de desarrollo y en los nuevos países industrializados. En estas zonas, el tabaco está siendo mercadeado agresivamente, a menudo como un producto aspiracional correspondiente al estilo de vida occidental – lo que resulta un tanto irónico, dada la menguante popularidad del producto en Occidente. Las fuerzas comerciales que tan eficazmente han distorsionado las prioridades de políticas en el pasado, no han perdido en absoluto su poder potencial. Ello representa una clara advertencia sobre la naturaleza corruptora de las motivaciones de lucro en los mercados de drogas.

(Consultar: *Modelo de Mercado Regulado, capítulo 2*, página 31.)

Reducción de Daños Causados por el Tabaco: Tabaco sin humo

Los daños causados por el tabaco están relacionados sustancialmente a la inhalación de humo, antes que al consumo de nicotina *per se*. Tal como ocurre con el tema regulatorio/gradiente de daño explorado en los capítulos previos, existen beneficios en términos de salud pública en la exploración y desarrollo del mercado, así como en el consumo, de productos de nicotina/tabaco más seguros y que no emitan humo, como una alternativa al tabaco que se fuma.

El creciente consumo de diversos sistemas para ingerir nicotina (como inhaladores, goma de mascar y parches de nicotina) como mecanismos para dejar de fumar, constituye un bienvenido acontecimiento, se encuentra ya difundido, y debe recibir un entusiasta apoyo. Tal apoyo podría incluir un mayor acceso, así como una reducción en el precio (mediante subsidios, si fuera necesario) de modo que las personas con mayor dependencia a la nicotina – particularmente aquellos con bajos ingresos – puedan costear el acceso a estos productos.

Sin embargo, el uso de sistemas de ingestión de nicotina como ayuda para dejar de consumir tabaco tiene lugar dentro de un modelo médico que está orientado específicamente a lograr la abstinencia. Ésta es una parte importante y comprobada de la respuesta de salud pública al tabaco. Sin embargo, no se hace cargo de aquellos que quieren continuar consumiendo nicotina, o que continuarán haciéndolo a pesar de

otras intervenciones. Ciertos productos de tabaco para consumo oral, no para fumar (incluyendo “Snus” y “Bandits”), ofrecen métodos potenciales de preparación/consumo alternativos que (se estima) son 90% más seguros que el tabaco para fumar.⁶⁰

Sin embargo, el consumo de tales productos únicamente puede tener lugar si el consumidor tiene a su alcance una opción informada, y sólo conseguirán establecerse entre los actuales consumidores de tabaco para fumar si, en cierta medida, se les promueve como alternativa. En muchos lugares no están ampliamente disponibles; por ejemplo, concretamente, su venta se encuentra prohibida a lo largo de la mayor parte de la Unión Europea.

Aunque tal prohibición fuese – al igual que otras prohibiciones de drogas – bien intencionada, el resultado es que, al presente, los productos de tabaco para consumo oral que son sustancialmente más seguros que el tabaco que se fuma, no se encuentran disponibles como una alternativa a los cigarrillos.

El producto de tabaco para consumo oral “Snus” es muy popular en Suecia, país que está exonerado de la prohibición de venta que pesa sobre el resto de la UE. Ello a pesar de la postura prohibicionista de las políticas de drogas que es, en la mayoría de sus otros aspectos, la más severa en Europa. Se ha argumentado de manera convincente que este alto nivel de consumo de tabaco por vía oral se correlaciona con el hecho de que el país tiene la tasa más baja de fumadores en el mundo desarrollado. Se ha producido una baja considerable en el número de fumadores en Suecia, en particular al interior de la población masculina – de un 40% en 1976 a un 15% en 2002 – lo cual se atribuye en parte a un incremento aproximadamente correspondiente en el consumo de Snus.⁶¹

Desde luego, muchos profesionales de la salud y legisladores son comprensiblemente poco entusiastas respecto a una activa promoción del consumo de formas no fumables de tabaco, en desmedro de terapias de sustitución de nicotina o programas orientados simplemente a dejar de fumar. Sin embargo, hay gran cantidad de evidencia procedente del modelo sueco, que sugiere que el Snus y otros productos similares pueden ayudar a los consumidores a dejar de fumar, así como brindar una alternativa más segura para el consumo de tabaco.

60 C. Bates et al., “*European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulations for public health*” [Políticas de la Unión Europea sobre tabaco sin humo: una declaración en favor de regulaciones de salud pública basadas en evidencias], Tobacco Control, 2003, Volumen 12, páginas 360-367.

61 J. Foulds et al., “*Effect of smokeless tobacco (Snus) on smoking and public health in Sweden*” [Efecto del tabaco sin humo (Snus) sobre el hábito de fumar y la salud pública en Suecia], Tobacco Control, 2003; 12, páginas 349-359.

Obviamente, existen difíciles preguntas éticas y prácticas sobre cómo llevar tales productos al mercado, y cómo regularlos y promoverlos responsablemente; es decir, para estimular a fumadores existentes a dejar el tabaco, o a cambiar éste por el hábito de fumar, sin inducir un nuevo hábito de consumo de tabaco en usuarios adicionales. Estos retos, sin embargo, no son imposibles de superar. Los potencialmente enormes logros en términos de salud públicas son tales que las agencias pertinentes deberían, sólo por razones pragmáticas de salud pública, considerar seriamente las opciones de reformas legislativas apropiadas. Deben encargarse las investigaciones y estudios piloto pertinentes, para explorar potenciales mecanismos para lograr avances.

Lecturas adicionales

- * *'50 Best Collection: Tobacco Harm Reduction'*, [Colección de los 50 Mejores: Reducción de Daños Causados por Tabaco], Asociación Internacional para la Reducción de Daños, 2008
- * R. Cunningham, *'Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War'*, [Humo y Espejos: La Guerra Canadiense del Tabaco], IDRC, 1996

Modelos propuestos para discusión sobre drogas actualmente ilegales

En primer lugar, es muy importante reiterar que los modelos propuestos a continuación son sólo eso: propuestas destinadas a provocar una mayor discusión. También ha de reconocerse que los modelos propuestos aquí reflejan el bagaje occidental de los autores. Otros contextos, y otras poblaciones de consumidores, requerirán maneras de pensar diferentes, apropiadas a su región. De manera que hemos hecho provisiones para un grado de apertura y flexibilidad en estas propuestas. En particular, hemos subrayado el potencial para niveles mayores o menores de regulación, aplicación de la ley y/o despliegue de controles adicionales.

5.3 Cannabis

(Consultar también: [3.1.1.iii Producción legal de cannabis](#), página 42, y [Apéndice 2](#), página 229.)

Puede recurrirse a un gran conjunto de literatura, investigación y experiencia del mundo real para trazar modelos legales para la oferta y consumo de cannabis. De hecho, tratándose de una droga incluida en las convenciones de la ONU, el cannabis ya abarca de manera singular todo el espectro de control de drogas, incluyendo ejemplos de casi todos los enfoques regulatorios que operan en el mundo. Estos ejemplos van desde la prohibición extrema hasta una oferta y consumo cuasi-legales.

Particularmente pertinente es la experiencia de Holanda con su singular sistema de “cafés”, una licencia legal de facto para la oferta y el consumo, que ha estado operando desde 1976. A un nivel, el sistema presenta problemas. Un tema principal es el llamado “*problema de la puerta trasera*”. Es decir, el hecho de que aunque son toleradas tanto la posesión como la provisión de cannabis por parte de los cafés, siendo la primera efectivamente legal y la segunda autorizada mediante una licencia, la producción de cannabis en sí sigue siendo ilegal.

Eso significa que los cafés se ven obligados a obtener el cannabis en un punto de venta del mercado ilícito. Tan paradójica situación se debe principalmente a las limitaciones impuestas por las convenciones de la ONU de las cuales Holanda es signataria.

El hecho de que el suministro legal *de facto* de Holanda sea único en su región geográfica inmediata, también ha causado problemas de “turismo de drogas” en sus fronteras, con un número sustancial de compradores que ingresan al país con el único fin de comprar cannabis. El enfoque pragmático de Holanda también le ha convertido en objetivo

de concertados ataques y críticas de tipo político por oponentes de la reforma en el escenario internacional.

Ello no obstante, los modelos de licencia para los cafés se encuentran bien desarrollados. Los modelos manifiestamente operan de manera efectiva y sin problemas significativos. Donde han surgido problemas específicos, las políticas han evolucionado, se han introducido o ajustado las regulaciones, y algunos cafés han sido cerrados. Desde luego, ello no se ha logrado sin cierta controversia. Sin embargo, desde su introducción a mediados de la década de 1970, el éxito general del enfoque ha llevado a un creciente apoyo por parte de públicos domésticos clave, incluyendo a la policía, gestores de políticas y entidades de salud pública, y público en general.

Las comparaciones a nivel internacional están plagadas de problemas metodológicos. Ello no obstante, es sorprendente que Holanda no tenga niveles de consumo más altos que sus países vecinos que no comparten su enfoque tolerante y sus puntos de venta autorizados, lo cual socava la noción simplista de que la disponibilidad legal es el factor clave que determina la prevalencia de consumo. Ciertamente, no se han materializado los catastróficos escenarios planteados por los opositores de la regulación legal.

Más recientemente, California y otros estados en los EE.UU. han desarrollado modelos de oferta de cannabis para uso médico. Con frecuencia, estos modelos son en gran medida indistinguibles de aquellos de oferta regulada propuestos aquí para uso no médico. De hecho, resulta de algún modo controvertido que una porción de la oferta “médica” se haya convertido *de facto* en una infraestructura de suministro evidentemente no médica.⁶²

Históricamente, el análisis de los riesgos de salud del consumo de cannabis se ha confundido con el debate político sobre el estatus legal

⁶² Ésta es una observación antes que una sugerencia sobre un derrotero en cuanto a políticas; Transform ya se ha referido con anterioridad a la necesidad de discutir separadamente los temas del cannabis para uso médico y no médico.

de esta droga, y ha sido distorsionado por éste. Sin embargo, viéndolo objetivamente, los riesgos asociados con el consumo de cannabis se conocen con claridad y han sido exhaustivamente detallados. Existen riesgos particulares asociados con el uso intensivo y frecuente (especialmente de las variedades más fuertes/potentes); consumo por parte de personas no-adultas; consumo por quienes tienen ciertos problemas de salud mental, y daño pulmonar relacionado al humo – especialmente cuando se fuma mezclando con tabaco.

Su toxicidad aguda y crónica, y su propensión a desarrollar dependencia, son ambas bajas en relación a la mayoría de otras drogas comúnmente usadas, incluyendo tabaco y alcohol. La mayor parte del consumo de cannabis es moderado, ocasional y no significativamente dañino, lo cual sugiere que, tal como ocurre en otros casos, la atención de los reguladores y gestores de políticas debe enfocarse en la minoría de consumidores que experimentan problemas reales, o quienes tienen la probabilidad de experimentarlos.

Pese a las obvias diferencias, la naturaleza y envergadura del consumo de cannabis suponen que, más que con cualquier otra droga actualmente ilícita, su situación se corresponde con las lecciones aprendidas del control aplicado al alcohol y tabaco. En tal sentido, la Convención Marco para Control de Tabaco de la OMS (que prácticamente podría ser adaptada al cannabis meramente cambiando las palabras; consultar: página 126), y los lineamientos de la OMS para la regulación sobre alcohol, brindan una base sólida para los modelos de regulación de cannabis.

Modelo para la regulación de cannabis propuesto a discusión

MODELOS REGULATORIOS BÁSICOS

- > Los modelos básicos involucrarían diversas formas de venta con licencia, para consumo en el establecimiento o para llevar. Estas ventas estarían condicionadas a los controles señalados abajo, y no impedirían un potencial modelo de ventas en farmacia.
- > Un modelo de mercado regulado (consultar: página 31) podría ser un paso gradual apropiado en la medida en que se establezcan una infraestructura legal de oferta y puntos de venta. Una tarea clave de cualquier entidad regulatoria sería el manejo de la oferta para prevenir el surgimiento de productos de marca, así como para limitar toda forma de mercadeo y promociones con fines de lucro.
- > Libres de la influencia distorsionadora del debate sobre el uso no médico, podrían desarrollarse modelos de prescripciones en apoyo del uso médico de cannabis o sus derivados, sobre la base de la evidencia acumulada. Éstos asumirían un perfil mucho más bajo del que disfrutaban en la actualidad.

CONTROLES SOBRE EL PRODUCTO

Dosis y preparación:

- > Los controles podrían manejar la fuerza/potencia de la forma herbal o resina de cannabis, basándose en las proporciones relativas de ingredientes activos (es decir, la tasa de THC [tetrahidrocannabinol] a CBD [cannabidiol]). Podrían especificarse los porcentajes de contenidos máximo y mínimo.
- > Pueden establecerse controles para cubrir contaminantes potencialmente tóxicos: por ejemplo, pesticidas, fertilizantes o agentes biológicos como hongos.⁶³
- > Diferentes tipos de productos de cannabis, procedentes de diferentes productores, podrían incluso ser identificados por nombre y por productor, quizá con una certificación del tipo “denominación de origen controlada”. También podrían estar disponibles productos genéricos de cannabis, sujetos a los controles planteados arriba.
- > El cannabis preparado para consumo oral (es decir, en pasteles o brownies) debería venderse en unidades adecuadamente estandarizadas etiquetadas, basándose en el peso del producto y en el contenido/potencia del ingrediente activo por unidad.

63 Consultar, por ejemplo, los lineamientos del gobierno holandés: “*Guidelines for Cultivating Cannabis for Medicinal Purposes: Annex to the Regulation of the Minister of Health, Welfare and Sport of 9 January 2003*” [Lineamientos para Cultivar Cannabis con Fines Medicinales: Anexo a la Regulación del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, del 9 de enero de 2003], página 60.

Existen temas particulares alrededor de la dificultad para dosificar/auto-ajustar la dosis cuando el cannabis es consumido por vía oral.

- > En gran parte de Europa hay una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y cannabis, los cuales a menudo son fumados juntos. Los puntos de venta legales podrían estar a la vanguardia de la discusión de este tema de salud, ayudando a provocar los cambios culturales y de actitudes que minimizarían el consumo de tabaco relacionado al de cannabis.

Controles de precios

- > Podrían especificarse precios fijos por unidad o precios mínimos/máximos – con tributos adicionales basados en una tasa de peso unitario o porcentual.
- > Las preparaciones más fuertes o potentes podrían tener especificadas tasas de precios/impuestos más altos.
- > Es probable que los precios sean similares o marginalmente más bajos que los del actual mercado ilícito. De cualquier modo, los precios son relativamente bajos, y la necesidad de desalentar la producción y venta ilícitas es menos apremiante que con muchas otras drogas.

Controles sobre el empaque

- > Sello de seguridad contra adulteraciones – donde ello sea apropiado.
- > Envases a prueba de niños (botellas/frascos para píldoras de uso médico).
- > Etiquetado/contenido estándar (fuerza/potencia), unidades, advertencias de salud, fecha de caducidad, etc. Detalles del comprador autorizado, según se requiera.

Las ventas para consumo en el establecimiento no necesariamente tendrían todos los requisitos anteriores.

CONTROLES SOBRE EL VENDEDOR/PUNTO DE SUMINISTRO

Publicidad/promoción

- > El consumo de cannabis se encuentra arraigado en gran parte de la cultura popular. Por lo general, los productos de cannabis y la iconografía de éstos son genéricos y no están signados por una marca, de modo que resultaría impráctica una prohibición generalizada de cualquier aspecto que pudiera constituir una promoción o publicidad de cannabis. Sería más fácil imponer controles razonables sobre exposición a niños y

personas jóvenes, pero éstos seguirían siendo difíciles de definir y hacer cumplir de manera global. Pueden implementarse más ampliamente, sin embargo, las mejores prácticas y evidencias de controles existentes, ya aplicados a referencias a drogas – legales e ilegales – en medios de comunicación y publicidad dirigidos hacia los jóvenes.

- > Pueden aprenderse claras lecciones de las experiencias con restricciones sobre promociones y mercadeo de alcohol y tabaco. Las áreas donde resulta más realista establecer controles sobre la publicidad y promoción de cannabis incluyen:
 - > La publicidad en establecimientos para venta comercial podrían estar limitados tanto en contenido como en extensión – por ejemplo, a publicaciones especializadas, o establecimientos sólo para adultos. No es realista plantear una prohibición total a la publicidad para promoción de los establecimientos. No se permite a los cafés holandeses hacer publicidad pero éstos lo hacen en cierta medida – la prohibición en la práctica actúa como una influencia moderadora, antes que como una prohibición total.
 - > Pueden colocarse restricciones sobre la apariencia y señalización de establecimientos/puntos de venta. En Holanda, no se permite a los cafés hacer referencias en el exterior del establecimiento al cannabis o usar imágenes relacionadas. Imágenes rastafari o de una hoja de palma, y las palabras “*coffee shop*” [café] se han convertido en la señalización predeterminada.
 - > Pueden establecerse restricciones sobre publicidad para ciertos tipos de parafernalia que contenga referencias a drogas.

Ubicación/densidad de puntos de venta

- > La autoridad a cargo de las licencias puede ejercer controles de zonificación de modo similar al empleado para autorizar puntos de venta de alcohol. Puede ejercerse también controles sobre el tamaño o tipo de puntos de venta. Tal es el caso en Holanda donde, por ejemplo, algunas municipalidades no permiten cafés (lo cual conlleva a cierto “turismo de drogas” doméstico), y otros han clausurado cafés ubicados cerca a escuelas. Esta última medida parecería excesiva en un entorno urbano densamente poblado, y probablemente responde a motivaciones más políticas

- en estos casos, serían adecuados controles similares a aquellos ya empleados para manejar bares/licorerías.

Autorización de vendedores/proveedores – general

- > Bastante similares a las autorizaciones para vendedores comerciales de alcohol/titulares de licencia.
- > Requisitos adicionales de capacitación adecuada en salud y seguridad para vendedores – por ejemplo, para restringir ventas a quienes ya están intoxicados, ofrecer asesoría sobre servicios, etc.
- > Responsabilidad compartida respecto a molestias al público en el entorno inmediato, disposición de desperdicios, costos para mantenimiento del orden local.
- > Los puntos de venta estarían limitados, al menos inicialmente, sólo a la venta/consumo de cannabis. En Holanda, la prohibición que pesa sobre la venta de todas las demás drogas, incluyendo el alcohol, es una condición no negociable para el otorgamiento de licencias.
- > Se requeriría que todos los vendedores promuevan un consumo responsable y seguro, y que ofrezcan de manera prominente información sobre drogas y sobre servicios relacionados a éstas.
- > Los mismos requisitos de infraestructura regulatoria, seguridad y salud locales se aplicarían a los espacios que también ofrezcan comida o música en vivo.
- > Las horas permitidas de operación estarían determinadas por la autoridad local a cargo de las licencias.
- > Los cafés holandeses están limitados a tener una cantidad menor a 300 gramos de cannabis en el local en todo momento. En gran medida, ello está diseñado para controlar el suministro ilícito de “puerta trasera”; tales límites probablemente no serían necesarios para espacios que cuenten con licencias en un escenario de producción legal regulada.

Controles sobre volúmenes de venta/raционamiento

- > Podrían colocarse restricciones sobre ventas al por mayor, estableciendo un umbral

razonable para consumo personal. En Holanda opera un límite de 5 gramos. Nada impide realizar compras múltiples en puestos de venta diferentes; sin embargo, la fácil disponibilidad general de cannabis significa que tales compras múltiples constituyen un tema marginal.

CONTROLES SOBRE EL COMPRADOR/USUARIO

Controles sobre la edad para acceso

- > Debe exigirse que los vendedores hagan cumplir los controles de edad a través de un sistema de documento de identidad – la edad precisa de acceso sería determinada localmente, pero probablemente estará en relación con los límites de edad locales para acceso a alcohol y tabaco. En Holanda, la edad límite para ingresar a los cafés es de 18 años.

Grado de intoxicación del comprador

- > Se requeriría que los vendedores se rehúsen a vender el producto a quienes evidentemente ya están intoxicados, según un conjunto de claros lineamientos. La preocupación más obvia sería el estado de ebriedad.

LICENCIAS PARA COMPRADORES/CONSUMIDORES

- > La experiencia en Holanda sugiere que las licencias para comprar cannabis probablemente son innecesarias. Sin embargo, probablemente sean útiles al ser desplegadas en ciertos escenarios, ya sea como parte de un proceso de extensión gradual, o donde surjan problemas específicos. Por ejemplo, en ciertos lugares en Holanda se está introduciendo un condicionamiento de venta sólo a residentes para abordar el tema de venta a través de las fronteras, y también ha habido recientemente una discusión sobre volver los cafés accesibles sólo a miembros.

Limitaciones para ubicaciones con permiso para consumo

- > La normas de zonificación típicas para el control de alcohol podrían servir para designar espacios públicos o áreas con potenciales temas de orden público como áreas de no fumadores. Tales leyes apoyarían y reforzarían ordenanzas locales relativas a la intoxicación en público y la alteración del orden.

- Las restricciones pre-existentes sobre fumar en espacios públicos cerrados se aplicarían también al consumo de cannabis.⁶⁴ Al igual que con el tabaco, fumar en espacios públicos sólo puede permitirse en terrazas al aire libre o espacios similares. Tal prohibición, que involucra sanciones civiles o administrativas en lugar de constituir un delito penal, podría ser usada para estimular formas de consumo de cannabis menos dañinas. Los vaporizadores – que no generan humo y no están asociados con los riesgos específicos relacionados a fumar cannabis – podrían estar exonerados de las ordenanzas aplicables a fumadores.⁶⁵

Lecturas adicionales

- * R. Room *et al.*, *'The Global Cannabis Commission Report'* [Informe Global de la Comisión sobre Cannabis], Fundación Beckley, 2007
- * *'Cannabis Policy, Implementation and Outcomes'* [Políticas sobre Cannabis, Implementación y Resultados] RAND Europe, 2003
- * M. Aoyagi, *'Beyond Punitive Prohibition: Liberalizing the Dialogue on International Drug Policy'*, [Más allá de la Prohibición Punitiva: Liberalizando el Diálogo sobre Políticas Internacionales de Drogas], (incluye una discusión detallada de las políticas y legislación holandesas sobre cannabis), 2006
- * *'Cannabis'*, perfil de la droga por EMCDDA

5.4 Estimulantes

Esta sección se enfoca en los tres tipos de estimulantes actualmente ilícitos consumidos más ampliamente – anfetaminas, cocaína y metilendioximetanfetamina/éxtasis.

⁶⁴ En Holanda ha surgido una situación curiosa donde las ordenanzas contra el hábito de fumar tabaco han colisionado con las licencias para estos cafés. Ello ha implicado que fumar cannabis sea legal mientras que fumar tabaco no lo es – conllevando a peculiares situaciones en que los agentes locales del orden verifican los pitillos que fuman los clientes, para confirmar que no contienen tabaco, el cual no es permitido.

⁶⁵ En Vancouver, Canadá, opera uno de estos “salones de vaporizadores”, donde no está permitido fumar.

Los potenciales modelos para regulación de estimulantes deben responder adecuadamente a los riesgos que este grupo de drogas presentan. De este modo, resulta importante reconocer que las conductas relacionadas al uso abarcan un amplio espectro de motivaciones, entornos y preparaciones del producto. Éstas están asociadas con un amplio rango de riesgos y daños, presentando todos ellos retos regulatorios muy diferentes. Sin embargo, puede dividírseles en tres amplias categorías:

- * **Funcional**—en ocasiones cruza hasta el uso médico, y quizá se ubica más adecuadamente bajo el rubro de “drogas que van con un estilo de vida”. Por ejemplo, quienes consumen estas sustancias podrían estar tratando de sacudirse el cansancio, o usarlas para mejorar la concentración.
- * **Recreacional**—los consumidores buscan estimulación y disfrute en un amplio rango de contextos sociales.
- * **Problemático**—para una reducida minoría de los consumidores funcionales o recreacionales, el consumo de estimulantes evoluciona en un consumo problemático/dependiente. Tales temas son más comúnmente asociados con preparaciones de alta potencia (por ejemplo, crack de cocaína, metanfetamina) y/o patrones más riesgosos de consumo de rápido efecto – es decir, fumar e inyectarse, en oposición a consumo oral o por aspiración nasal.

Debe señalarse que la cultura y la sociedad contemporáneas están en gran medida saturadas de estimulantes. Los estimulantes farmacéuticos son ampliamente recetados y consumidos en grandes cantidades (controvertidamente, incluyendo a los niños⁶⁶). Por añadidura, dos de las drogas psicoactivas preferidas en todo el mundo (nicotina y cafeína) son estimulantes funcionales; gran parte de la cultura contemporánea se encuentra inmersa en ambas sustancias, hasta el punto de la ubicuidad.

⁶⁶ Consultar: N. Gibbs, “The Age of Ritalin” [La Era del Ritalin], revista TIME, 24 de junio, 2001.

La cafeína, en el puesto número uno, es consumida más comúnmente en la forma de café, bebidas de cola y chocolate. También se están popularizando cada vez más las “*bebidas energéticas*” hechas en base a cafeína. Éstas son mercadeadas agresivamente de manera específica sobre la base de sus propiedades estimulantes, a la manera en que solía hacerse con el tabaco y las anfetaminas. Tales bebidas son un indicador muy claro del impulso clave de la cafeína para el consumo. Se le valora principalmente por sus propiedades como estimulante funcional, antes que por placer o recreación per se. En cualquier evaluación racional sobre daños producidos por drogas, la cafeína recibe una baja calificación; sin embargo, patentemente no está libre de riesgos. Pese a ello, su uso no está mayormente regulado.

El generalizado consumo no dañino – de hecho, mayormente beneficioso – de la cafeína tiene como reflejo el consumo difundido de preparaciones de baja potencia de cocaína; por ejemplo, el masticado de hojas de coca y el mate o té de coca en las regiones andinas de América del Sur. Debe señalarse que la legalidad de este consumo sigue en disputa en la legislación internacional (consultar: página 40). Existen en otros lugares patrones localizados similares de uso de estimulantes, incluyendo el consumo de *khat* en regiones de África donde se habla somalí, y el consumo de nuez de areca en el sur de Asia y la región del Pacífico. Ambos están asociados con preocupaciones de salud pública más claramente documentadas que las relacionadas a la coca o bebidas hechas en base a cafeína, pero siguen siendo legales en sus respectivas regiones.

Existe un conjunto significativo de conductas que involucran el consumo de estimulantes recreativos en contextos sociales. Estas conductas están impulsadas por el placer que produce el consumo del estimulante en sí, o como un elemento adjunto cuasi-funcional a una conducta social. Tales motivaciones funcionales incluyen: permanecer despierto hasta bien entrada la noche, reforzar la confianza y capacidad de alerta en interacciones sociales, tener energía para bailar por más

tiempo, y así por el estilo. Inevitablemente, ello involucra un consumo de dosis más altas, aunque generalmente menos frecuentes, que un uso más obviamente funcional o correspondiente a un estilo de vida. En este sentido, presenta un conjunto diferente de riesgos y desafíos – y el hecho de que la población de consumidores esté mayormente compuesta por jóvenes, no es el menor de esos retos.

Entre estas poblaciones existe una considerable flexibilidad respecto a conductas de consumo de estimulantes. Se les puede sustituir fácilmente dependiendo del gusto o disponibilidad, y a menudo se les usa en combinaciones. Aún cuando tales patrones de consumo presentan mayores niveles de riesgo, en su mayoría no están asociados con daños personales o sociales significativos.⁶⁷ El consumo es generalmente ocasional, moderado y contenido por normas sociales que emergen entre los grupos de pares no consumidores en un contexto social. Tales normas son atenuadas adicionalmente por controles personales, basados tanto en la experiencia como en la comprensión informada de los riesgos de consumo.

Los desafíos regulatorios clave para las poblaciones que usan estimulantes recreativos incluirán la reducción de riesgos y la prevención del avance hacia un consumo problemático/dependiente. También deben estimularse el traslado hacia el consumo de productos y preparaciones de menor riesgo (menor dosis, efecto más lento, administración por vía oral), conductas más informadas y de menor riesgo (moderación – incluso abstinencia – evitando el consumo/exceso de múltiples drogas, apoyo de pares, etc.), y el consumo de estimulantes en entornos más seguros.

Finalmente, existe el subconjunto de los consumidores ya mencionados quienes progresarán hasta llegar a un consumo caótico, dependiente o de otro modo problemático de estimulantes. Tal comportamiento es a menudo concurrente con el consumo

problemático de otras drogas estimulantes, que típicamente incluyen opiáceos y alcohol. Para estas poblaciones, la respuesta más efectiva es aquella orientada más médicamente. En particular, se requiere que el modelo regulado de oferta se enfoque en la reducción de daños (esencialmente tal como se describe arriba), combinado con la adecuada provisión de tratamiento/servicios de recuperación, más el apoyo holístico social pertinente.

5.4.1 Productos de cocaína/coca

Las drogas elaboradas en base a coca/cocaína varían dramáticamente en su naturaleza y, por ello, en cuanto a nivel de riesgo. Las diferentes preparaciones van desde la hoja de coca para masticar y el mate de coca de consumo oral, que entrañan un riesgo insignificante; el polvo de cocaína de riesgo moderado que se aspira por la nariz (la sal de cocaína; el clorhidrato de cocaína); hasta el crack de cocaína que se fuma (pasta básica de cocaína) y que conlleva un alto riesgo. Estas distintas formulaciones se discuten a continuación en orden inverso.

Los riesgos y daños relacionados a la cocaína son también determinados de manera significativa por los comportamientos de consumo. Un estudio detallado del consumo de cocaína a nivel mundial, emprendido por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Inter-Regional de las Naciones Unidas para Investigaciones Sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI) en 1995⁶⁸ señalaba que:

No es posible describir a un “consumidor promedio de cocaína”. Se descubrió una enorme variedad entre los tipos de personas que consumen cocaína, la cantidad de droga consumida, la frecuencia de consumo, la duración e intensidad de éste, las razones para consumirla y cualquier problema asociado que experimentan.
(página 1)

⁶⁸ El informe de “*The Cocaine Project*” [El Proyecto Cocaína] de la OMS/UNICRI fue suprimido como producto de la presión de los EE.UU. —sólo después se filtró a la esfera pública; otro ejemplo de interferencia política en la agenda de la investigación acerca de drogas y políticas sobre drogas (consultar: [Apéndice 2](#), página 241, para mayor discusión). Disponible a través del vínculo: www.tdpf.org.uk/WHOLEaked.pdf.

El informe describe un continuum de conductas de consumo:

- * *uso experimental*
- * *uso ocasional*
- * *uso específico a situaciones*
- * *uso intensivo*
- * *uso compulsivo/disfuncional*

Los usos experimental y ocasional son, de lejos, los tipos más comunes de consumo, y el compulsivo/disfuncional es de lejos el menos común.
(página 28)

Y señala que:

Los problemas de salud que se derivan del consumo de las sustancias legales, particularmente el alcohol y el tabaco, son mayores que los problemas de salud derivados del consumo de cocaína. Pocos expertos describen la cocaína como invariablemente dañina a la salud. Los problemas relacionados a la cocaína son ampliamente percibidos como más comunes y severos para consumidores intensivos y que usan altas dosis de la sustancia, y muy infrecuentes y mucho menos severos para los consumidores ocasionales y de bajas dosis. (página 6)

Crack de cocaína

La pregunta “*pero, ¿y qué pasa con el crack?*” nunca está ausente cuando se discute la regulación legal de la cocaína. Se trata de un punto importante y razonable a discutir. Los consumidores problemáticos de *crack* son el extremo duro del consumo caótico de drogas, y causan una cantidad desproporcionada de daños secundarios a la sociedad. Ante tal situación, ¿cómo manejar o tratar de regular una droga como el *crack* de cocaína, el cual es asociado más frecuentemente con consumo

descontrolado, caos y peligro? La respuesta, como en otros casos, consiste en empezar por ir más allá de soluciones sobre-simplificadas que, en el transcurso de los años, han fracasado patentemente en su intento por producir resultados efectivos.

Pese a los mejores intentos por parte de las fuerzas del orden de la justicia penal, y de otras agencias involucradas en la prevención convencional, la dependencia al *crack* constituye un problema que no ha sido erradicado. Frente a esta situación, por más desagradable que resulte, debemos aceptar la realidad de que algunas personas quieren usar *crack* y lo harán. Luego, debemos considerar toda la evidencia disponible. Ello nos ayudará a entender qué tipos de intervención será más efectiva para reducir el daño que el consumo de *crack* causa tanto a los consumidores, como a la comunidad en su conjunto. Tal reducción de daños debe, desde luego, incluir tanto una reducción de daños de largo plazo en consumo general de *crack*, como en el tamaño de la población consumidora.

Debemos estar claros respecto a que el *crack* presenta uno de los desafíos más difíciles para los proponentes de un modelo regulatorio legal. Ello no obstante, la realidad pragmática es que si alguien tiene la determinación para consumir *crack*, lo hará. Por ello, parece lógico que, en lugar de acceder al recurso a través de un mercado ilícito, con todos sus riesgos y daños concurrentes, los consumidores de *crack* deben tener acceso legal a un suministro de potencia y pureza conocidas. Tal acceso legal garantizará que los consumidores no tengan que cometer delitos contra otras personas, o prostituirse, para obtener la droga.

Frente a ello, pareciera que los futuros enfoques deberían empezar con la proposición de que no hay nada que ganar en criminalizar y demonizar aún más a los consumidores de *crack*. En lugar de ello, parecería que una respuesta concertada de salud pública, combinada con un apropiado apoyo social, sería más productiva para un tema hasta ahora insoluble. Aunque la regulación tiene un papel importante qué jugar en

la reducción de daños, es evidente que abordar las condiciones sociales y los bajos niveles de bienestar que subyacen a la mayor parte del consumo problemático de *crack*, así como de otras drogas, resulta clave para reducir en el largo plazo conductas dañinas de este tipo.

Las respuestas de salud pública son más difíciles y menos establecidas para el *crack* que para la heroína. Aunque incluso los consumidores más caóticos de heroína responderán a prescripciones normales que satisfagan sus necesidades, los usuarios de *crack* a menudo se desbocarán en un consumo frecuente e incontrolable. Aunque los consumidores de heroína pueden aceptar prescripciones con sustitutos como la metadona, no existen tales alternativas para el *crack*. Las investigaciones continúan explorando un rango de posibilidades, incluyendo la prescripción de estimulantes sustitutos⁶⁹ como las anfetaminas y el *Modafinil*, o el uso de preparaciones menos potentes de cocaína.⁷⁰ Ésta es ciertamente un área de investigación que requiere sustancialmente de más atención e inversión.

La necesidad de contar con tales investigaciones se vuelve cada vez urgente en la medida en que el creciente uso concurrente de *crack* y heroína vuelve más y más difícil el manejo de temas relacionados al *crack*. Puede decirse que este desarrollo del consumo de *crack* es otra consecuencia no intencional de la prohibición. Además, ha sido impulsada por la infraestructura de la oferta y la cultura subterránea que ha crecido alrededor del mercado ilícito de opiáceos – un mercado y una cultura que la legalización y la consecuente regulación ayudarían a desmantelar activa y directamente.

Por supuesto, el *crack* podría prohibirse, pero los marcos de regulación deben también reconocer que si el polvo de cocaína está disponible – ya sea de venta legal o ilícita, o con prescripción – entonces el *crack* está efectivamente disponible también. Obtener *crack* a partir del polvo de

69 Un útil resumen: Kampman, “*The search for medications to treat stimulant dependence*” [La búsqueda de medicinas para tratar la dependencia de estimulantes], *Addiction Science and Clinical Practice*, 4(2), 2008, páginas 28–35.

70 Informe “*The Cocaine Project*” [El Proyecto Cocaína], OMS/UNICRI, 1995, página 16.

cocaína es un simple procedimiento de cocina – un procedimiento que es imposible evitar. Aún si el *crack* no estuviera disponible directamente, los consumidores decididos a obtenerlo, y quienes anteriormente estaban dispuestos a ingresar a un mercado ilegal, sucio y peligroso para conseguirlo, ciertamente no carecerían de motivación para fabricarlo a partir del suministro de la cocaína en polvo legal.

En una nota más positiva, los métodos básicos para reducción de los daños producidos por el *crack* se están estableciendo razonablemente bien. Por ejemplo, Vancouver es una de las numerosas ciudades que distribuye equipos para reducción de daños por consumo de *crack*, y también se han empezado algunos experimentos tentativos de establecimientos para consumo supervisado de *crack*.⁷¹ Estas intervenciones apuntan hacia un modelo en el cual, aunque el *crack* podría no estar disponible directamente, se proveería de servicios para reducción de daños a quienes continúen adquiriéndolo y consumiéndolo, sin importar si lo hacen a través de canales ilícitos o cuasi-lícitos.

Este tipo de modelo de polvo de cocaína legalmente accesible/espacio para consumo supervisado de *crack*, crea un claro potencial para la reducción de daños personales y sociales causados por el mercado ilícito actual de *crack*. Estas reducciones son de una magnitud tal que superan el potencial incremento en daños de salud que podrían resultar para algunos consumidores por la disminución de la barrera de disponibilidad debido al costo, y que limita el uso de *crack* para los consumidores caóticos de bajos ingresos. También es necesario advertir que, incluso para el más caótico de esos usuarios, el consumo de *crack* no es infinito. Éste está limitado tanto por factores fisiológicos como por limitaciones de costo.

También hay claras lecciones qué aprender a partir de la histórica provisión de heroína y otros opiáceos con prescripción, así como de servicios de reducción de daños tales como establecimientos para

71 “*Distributing safer crack use kits in Canada*” [Distribuyendo equipos para consumo más seguro de crack en Canadá], Canadian HIV Legal Network, 2008.

inyección supervisada. Las lecciones que provienen de estas experiencias sugieren que involucrarse de manera directa y constructiva con las necesidades inmediatas de los usuarios problemáticos, a través de la reducción de daños o la provisión de otros servicios, tiene un impacto positivo claramente definido. En particular, incrementa la probabilidad de que no sólo consuman drogas de manera más segura y moderada, y de que lo hagan en un entorno de pares más seguro, sino que también entren en contacto con los servicios más amplios a su disposición y que probablemente los usen.

La pregunta “*pero, ¿y qué pasa con el crack?*” es también una que resalta el papel de la prohibición en el surgimiento de la “*epidemia del crack*”. La prohibición crea los mercados no regulados, impulsados éstos por procesos económicos muy claramente definidos.⁷² Un efecto de estos procesos es estimular la creación y el consumo de drogas más potentes o de preparaciones concentradas de drogas, las cuales son más rentables por unidad de peso. Ello es directamente comparable a la manera en que, bajo la prohibición de bebidas alcohólicas, el comercio en cerveza y vino dio paso a la venta de licores más concentrados, lucrativos y peligrosos. El mismo patrón se ha observado durante el siglo pasado en una variedad de diferentes mercados ilícitos de drogas. Por ejemplo, en los mercados de opiáceos, el opio (ya sea para fumar o en forma líquida bebible) ha sido remplazado por la heroína inyectable. Más recientemente, el mercado ilegal de cannabis se ha saturado crecientemente con variedades más potentes cultivadas bajo techo.

Con los productos preparados en base a coca, la transformación ha sido dramática. Antes de su prohibición, las formas más populares de consumo de cocaína eran el masticado de la hoja de coca, así como el mate de coca y los vinos preparados en base a la hoja, todos de bajo riesgo. El polvo de cocaína para aspirar por la nariz fue introducido en las calles como resultado de las demandas de mercados ilícitos creados por la prohibición. Estas mismas presiones del mercado finalmente

72 Consultar: J. Miron, “*Drug War Crimes*” [Crímenes de la Guerra contra las Drogas], The Independent Institute, 2004, página 16.

llevaron al desarrollo y emergencia del *crack*, producto fumable y de alto riesgo.

Resulta notable que el mercado de cocaína (fuera de la región andina) actualmente esté definido por el hecho de que sólo están disponibles las versiones más potentes y peligrosas de la droga. Si existieran preparaciones menos potentes, la demanda probablemente se alejaría de las preparaciones más riesgosas, al igual que los patrones de consumo de alcohol se reorientaron hacia las cervezas y vinos al eliminarse la prohibición que pesaba sobre el alcohol en los EE.UU. Tal sería el caso en particular si las regulaciones escalonadas descritas en el [Capítulo 3](#), página 47, se aplicasen con este fin específico.

En el caso del crack de cocaína en el Reino Unido, el mercado ilegal de heroína, establecido de antiguo, creó una red de distribución pre-fabricada y una base receptiva de consumidores para el nuevo producto. Los mercados de heroína y crack se interconectaron en un período comparativamente corto – la mayoría de los consumidores de crack también consumen heroína. Si estas redes ilegales fueran desmanteladas a través de la introducción de una oferta regulada, la “*epidemia*” de la próxima nueva droga tendría mucho menos posibilidades de arraigarse.

Modelo propuesto para discusión de la regulación del polvo de cocaína

MODELO REGULATORIO BÁSICO

- > El clorhidrato de cocaína en polvo estaría disponible para consumidores con licencia dentro de un modelo de ventas al por menor a cargo de un farmacéutico especialista o, en circunstancias muy específicas, con prescripción médica.
- > La oferta estaría completamente controlada por el Estado, o a través de una entidad autorizada por éste (consultar: [Modelo de Mercado Regulado](#) página 31).

CONTROLES SOBRE EL PRODUCTO

Dosis y preparación

- > El polvo sería un producto de calidad farmacéutica (sujeto a los mismos controles que las medicinas).
- > Sobre la base de que la cocaína pura es casi desconocida en el mercado ilícito, potencialmente podría reducirse un producto legal hasta un nivel de pureza apropiado por debajo del 100%, mediante el uso de un agente seguro, no tóxico.
- > En ciertos escenarios, podrían incluirse micro-marcadores – (ver más adelante).

Controles sobre precios

- > Podrían especificarse precios por unidades fijas, o precios mínimo/máximo —con la potencial inclusión de un tributo basado en una tasa de peso unitario o porcentual.
- > El nivel preciso de precios debería ser variado, sobre la base de una prudente experimentación y un estrecho monitoreo de resultados clave a lo largo del tiempo (en relación a niveles de consumo y respuestas del mercado ilícito – consultar: Discusión sobre precios de drogas, página 49).
- > Los precios se establecerían inicialmente en un punto marginalmente por debajo de los precios de mercado (Haden⁷³ ha sugerido un nivel de precio aproximado del 70% como punto inicial para los estimulantes legales).
- > Dentro de un modelo que rastrea a compradores/compras autorizados, los precios podrían potencialmente incrementarse de acuerdo al volumen de compra, como un incentivo negativo al consumo excesivo.

Controles en el empaque

- > Empaque simple sin marcas – como el de las drogas medicadas.
- > El polvo, en unidades fijas, estaría contenido en pequeños sobres sellados, los cuales vendrían dentro de un empaque sellado secundario.
- > El empaque sería a prueba de intentos por alterar el contenido del paquete, así como a prueba de niños.
- > Etiquetado estándar – contenido (fuerza/potencia), unidades, salud y seguridad,

⁷³ Mark Haden, “Controlling illegal stimulants: a regulated market model” [Controlando los estimulantes ilegales: un modelo de mercado regulado], Harm Reduction Journal, 2008, 5:1.

fecha de expiración, etc. La información resumida y advertencias prominentes sobre el empaque y los sobres pequeños, serían complementadas con un encarte impreso con información más detallada, colocado dentro del empaque.

- > Los detalles del comprador autorizado podrían estar tanto en el empaque como en los sobres pequeños, según convenga.

CONTROLES SOBRE EL VENDEDOR/PUNTO DE VENTA Y SUMINISTRO

Licencia para vendedores/proveedores – general

- > Consultar: [2.4 Modelo de farmacias](#), página 26, para una discusión más detallada.
- > El horario de operación permitido, y la densidad/ubicación de puntos de venta, serían determinados por la entidad local autorizada para otorgar licencias.

Publicidad/promoción

- > Prohibición total de cualquier publicidad y promoción – incluyendo estrictos controles sobre la apariencia/señalización de puntos de venta.

Controles sobre volumen de ventas/raционamiento

- > Habría necesidad de aceptar realísticamente que en entornos sociales se produciría cierto grado de intercambios, incluso si se limita el volumen sólo para uso personal. Correspondientemente, el volumen de venta por comprador (por día/semana/mes) tendría un límite máximo establecido (y/o una estructura escalonada de precio/volumen).
- > Potencial para otorgamiento de licencia a compradores individuales, lo cual requiere un documento de identificación conectado a una base de datos central que rastree las ventas, para hacer cumplir los controles sobre racionamiento.

CONTROLES SOBRE EL COMPRADOR/CONSUMIDOR

Controles sobre edad de acceso

- > Controles sobre edad mediante verificación de documento de identidad – potencialmente vinculado a sistema de compradores autorizados.

Grado de intoxicación del comprador

- > Se exigiría que los vendedores se rehúsen a vender el producto a personas que estén evidentemente intoxicadas – según una serie de lineamientos claramente establecidos.

Licencias para compradores/usuarios

- > Al menos en una primera instancia (ciertamente para planes piloto) se establecería un sistema según el cual sólo se permitiría que personas autorizadas accedan al producto, únicamente para consumo personal. Ello podría estar vinculado a un sistema de rastreo de compras basado en un documento de identidad. Las licencias podrían ser revocadas por violaciones específicas del sistema (por ejemplo, reventa del producto).
- > Los compradores podrían tener detalles del nombre del comprador cifrados en el empaque (o mediante el uso de micro-marcadores).

Limitaciones en espacios autorizados para consumo

- > El consumo en espacios públicos constituiría un delito castigado con multas en la mayoría de lugares.
- > Debería prestarse atención especial a resaltar los riesgos asociados con el consumo de cocaína en combinación con alcohol.

Modelos potenciales para regulación de preparaciones de cocaína de menor potencia

Tal como ya se ha resaltado, la infusión de coca presenta un perfil de consumo y de salud pública en la región andina que no difiere del que ostentan el café y el té convencional en gran parte del mundo. No hay razón por la cual el mate de coca no podría estar disponible más ampliamente, al igual que las otras infusiones, para quienes deseen tomarlo.⁷⁴ En el corto y mediano plazos, es probable que su consumo

⁷⁴ En realidad ya está ampliamente disponible, aunque el mercado internacional sigue siendo pequeño.

permanezca mayormente restringido a su patria cultural. A nivel internacional, el mate de coca podría probablemente conquistar una porción del mercado de té de especialidad. No hay razón alguna en particular que haga pensar que el mate de coca remplazaría o usurparía de manera considerable los mercados de café y té donde éstos ya están establecidos.

Es más probable que los empresarios intenten desarrollar nuevas “*bebidas energéticas*” hechas a base de coca para competir con el lucrativo mercado de refrescos hechos a base de cafeína. El espacio más obvio para tal mercado será entre las bebidas de cola existentes. También podrían competir en el mercado sustancial, y en rápida expansión, de las “*bebidas energéticas*” con alto contenido de cafeína, compartiendo los anaqueles con productos como Red Bull. Aunque el mate de coca tiene un límite natural en cuanto a su contenido activo, tal no es el caso con las bebidas procesadas. Por ello, tendrían que estar sujetas a niveles adicionales de regulación de manera tal que pueda controlarse y limitarse su contenido activo, que se incorpore información adecuada en las etiquetas y el empaque, y que se establezcan otros controles apropiados en relación a la publicidad/promoción del producto.

La disponibilidad de tales bebidas supuestamente seguiría (dependiendo de las evaluaciones sobre los niveles del contenido activo y riesgos relacionados) un modelo de ventas bajo licencia, similar al que rige la venta de alcohol. Alternativamente, estas bebidas podrían estar sólo disponibles para venta en farmacias sin requerir receta médica, como es el caso con Red Bull en ciertos países europeos. Desde luego, tal regulación podría no sólo cubrir a las bebidas fabricadas en base a coca; existen sólidos argumentos en el sentido de que el empaque, promoción y disponibilidad de ciertas bebidas energéticas hechas en base a cafeína deberían ser también reguladas más estrictamente.⁷⁵

⁷⁵ Con cada vez mayor frecuencia, tales llamados han provenido de una variedad de autoridades médicas. Consultar: C. Reissig, E. Strain, R. Griffiths, “*Caffeinated energy drinks—a growing problem*” [Bebidas energéticas con cafeína – un problema creciente], *Drug and Alcohol Dependence*, 1 de enero, 2009.

Estas bebidas hechas en base a coca tienen el potencial de absorber parte de la demanda de usuarios del polvo de cocaína. Muchos consumidores de cocaína con fines recreativos, si tuvieran la posibilidad de elegir, preferirían una bebida estimulante que tuviera un efecto de liberación más seguro y lento que el polvo que se aspira por la nariz. Esta preferencia podría ser estimulada adicionalmente mediante la utilización de controles sobre precio y disponibilidad que hagan a las bebidas energéticas hechas a base de coca más atractivas que la alternativa de cocaína en polvo aspirado por la nariz.

Tal desarrollo podría ser tanto una forma beneficiosa de reducción de riesgo, como una potencial contribución a una cultura de mayor moderación y responsabilidad en el consumo de estimulantes – una cultura que, en el curso de las décadas recientes, ha avanzado en la dirección opuesta. Los reguladores, sin embargo, deberían considerar los particulares riesgos del consumo de tales productos en combinación con otras drogas – particularmente, con alcohol. Por ejemplo, deben estar conscientes de cómo el consumo de cocaína ha estado asociado con patrones problemáticos de consumo de alcohol.

Un ejemplo de este potencial problema es el incremento que se observa de cócteles preparados con bebidas energéticas hechas en base a cafeína/alcohol en algunos mercados. El popular cóctel de Red Bull y vodka es quizá el caso más visible. También han surgido algunos productos de combinación pre-mezclados, los cuales aprovechan la actual popularidad de los cócteles elaborados con cafeína/alcohol. Tales cócteles resultan problemáticos debido que los efectos estimulantes/depresivos de las drogas que los componen pueden, en cierto grado, cancelarse mutuamente. Ello puede conllevar un consumo excesivo y, de esta manera, un mayor riesgo. Una preocupación adicional alrededor del potencial que representan los cócteles de coca/alcohol es que la co-administración de cocaína y alcohol lleva a la formación de coca-etileno dentro del organismo. Ésta es una droga con propiedades

similares a la cocaína; se cree, sin embargo, que ésta tenga mayor toxicidad cardiovascular y hepática.

Los modelos regulatorios podrían responder a estas inquietudes, combinando restricciones sobre disponibilidad con educación sobre riesgos. Estas opciones podrían incluir restricciones sobre la venta de bebidas hechas a base de coca que sobrepasen cierta potencia en licorerías y bares, limitando tales bebidas únicamente para venta en farmacias sin receta médica, prohibiendo la combinación de bebidas o cócteles pre-mezclados, haciendo cumplir la obligación de colocar advertencias específicas en empaques, y colocando controles apropiados sobre la publicidad, promoción e identificación de marca.

Otros productos de coca/cocaína de consumo oral

Según el estudio de 1995 elaborado por OMS/UNICRI, el consumo tradicional de la hoja de coca, masticada con una pequeña cantidad de cal para liberar el contenido activo:

...parece no tener efectos negativos sobre la salud, y cumple funciones positivas, terapéuticas, sagradas y sociales para las poblaciones indígenas andinas.

Muchos de los usos funcionales y benéficos de la hoja de coca en comunidades indígenas andinas son bastante específicos en términos regionales y culturales. Por ejemplo, ayuda a combatir el mal de altura, y proporciona ciertos nutrientes que son localmente beneficiosos. En tal sentido, parece relativamente improbable que exista un mercado sustancial en el resto del mundo para el masticado de coca al estilo tradicional andino, aún si no existiesen obstáculos legales a su producción y exportación. Similarmente, otros estimulantes cultural/regionalmente específicos como el *kbat* y la nuez de areca, no han desarrollado mercados más amplios significativos.

Sin embargo, dado que la cocaína es absorbida de manera más eficiente a través del paladar que por el estómago, habría el potencial para desarrollar productos hechos a base de coca que sean más favorables al consumidor. Éstos serían comparables a los productos de tabaco para consumo oral, como las bolsitas “*Bandits*”. Una cantidad de hojas de coca, combinada con un aditivo de álcali, podría estar contenida en un pequeño paquete permeable, como una bolsita de té filtrante, para colocarse dentro de la boca. Los productos hechos a base de coca también pueden adoptar la forma de caramelos o chicles, para ser consumidos de manera muy parecida a los productos actualmente usados para la sustitución de la nicotina. Tales productos requerirían niveles de regulación adecuados a los niveles de riesgo que presentan. Sin embargo, se asume que éstos últimos son relativamente bajos. Tales productos probablemente requieran niveles de regulación semejantes a los que se aplican a productos comparables para sustitución de nicotina.

Si apareciesen tales productos, por lo general corresponderían al campo de las conductas relacionadas al consumo de estimulantes funcionales/beneficiosos/relacionados a estilos de vida. Supuestamente no tendrían un impacto significativo sobre patrones de consumo recreativos o problemáticos⁷⁶ más allá de, posiblemente, ayudar a promover una cultura de consumo más moderado y razonable. Sin embargo, al igual que con los productos de tabaco que no se fuman, los reguladores y funcionarios de salud pública a menudo han batallado para reconciliar la promoción activa de tales productos nuevos con sus principios de salud pública, los cuales enfatizan la reducción del consumo (consultar: *Reducción de daños causados por el tabaco*, página 128). Se pueden aducir argumentos válidos respecto a que los productos de tabaco para consumo oral son sustitutos considerablemente más seguros que el tabaco para fumar. Sin embargo, no se ha establecido el grado de una sustitución similar con productos de cocaína. En términos efectivos, introducir productos de coca de baja potencia para consumo oral podría

76 El informe del Proyecto Cocaína de la OMS/UNICRI de 1995 sí menciona la posibilidad de utilizar el mate de coca para consumidores dependientes de cocaína con ciertos resultados positivos (página 16).

estar creando un nuevo nicho de mercado, y estableciendo una conducta donde antes no existía ninguna.

De otro lado, es probable que tales productos surjan de alguna forma en un nuevo régimen legal y, por ello, se justifica cuando menos una consideración del tema. Adicionalmente, su surgimiento puede servir meramente para expandir las opciones para el consumidor en relación a productos, como ocurre con el tabaco/nicotina o café, que cumplen una función y papel cultural similares.

5.4.2 Anfetaminas

Existe una serie de drogas relacionadas que corresponden al grupo de las anfetaminas. La propia anfetamina (el nombre se deriva de su nomenclatura química: alfa-metilfenetilamina) es el compuesto original de un gran número de derivados, cada uno de ellos con una conformación molecular ligeramente diferente, y de los cuales existen cuatro tipos principales:

- * Anfetamina; variación racémica; dextroanfetamina (Dexedrina)
- * Metil-anfetamina; variación racémica desoxiefedrina (conocida más comúnmente como metanfetamina)
- * Ketoanfetaminas; catina y catinona (los ingredientes activos en el khat)
- * Pseudo-anfetaminas; metilfenidato (Ritalina) etc.

El MDMA (éxtasis) es otra sustancia relacionada a la anfetamina, de la cual nos ocuparemos más adelante y por separado.

En todo el mundo, las anfetaminas son la segunda droga ilegal de consumo más popular después del cannabis.⁷⁷ Como la cocaína, se les asocia con un espectro de conductas de consumo y preparaciones que oscilan entre las funcionales/médicas, pasando por las recreativas, hasta



FLICKR/FGMB

Tabletas de Dexedrina con prescripción médica (sulfato de dexanfetamina)

las problemáticas. Estas conductas están consecuentemente asociadas con un amplio espectro de riesgos y desafíos regulatorios.

Al igual que con otros conjuntos de drogas, existe la necesidad de establecer un balance entre la necesidad de reducir en el corto plazo el perjuicio asociado con las formas de consumo más dañinas o riesgosas, y la meta de

más largo plazo relacionada al cambio progresivo de consumo hacia productos, conductas y ambientes más seguros. Ello podría incluir la provisión de preparaciones más riesgosas, como polvos o formas inyectables, sólo disponibles bajo regímenes mucho más restrictivos.

La utilidad de las anfetaminas para una serie de usos médicos – desde los descongestionantes nasales y medicinas contra el resfrío de venta sin receta médica,⁷⁸ hasta tratamientos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y narcolepsia – significa que, a diferencia de la cocaína, muchas anfetaminas circulan ampliamente en una variedad de presentaciones dentro de un régimen legal. Ello implica que son más accesibles (incluyendo la desviación/conversión del producto para usos no médicos) y, al mismo tiempo, que sus riesgos, consumo y abuso son supuestamente mejor entendidos y aceptados, tanto médica como socialmente.

Modelo propuesto para discusión de regulación de anfetamina

MODELOS REGULATORIOS BÁSICOS

- > La desoxiefedrina (y potencialmente algunas otras anfetaminas) – estaría disponible en forma de píldora únicamente bajo el modelo de farmacéutico especialista – inicialmente dentro de un modelo de comprador autorizado.

78 Que en ocasiones contienen levo-metanfetamina y pseudoefedrina.

- > En ciertos escenarios, también podría estar potencialmente disponible una forma de anfetamina en polvo – con controles más estrictos sobre el aspecto de disponibilidad.
- > Preparaciones menos potentes, incluyendo soluciones para consumo oral, podrían estar disponibles para venta sin receta médica o en un sistema de venta bajo licencias adecuadas – sujetas a restricciones sobre el volumen de ventas.
- > Paralelamente a cualquier suministro al por menor con licencia, existiría un modelo de prescripción médica.

CONTROLES SOBRE EL PRODUCTO

Dosificación y preparación

- > Cualquier droga en forma de píldora y polvo se produciría y vendería bajo controles para drogas farmacéuticas estandarizadas.
- > Las píldoras podrían estar formuladas para prevenir/desalentar que éstas sean convertidas en polvo para aspirar/inyectarse.
- > La dosis sería estandarizada a un nivel apropiado, sobre una base de sobrecitos con píldoras o polvo (determinado por la experiencia con anfetaminas recetadas).
- > Como en el caso de la cocaína, la potencia de cualquier forma de anfetaminas en polvo para aspirar podría reducirse a menos del 100%, añadiéndole agentes no tóxicos.
- > También podría explorarse el uso de parches dérmicos de efecto lento, ya empleados para administrar metilfenidato (Ritalina).

Controles sobre el precio

- > Podrían especificarse precios unitarios fijos o precios mínimo/máximo, incluyendo tributos basados en una tasa de peso unitario o porcentual.
- > Podría introducirse una escala creciente de precio/tributo, desde preparaciones de baja dosis y liberación de efecto lenta, hasta dosis más altas con una liberación de efecto más rápida.
- > Es probable que los precios sean similares o marginalmente menores que los vigentes actualmente en el mercado ilícito. De cualquier manera, sin embargo, los precios de las anfetaminas son por lo general relativamente bajos y, en consecuencia, juegan un

papel menor en las decisiones relativas al consumo. De esta manera, una reducción en el precio podría servir para socavar la producción y demanda ilícitas, sin necesariamente estimular el consumo. Tal como es el caso con las determinaciones de precios para todas las drogas, los pasos a darse deben estar basados en una cautelosa experimentación y un estrecho monitoreo de resultados clave.

Controles sobre el empaque

- > Empaque simple y sin marcas comerciales – como el de las medicinas.
- > Las píldoras deben venir en frascos/envases estandarizados para medicinas, o en empaques tipo burbuja dentro de un envase apropiado. El polvo podría venir en un sobrecito o envoltorio fijo unitario, el cual podría estar contenido en un empaque sellado.
- > Los envases serían a prueba de alteraciones del contenido, y de niños.
- > Etiquetado estándar – contenido (fortaleza/potencia), unidades, salud y seguridad, fecha de expiración del producto, etc. La información resumida y advertencias prominentes sobre los envases (y en los envoltorios/sobres) podrían ser complementadas con un folleto inserto en el envase que contenga información escrita más detallada. El etiquetado especificaría de manera prominente que el producto “*no es para uso médico*” para ayudar a mantener la distinción del mercado entre el suministro médico y el de uso no médico.
- > Los detalles del comprador autorizado podrían figurar tanto en el envase como en los sobrecitos unitarios/empaques tipo burbuja, según corresponda.

CONTROLES SOBRE EL VENDEDOR/PUNTO DE SUMINISTRO

Publicidad/promoción

- > Se prohibiría toda publicidad y promoción de anfetaminas en forma de píldoras y polvo, incluyendo controles estrictos sobre la apariencia/señalización de puntos de venta.
- > Podría permitirse cierta promoción de productos de menor potencia/de venta sin receta médica (soluciones de consumo oral con potencia menor y “*bebidas energéticas*”)

bajo estrictas condiciones, tal como ya ocurre con ciertos productos de anfetaminas legales.

Autorización para vendedores/proveedores – en general

- > Para una mayor discusión, consultar sección sobre modelo de farmacia.
- > Las horas autorizadas para atención, así como la densidad/ubicación de puntos de venta, estarían determinadas por la entidad local a cargo de otorgar la licencia.

Controles sobre el volumen de ventas/racionamiento

- > Se establecería un límite máximo (y/o estructura escalonada de cantidad/precio) para el volumen de venta autorizado por comprador (por día/semana/mes), trazado a un nivel realista para consumo personal (quizá una vez a la semana/cuatro veces al mes), pero muy por debajo de lo que es considerado como nivel/frecuencia problemáticos (es decir, consumo diario). Debería haber una aceptación realista de que en entornos sociales habría cierto grado de consumo compartido – incluso si las ventas son limitadas y únicamente sobre la base de consumo del comprador/personal.
- > Los niveles de consumo problemáticos/dependientes serían manejados a través de un modelo de prescripción médica.
- > Podrían hacerse cumplir controles de racionamiento mediante el uso de licencias para compradores individuales, vinculadas a un sistema de rastreo de compras a través del documento de identidad.

CONTROLES SOBRE EL COMPRADOR/CONSUMIDOR

Controles sobre la edad de acceso

- > Se exigiría que los vendedores hagan cumplir los controles sobre la edad de los compradores mediante la verificación del documento de identidad – potencialmente vinculado a un sistema de rastreo de compradores autorizados.

Grado de intoxicación del comprador

- > Se exigiría que los vendedores se rehúsen a vender a quienes se encuentren evidentemente intoxicados, según un conjunto de lineamientos claros.

Licencias para compradores/consumidores

- > Al menos en primera instancia (ciertamente para planes piloto), se establecería un sistema al cual sólo tendrían acceso personas autorizadas y únicamente para su consumo personal. Éste podría estar vinculado a un sistema de rastreo de compras basado en un documento de identidad. Las licencias podrían ser revocadas por faltas específicas, como la venta del producto a otras personas.
- > Las ventas podrían incluir detalles del comprador nombrado sobre el empaque, o a través del uso de micro-marcadores.

Limitaciones en cuanto a ubicaciones autorizadas para el consumo

- > El consumo público del producto en forma de píldora no sería un problema; el consumo público a través de aspiración por la nariz constituiría una falta punible con multa en la mayoría de los espacios.
- > Los riesgos asociados a consumir anfetaminas en conjunto con alcohol deberían ser resaltados también.

Otras anfetaminas:

Metilfenidato (Ritalina)

La Ritalina es ampliamente recetada para tratar una variedad de condiciones médicas. Su uso mejor conocido —y el más controvertido— consiste en el tratamiento para el desorden de déficit de atención-hiperactividad en niños en edad escolar y aún a nivel pre-escolar.⁷⁹ Grandes cantidades de esta sustancia también se han desviado para un uso no médico como estimulante. La prevalencia del uso médico por parte de niños, ha llevado a problemas particulares de abuso dentro de esta población. El desarrollo de preparaciones de una dosis diaria con una liberación de efecto más lenta, y los parches transdérmicos, constituyen un avance para abordar el tema de la desviación del producto.

⁷⁹ La dexanfetamina y el Adderal (una mezcla de Ritalin y dexanfetamina) también han sido ampliamente recetados para tratar esta condición.

Sin embargo, aunque siguen constituyendo una seria inquietud, los temas que rodean la desviación de las prescripciones entre niños no deben afectar el potencial acceso no médico por parte de adultos con capacidad de consentimiento. Donde exista el acceso legal a la dextro-anfetamina, la demanda por otras anfetaminas de uso médico con perfiles de efectos similares, como la Ritalina, disminuiría naturalmente. Si existiera alguna demanda adicional de este producto, podría ofrecerse paralelamente o incluso en lugar de éste, un suministro regulado de metilfenidato no médico en un esquema similar.

Metanfetamina

La Metanfetamina es una anfetamina más potente y de acción más prolongada, aunque probablemente se han exagerado sus diferencias con otras anfetaminas —las diferencias clave consisten en la facilidad con la cual se le produce, y el hecho de que puede fumársele más fácilmente (consultar: *4.2 Evaluando y clasificando los daños Causados por las Drogas*, página 85). En el transcurso de las últimas dos décadas, en la medida en que sus usos médicos han disminuido, su producción y consumo no médicos ilícitos han crecido rápidamente. Se ha convertido en un problema principal de salud pública en gran número de regiones, particularmente en el sudeste asiático, Europa Oriental, la Federación Rusa y Norteamérica.

Como resultado de ello, y en combinación con problemas sustanciales asociados con el tráfico ilícito de drogas, la metanfetamina se ha convertido en gran medida en la “*nueva amenaza en términos de drogas*”. En los EE.UU., por ejemplo, en cierta medida ésta ha asumido el estatus que anteriormente ocupaba el crack de cocaína en la narrativa de la guerra contra las drogas. Por eso, el pánico de los medios de comunicación ha generado relatos deliberadamente exagerados sobre la amenaza que ésta representa. Es importante que tal hipérbole no oscurezca un entendimiento realista de los serios problemas relacionados al consumo

En ausencia de opciones legalmente accesibles para otras anfetaminas o estimulantes, una vez más estos especuladores se han dado maña para redirigir los mercados ilícitos hacia los productos más potentes, riesgosos y rentables

que enfrenta una minoría significativa de consumidores de la sustancia, ni el hecho de que su consumo es mayormente no problemático. También debe reconocerse que la metanfetamina se fabrica con facilidad a partir de sustancias químicas y drogas de fácil accesibilidad, las cuales incluyen medicinas de venta sin receta médica (efedrina y pseudoefedrina). Ello hace que el control de la producción sea casi imposible, y a la vez crea un mercado atractivo y lucrativo para especuladores criminales. En ausencia de opciones legalmente accesibles para otras anfetaminas o estimulantes, estos especuladores se han dado maña para redirigir los mercados ilícitos hacia los productos más potentes, riesgosos y rentables.⁸⁰

En regiones donde la metanfetamina se ha convertido en un grave problema, se requieren respuestas separadas pero paralelas para abordar los retos que presenta el consumo de esta sustancia. En el corto plazo, es necesario aceptar la realidad del consumo de la metanfetamina que existe actualmente, y adoptar enfoques impulsados por criterios de salud pública que reduzcan sus riesgos/daños asociados de salud personal y social. Ello iría acompañado del enfoque antes señalado, definido para el crack de cocaína, con restricción de la provisión, establecimientos supervisados para su consumo, y servicios de tratamiento/recuperación/apoyo disponibles para consumidores problemáticos.

Tal reducción de daños podría combinarse con la provisión de la sustancia para mantenimiento con prescripción, en casos que cumplan criterios específicos. Ello se manejaría de acuerdo a modelos de prescripción establecidos para anfetaminas. Puede haber cierto potencial para la prescripción de anfetaminas menos potentes con liberación lenta de efecto para consumidores problemáticos de

⁸⁰ En contraste con la experiencia en los EE.UU., en el Reino Unido, donde el sulfato de anfetamina ilícito es relativamente barato y accesible, el consumo de metanfetamina ha permanecido en niveles muy bajos.

metanfetamina.⁸¹ Éstas podrían ser suministradas como preparaciones para consumo oral, menos fuertes y con liberación de efecto más lenta, las cuales desincentivarían conductas de mayor riesgo como fumar o inyectarse esta sustancia.

En el plazo más largo, la regulación de las anfetaminas y la de los estimulantes en un sentido más amplio, buscaría revertir las presiones creadas por la economía del mercado ilícito de la droga. Se propondría promover relaciones más saludables en términos personales, y menos dañinas en términos sociales, con los estimulantes. Los instrumentos regulatorios se combinarían con intervenciones de educación en salud pública y reducción de daños para crear un impacto gradual y positivo sobre los consumidores de estimulantes y sobre la cultura asociada a este consumo, avanzando de manera progresiva hacia drogas, preparaciones, conductas y espacios de consumo menos riesgosos.

Efedrina

La efedrina es similar a la dexanfetamina y la metanfetamina, tanto en su estructura química como en los efectos que causa, aunque es menos potente que aquellas. La droga se encuentra naturalmente en la planta efedra, usada desde hace mucho tiempo como medicina tradicional en China. La efedrina está disponible legalmente en muchos países, incluyendo los EE.UU., en sus formatos como clorhidrato y sulfato. Se le vende como medicina con receta médica, y como producto farmacéutico de venta sin receta, y la emplean comúnmente profesionales, estudiantes y algunos deportistas como estimulante de las funciones corporales.⁸² La efedrina también tiene otros usos relacionados a un estilo de vida/razones médicas, incluyendo los de descongestionante, supresor del apetito o bronco-dilatador.

⁸¹ En una serie de países, incluyendo Finlandia y Nueva Zelanda, están en marcha estudios que emplean metilfenidato para este fin.

⁸² Su seguridad para el entrenamiento de deportes es sumamente cuestionada, y su legalidad en los deportes de competencia es objeto de una continua controversia.

Hasta una época comparativamente reciente, la efedrina había ostentado un perfil relativamente bajo entre consumidores para un uso no médico. Ello cambió cuando se descubrió que uno de sus isómeros, la pseudoefedrina, era un insumo principal para la fabricación de la metanfetamina. Desde ese momento, la efedrina se convirtió en objeto de controles cada vez más severos. Resulta interesante que, en lugar de una prohibición absoluta, los EE.UU. respondieron con la introducción de un cúmulo de estrictas regulaciones contenidas en el Acta para Combatir la Epidemia de la Metanfetamina del 2005,⁸³ la cual fue promulgada en 2006.

Tal ley implicó una enmienda del Código estadounidense en relación a la venta de productos que contienen efedrina. La ley federal incluía los siguientes requerimientos para los comerciantes que venden efedrina o pseudoefedrina:

- * Un registro recuperable de todas las compras, identificando el nombre y dirección de cada comprador y vendedor, el mismo que debía conservarse durante dos años.
- * Exigencia de verificar la identificación de todos los compradores.
- * Exigencia de emplear métodos para protección y revelación para el acopio de información personal.
- * Informar al Procurador General sobre cualquier pago sospechoso o desaparición de los productos regulados.
- * El producto regulado en su formato no-líquido sólo puede ser vendido por dosis unitarias en empaques tipo burbuja.
- * Los productos regulados deben mantenerse detrás del mostrador o en un anaquel bajo llave, a fin de restringir el acceso a la sustancias.
- * La venta diaria de productos regulados no deben exceder los 3.6 gramos, sin importar el número de transacciones.
- * Las ventas mensuales no deben exceder los 9 gramos de base de pseudoefedrina en productos regulados – regulaciones similares se aplican a pedidos por correo, excepto que el límite mensual de ventas es de sólo 7.5 gramos.

Tal respuesta podría parecer, al mismo tiempo, draconiana en extremo para las medicinas y remedios para resfrío que ocupan la mayoría de los botiquines de baños, como inefectiva para reducir la disponibilidad y consumo de metanfetamina ilícita. De hecho, la producción de metanfetamina simplemente se ha trasladado, de productores para consumidores a pequeña escala, a una empresa del crimen organizado a gran escala. Sin embargo, sí apunta, aunque de modo inadvertido, hacia algunos modelos útiles de regulación para anfetaminas de uso no médico.

5.4.3 Éxtasis/MDMA

El MDMA – también conocido como éxtasis – es una droga sintética químicamente similar a las anfetaminas. Sin embargo, sus propiedades estimulantes son complementadas por otros efectos psicológicos muy característicos que la distinguen de otros estimulantes. Tales efectos se describen como la creación de una sensación de empatía o intimidad en situaciones sociales. En consecuencia, el éxtasis ha sido calificado adicionalmente como un producto “*empatógeno*” o “*entactógeno*”.

El éxtasis/MDMA es, de lejos, la más popular de una larga lista de drogas sintéticas psicoactivas relacionadas (con frecuencia llamadas “drogas de diseño”) que han sido desarrolladas en el transcurso del siglo pasado.⁸⁴ En el campo de las drogas ilícitas, ninguna de las otras drogas (incluyendo el 2CB y el MDA) ha ido más allá de patrones de consumo breves o relativamente bajos. De hecho, se ha observado que muchas de éstas son vendidas como éxtasis.

El rápido surgimiento del éxtasis en la cultura juvenil a fines de la década de 1980 e inicios de la década de 1990, fue el inicio de un “*pánico moral*” conocido, que de manera esporádica retumba hasta la actualidad. Este pánico vino acompañado por un creciente conjunto de investigaciones que evaluaban los riesgos y daños asociados con el consumo de

⁸⁴ El investigador más famoso es Alexander Shulgin quien, en su libro “PiHKAL” describe el proceso a través del cual desarrolló y probó más de 200 sustancias relacionadas, incluyendo el MDMA (desarrollado inicialmente en 1912 por Merck).

la droga en una serie de entornos. Entre estas investigaciones y gran parte de la respuesta al pánico, proveniente de las esferas de la política y los medios de comunicación, había una clara disonancia; la respuesta tendía a tergiversar los daños a la población, concentrándose obsesivamente en las fatalidades individuales.

El estudio sistemático independiente más reciente y extenso de la evidencia observada⁸⁵ fue publicado en 2009. Era una parte del estudio para la clasificación del MDMA en el Reino Unido, emprendido por el Consejo Consultivo sobre Abuso de Drogas (ACMD, siglas en inglés), nombrado por el gobierno. El informe del ACMD en 2009 recomendaba que el MDMA debía ser reclasificado, de Clase A (en el Reino Unido) a Clase B. En apoyo a esta recomendación, el ACMD señalaba que:

- * *El consumo del MDMA es indudablemente dañino. Dosis elevadas pueden llevar a la muerte: por toxicidad directa, en situaciones de hipertermia/deshidratación, ingesta excesiva de agua, u otras razones. Empero, considerando su difundido consumo, las fatalidades son relativamente bajas, y son sustancialmente menores que aquellas debidas a otras drogas de Clase A, particularmente la heroína y la cocaína. Estos riesgos pueden ser minimizados siguiendo consejos tales como beber cantidades adecuadas de agua, aunque ello no es un sustituto para la abstinencia.*

- * *Algunas personas experimentan agudas consecuencias médicas como resultado del consumo de MDMA, lo cual puede llevar al internamiento en hospitales, en ocasiones requiriendo cuidados intensivos. Actualmente, los casos de envenenamiento por MDMA no se están incrementando, y resultan menos frecuentes que los episodios de envenenamiento por cocaína.*

⁸⁵ G. Rogers et al., “The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence” [Los efectos dañinos para la salud del éxtasis recreacional: un análisis sistemático de la evidencia observacional], Health Technology Assessment, 2009; Volumen 13(6), páginas 1–338. La investigación consideraba más de 4,000 estudios publicados, 422 de los cuales cumplieron el criterio de análisis para ser incluidos.

- * *El MDMA no parece generar una gran propensión a la dependencia o reacciones de abstinencia, aunque un número de consumidores buscan ayuda a través de servicios de tratamiento.*
- * *El MDMA parece tener escaso efecto agudo o duradero sobre la salud mental del consumidor promedio; a diferencia de las anfetaminas y la cocaína, el MDMA está rara vez implicado en episodios significativos de paranoia.*
- * *Existe actualmente escasa evidencia de daños de largo plazo al cerebro en términos de su estructura o funcionamiento. Sin embargo, hay evidencias de cierto pequeño declive en una serie de campos, incluyendo la memoria verbal, aún en bajas dosis acumulativas. La magnitud de tales déficits parece ser reducida, y su relevancia clínica no resulta clara. La evidencia muestra que el abuso del MDMA en el Reino Unido es un fenómeno de 20 años de duración, pero debe señalarse que no se pueden descartar efectos de largo plazo.*
- * *En términos generales, el ACMD juzga que los daños físicos del MDMA están más cercanamente emparentados a los producidos por la anfetamina, que a los de la heroína o cocaína.*
- * *El consumo de MDMA parece tener pocos efectos sobre la sociedad en términos de daños relacionados a intoxicación o desorden social. Sin embargo, el ACMD advierte que existe una proporción muy reducida de casos en los cuales el consumo de “éxtasis” ha estado implicado en agresiones sexuales.*
- * *Comúnmente no se observan desinhibición y comportamientos impulsivos, violentos o riesgosos bajo la influencia del MDMA, a diferencia de la cocaína, anfetaminas, heroína y alcohol.*

Debe reconocerse, desde luego, carencias clave en la base de la investigación; el MDMA es una droga relativamente nueva (en cuanto a su consumo difundido) en comparación a, por ejemplo, la anfetamina o cocaína, y su carácter ilegal constituye un impedimento adicional para la investigación. Ello no obstante, en la actualidad contamos con una apreciación razonable de los riesgos asociados a esta droga, específicamente en relación a otros estimulantes.

Su toxicidad/riesgos agudos son relativamente bajos, especialmente si se siguen consejos básicos para la reducción de riesgos; tales consejos incluyen la hidratación, el manejo de temas de recalentamiento en discotecas/fiestas, y estar conscientes sobre los riesgos contenidos en el consumo de múltiples drogas. Aunque se observó consumo de alto riesgo, los patrones de consumo dependiente son extremadamente raros. A diferencia de la cocaína y las anfetaminas, el MDMA no tiene dosis baja de uso funcional/de estilo de vida, ni presenta temas de dependencia crónica asociados con frecuentes dosis elevadas.

En vista de ello, proponemos como punto de partida un modelo de suministro mediante un farmacéutico especialista, en los términos descritos para la anfetamina y la cocaína en polvo. El consumo de MDMA en discotecas/fiestas podría suponer también que podría explorarse modelos de clubes con licencia basada en membresía, aunque de modo experimental. Esta última opción sería una respuesta apropiada a una realidad aceptada de consumo del MDMA; éste ya está fácilmente disponible y a bajos precios en muchos clubes y espacios relacionados. De hecho, la experiencia en el Reino Unido ha sido que los costos por píldora han caído dramáticamente en el curso de las dos décadas anteriores, aunque su consumo se ha reducido marginalmente desde el auge que experimentó a mediados de la década de 1990. A nivel práctico, un punto de venta bajo licencia *in situ* facilitaría una elección informada sobre contenido y posología. Tal elección informada se pierde a manos

de los mercados ilícitos, en los cuales se desconoce la potencia, contenido y pureza de las “píldoras”.

Los vendedores *in situ* autorizados también serían capaces de asumir muchas de las responsabilidades correspondientes a la función del farmacéutico. Se les exigiría que limiten las ventas a personas intoxicadas, que controlen las compras múltiples y racionen el volumen de venta, así como que ofrezcan consejos para un consumo más seguro. Inicialmente, tales espacios podrían ser accesibles sólo a miembros. Ello ofrecería un grado de control sobre el acceso al establecimiento, incluyendo la revocatoria de membresía como sanción ante cualquier violación de las “reglas de la casa”. Tales violaciones podrían incluir la reventa del producto a terceras personas, o la provisión del producto a personas a quienes se ha negado acceso al club.

Además, las propiedades “empatógenas”/“entactógenas” del MDMA podrían justificar la creación de un canal adicional de acceso: hacer la droga disponible para consumo terapéutico supervisado por profesionales médicos autorizados. El consumo del MDMA en una serie de espacios terapéuticos ha sido materia de continuas investigaciones para ayudar en terapias de parejas, depresión, ansiedad en pacientes con cáncer, y estrés post-traumático. Sin formular afirmación alguna sobre su eficacia, una investigación potencialmente tan beneficiosa no debería ser restringida meramente sobre la base de preocupaciones no relacionadas al consumo recreacional de la droga en discotecas o fiestas. Reconociendo ello, ha empezado a expandirse en los EE.UU. y en otros lugares la investigación con licencia oficial sobre los usos terapéuticos del MDMA.⁸⁶

5.4.4 Surgimiento de drogas análogas al MDMA y otras ‘drogas de diseño’

En el transcurso de las últimas dos o tres décadas, la aparición del MDMA y de un cúmulo de componentes relacionados, ha planteado

⁸⁶ Consultar por ejemplo: www.maps.org/mdma/.

algunas preguntas difíciles sobre cómo las agencias de salud pública y las fuerzas del orden abordan el surgimiento de nuevas drogas psicoactivas. En algunos países, incluyendo el Reino Unido, categorías completas de componentes químicos similares (incluyendo cualquier variante que potencialmente se desarrolle en el futuro) están cubiertas por la misma legislación.

Resulta razonable proponer como mecanismo predeterminado que cualquier nueva droga no cubierta por los marcos regulatorios existentes no debería estar legalmente disponible – como a menudo es el caso en la actualidad. Un mecanismo predeterminado de prohibición, ciertamente aplicable a cualquier forma de venta comercial, pareciera ser el curso más cauteloso y responsable a tomar (la legislación sobre sustancias venenosas también podría entrar a tallar para cubrir la distribución de sustancias desconocidas, especialmente si tal distribución se produce bajo términos engañosos o sin consentimiento informado). Tal prohibición estaría vigente hasta que dicha droga haya sido objeto de una adecuada evaluación y de las correspondientes recomendaciones por parte de las agencias regulatorias pertinentes.

La manera en que tal prohibición operaría plantea una serie de preguntas potencialmente peliagudas. Deberán hacerse distinciones y establecer sanciones, basándose en la naturaleza de la droga y los motivos para su producción y suministro. El desarrollo y la venta comercial de drogas no clasificadas serían el objetivo clave de tal restricción. Sin embargo, parecería probable que, si existiesen alternativas lícitas disponibles, disminuiría el incentivo para que químicos que trabajen al margen de la ley desarrollen y comercialicen nuevas drogas en un régimen no regulado. Sería provechoso separar estas actividades impulsadas por el lucro, de aquellas ciertamente marginales realizadas por los “*psiconautas*” – químicos/aficionados a las drogas. La investigación sobre nuevas drogas idealmente tendrá lugar al interior de una institución académica o del gobierno, y estará sujeta a supervisión y escrutinio externos.

Lecturas adicionales

- * M. Haden, *'Controlling Illicit Stimulants: A Regulated Market Model'* [Controlando los Estimulantes Ilícitos: Un Modelo de Mercado Regulado], *Harm Reduction Journal* 5:1, 2008
- * *'The Cocaine Project report'* [El informe del Proyecto Cocaína], Organización Mundial de la Salud, e Instituto Inter-Regional de Investigación sobre el Delito y la Justicia de la ONU, 1995
- * *'Coca Myths'* [Mitos de la Coca], Instituto Transnacional, 2009
- * C. Reinerman, H. Levine (eds.), *'Crack in America: Demon Drugs and Social Justice'* [Crack en los Estados Unidos: Drogas Demoníacas y Justicia Social], University of California Press, 1997
- * M. Jay, *'From Soft Drink to Hard Drug: A Snapshot History of Coca, Cocaine and Crack'* [De Bebidas Gaseosas a Drogas Duras; Una Historia Concisa de la Coca, la Cocaína y el Crack], Fundación Transform Drug Policy, 2005
- * T. Feiling, *'The Candy Machine: How Cocaine Took Over the World'* [La Fábrica de Dulces: Cómo la Cocaína Se Apoderó del Mundo], Penguin, 2009
- * P. Fleming, *'Prescribing amphetamine to amphetamine users as a harm reduction measure'* [Prescripción de anfetamina a consumidores de anfetaminas como una medida para la reducción de riesgos], *International Journal of Harm Reduction*, 9: 5, páginas 339–344, 1998
- * Para revisar los antecedentes sobre consumo de diferentes drogas estimulantes, consultar el recurso “perfiles de drogas” del EMCDDA: www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles
- * *'BZP: New Zealand's experiment with legal regulation of a non-medical stimulant'* [BZP: Singular experimento de Nueva Zelanda para la regulación legal de un estimulante de uso no médico], Fundación Transform Drug Policy, 2009

5.5 Alucinógenos

La vasta categoría de alucinógenos – es decir, drogas que inducen alucinaciones – bien puede desagregarse en tres subgrupos diferenciados, definidos por el modo de acción y efectos subjetivos. Tales subgrupos son los disociativos,⁸⁷ los delirantes,⁸⁸ y los psicodélicos. Aquí nos concentraremos en los psicodélicos.

“*Psicodélico*” es un término relativamente nuevo – que esencialmente significa “*manifestación de estados mentales*” – empleado para describir un grupo de drogas que causan cambios subjetivos en la percepción y la consciencia. Las drogas psicodélicas de uso más común no médico son: el LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico), psilocibina/psilocibio (forma natural en planta: hongos “*mágicos*”), mescalina (forma natural en planta: los cactus peyote y San Pedro) y DMT (forma natural en planta: ayahuasca).⁸⁹ Otras drogas, incluyendo el cannabis y algunas del grupo MDMA, pueden tener ciertos efectos psicodélicos. Sin embargo, éstos no son los efectos dominantes, y por ello estas drogas no son incluidas en el grupo de sustancias psicodélicas.

Aunque todas tienen sus propios perfiles de riesgos, estas drogas psicodélicas poseen una serie de características en común. Por lo general se considera que ostentan una baja toxicidad y escaso potencial de sobredosis. En consecuencia, las fatalidades asociadas a su consumo son raras, y usualmente son resultado del consumo de múltiples drogas, o de accidentes que ocurren bajo la influencia de las sustancias debido

87 Las sustancias disociativas, incluyendo la ketamina, el PCP y el óxido nitroso, tienden a inducir una experiencia de privación sensorial/extracorpórea/de ensoñación lúcida, al bloquear la consciencia de otras partes del estado mental (debido a estos efectos, la ketamina y el óxido nitroso son empleados como anestésicos).

88 Sustancias delirantes, incluyendo las plantas de mandrágora, beleño negro y datura (y algunos productos farmacéuticos en elevadas dosis, incluyendo el Benadryl), las cuales tienen un modo específico de acción en el cerebro y crean alucinaciones profundas. Éstas también son más tóxicas que otros alucinógenos, y a menudo son asociadas con desagradables efectos físicos colaterales –y, en consecuencia, no tienen un amplio uso recreacional (y casi nunca han estado prohibidas), siendo principalmente de interés para historiadores y para un pequeño grupo de “psiconautas”.

89 Las drogas psicodélicas en forma de plantas empleadas en contextos religiosos o shamánicos son también en ocasiones descritas como “enteógenos”.

a la desinhibición, temeridad o desorientación de quien las consume.⁹⁰ Adicionalmente, estas drogas psicodélicas no están asociadas a patrones de consumo dependiente (actuando la intensa naturaleza de la experiencia como una auto-limitación⁹¹) o a efectos de abstinencia, y sólo en raras ocasiones se produce un consumo frecuente o desenfrenado. Debe advertirse, sin embargo, que el consumo de drogas psicodélicas puede resultar problemático de otras maneras. La potencialmente grave exacerbación de problemas de salud mental pre-existentes, o la precipitación de éstos en caso de que no hayan sido detectados con anterioridad, así como el potencial de experiencias negativas psicológicamente traumáticas (lo que se conoce como un “*mal viaje*”), ocasionalmente incluyendo episodios psicóticos agudos, constituyen los riesgos clave identificados.

Debido a esta baja toxicidad y escaso potencial de dependencia, la mayoría de las evaluaciones de riesgo practicadas para dichas drogas psicodélicas las consideran de bajo riesgo en relación a la mayoría de las drogas estimulantes y depresivas.⁹² Los riesgos que sí existen, los cuales informarán los modelos regulatorios de oferta y consumo propuestos, se concentran en aquellas personas con particulares vulnerabilidades en términos de salud mental y problemas relacionados a un enfoque (mentalidad/estado emocional o psicológico al momento de consumir la droga) y entorno (espacio donde se produce el consumo – incluyendo el ambiente físico y de amigos) inadecuados.

El uso de drogas psicodélicas comprende una serie de comportamientos.

- ⁹⁰ Aunque la generalizada idea/concepto de que quienes se encuentran bajo la influencia de sustancias psicodélicas podrían “creer que pueden volar y arrojar por una ventana” es mayormente resultado del pánico ante el LSD durante la década de 1960, desafortunadamente se han producido varios accidentes serios, en ocasiones fatales, que involucran el consumo de sustancias psicodélicas.
- ⁹¹ Otro factor limitante es el acelerado desarrollo de tolerancia a la sustancia (incluyendo tolerancia cruzada entre sustancias psicodélicas).
- ⁹² Consultar: Nutt et al., “*Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse*” [Desarrollo de una escala racional para evaluar el daño producido por el potencial abuso de drogas], *The Lancet*, 369, 2007, páginas 1047–1053. Por razones históricas cuyo origen puede rastrearse hasta el surgimiento de las drogas psicodélicas como un componente clave del movimiento contracultural de la década de 1960, las clasificaciones legales (en los EE.UU. y el Reino Unido, por ejemplo) tienden a colocar a las drogas psicodélicas en la categoría de “*más dañinas*” – extrañamente al lado de la heroína y la cocaína.

Éstos pueden dividirse gruesamente en: consumo de las drogas específicamente por sus efectos de “*manifestación de estados mentales*”; consumo como parte de una exploración o experiencia personal o grupal planificada, o de un ritual; y consumo más como un complemento o potenciador de otra actividad recreacional, en una variedad de entornos sociales – como conciertos musicales, fiestas, clubes nocturnos, y situaciones similares.

Tres de las cuatro drogas psicodélicas que se discuten aquí (psilocibina, mescalina y DMT) se encuentran en forma natural en plantas, así como en productos farmacéuticos procesados. Estas drogas psicodélicas hechas a base de plantas tienen una larga historia de consumo ritual/sacramental/chamánico en diversas culturas. Ejemplos de tal consumo incluyen el uso sacramental del cactus peyote por los nativos estadounidenses; el uso del cactus San Pedro por parte de indígenas andinos; el consumo de ayahuasca por parte de indígenas amazónicos, y el difundido uso de hongos psilocibios, el cual refleja su ubicuidad geográfica.

El consumo de ayahuasca y de los cactus peyote/San Pedro fuera de estas culturas indígenas localizadas, ha sido reducido y ha estado mayormente limitado a un contexto ritual/espiritual. La preparación de las plantas para el consumo es bastante difícil y laboriosa, las bebidas preparadas que se deben consumir son desagradables y, en el caso de la ayahuasca, hay a menudo efectos secundarios que incluyen vómitos y diarrea.⁹³ Quizá por ello no sorprende que no se hayan convertido en un componente de los entornos recreativos o de las fiestas de drogas (a diferencia de la los hongos “mágicos” – ver al respecto más abajo), y constituyen apenas una inquietud marginal para el régimen de regulación. Por consiguiente, aunque las drogas activas mescalina y DMT se encuentran prohibidas, las plantas mismas por lo general no lo están. De hecho, el cactus San Pedro en particular es cultivado ampliamente para uso ornamental.

⁹³ Su uso sacramental es a menudo asociado con un proceso de purga tanto física como espiritual.

El estatus legal actual de las drogas psicodélicas en forma de plantas es, de alguna manera, ambiguo y confuso. Ello refleja los obvios problemas prácticos implicados en tratar de prohibir el acceso a plantas que se dan en la naturaleza, o de determinar criterios precisos sobre el punto en el cual el dueño de la planta/droga se convierte en objeto de sanciones punitivas. Aunque la Convención de las Naciones Unidas de 1971 sobre Drogas Psicotrópicas incluye la mescalina, el DMT y la psilocina en su lista 1, el comentario de la Convención (los lineamientos oficiales para su implementación y uso) aclaran que:

El cultivo de plantas de las cuales se obtienen sustancias psicotrópicas no está controlado por la Convención de Viena. (...) Tampoco la corona (fruta, botón del mezcal) del cactus Peyote, ni las raíces de la planta Mimosa hostilis, ni los propios hongos Psilocibios están incluidos en la Lista 1, sino únicamente sus respectivos principios, la mescalina, el DMT y la psilocina.

El Artículo 32 de la propia Convención de 1971 ofrece una dispensa adicional:

Un Estado en cuyo territorio existen plantas que crecen de manera natural y que contienen sustancias de las que figuran en la Lista 1, y que son tradicionalmente empleadas por ciertos grupos pequeños y claramente identificados en ritos mágicos o religiosos, podrá, al momento de la firma, ratificación o adhesión, formular reservas en relación a dichas plantas, respecto a los dispositivos del artículo 7, excepto por los dispositivos relacionados al comercio internacional.

En la legislación doméstica existen y se han implementado una serie de tales excepciones, las cuales brindan un modelo legal operativo para el consumo ritual/sacramental de drogas psicodélicas. Un ejemplo notable

de ello es el uso permitido del cactus Peyote/mescalina en los EE.UU. entre los aborígenes estadounidenses, y la ausencia del requerimiento de declarar dicho consumo al enlistarse en las fuerzas armadas.

Evidentemente, hay lecciones qué aprender del uso ritual tradicional para modelos regulatorios más amplios. Tal consumo opera al interior de controles sociales/culturales bien establecidos, asegurando que el consumo sea únicamente muy ocasional, y que tanto la disposición como el espacio para tal consumo se encuentran claramente delineados a través de una cuidadosa preparación ritualizada.

Bajo dicho modelo, los consumidores están muy bien informados y organizados; el consumo cuenta con el apoyo de mentores y pares que actúan como guías, con el correspondiente respeto por la naturaleza potencialmente profunda e intensa de la experiencia del consumo de la droga.

Para usuarios que buscan la experiencia psicodélica más exploratoria, un modelo del tipo grupo/sociedad/club podría basarse en algunas de las lecciones del uso ritual tradicional. Éste ofrecería un amplio rango de drogas psicodélicas (potencialmente incluyendo el LSD, y preparaciones farmacéuticas de DMT y mescalina), y combinaría elementos de los modelos de establecimiento y vendedor con licencia, con un sistema de consumidor con licencia/membrecía.

Modelo propuesto para discusión, regulación de drogas psicodélicas

MODELO REGULATORIO BÁSICO

- > Un modelo de membrecía basado en un grupo/club para el consumo de sustancias psicodélicas que combinaría elementos del modelo de farmacéutico especialista (un vendedor capacitado y licenciado con responsabilidades específicas), establecimientos con licencia para la venta y el consumo de las sustancias, y consumidores con licencia (un sistema de membrecía con un requerimiento de capacitación y, potencialmente, cumplimiento de ciertos criterios de salud).

CONTROLES SOBRE EL PRODUCTO

Posología y preparación

- > Para sustancias psicodélicas hechas a base de plantas, la cuantificación de la dosis dentro de parámetros aceptables de error se basaría en el conocimiento establecido de cantidades/efectos de las preparaciones en forma de bebida o – en el caso de hongos *Psilocibios* frescos o secos – por peso, según corresponda a la potencia de las diferentes especies.
- > Las preparaciones farmacéuticas se formularían en unidades estandarizadas en el nivel más bajo del umbral de la dosis activa – se establecerían dosis más elevadas en fracciones múltiples o adicionales de estas unidades.

Controles sobre precio

- > El mercado ilícito existente para sustancias psicodélicas es relativamente pequeño, con precios lo suficientemente bajos y un uso por lo general bastante infrecuente para que el precio no sea un factor importante en las decisiones referidas al consumo – de modo que la utilidad de los controles sobre el precio como herramienta regulatoria sería marginal.
- > Podrían establecerse precios fijos por unidad con venta en un régimen sin fines de lucro (incluso si se cobrase por otros elementos que formen parte de la experiencia) – para reducir cualquier incentivo de ganancia que impulse a aumentar la dosis/ consumo, con una potencial tasa de impuesto porcentual o por unidad. Sería preferible que tales grupos operen en un régimen sin fines de lucro.

Controles sobre el empaque

- > La provisión de drogas psicodélicas para consumo en establecimientos con licencia no requeriría de controles específicos sobre empaques.
- > En casos en que las drogas fueran retiradas del establecimiento por cualquier motivo, serán obligatorios controles estándar sobre empaques (consultar: página 54), incluyendo envases a prueba de niños y de alteraciones al contenido, etiquetas estandarizadas, y detalles del consumidor titular de la licencia, según sea pertinente.

CONTROLES SOBRE EL VENDEDOR/PUNTO DE SUMINISTRO/ESTABLECIMIENTO

Licencia para vendedores/proveedores

Los vendedores autorizados/titulares de la licencia del establecimiento del grupo/club, asumirían una serie de funciones y responsabilidades, incluyendo las siguientes:

- > Una función parecida a la de un farmacéutico, brindando información sobre efectos, información sobre salud y seguridad, sobre reducción de riesgos, y de servicios; así como limitando el acceso al establecimiento según ciertos criterios (consultar: controles sobre el consumidor, abajo). Ello requeriría una capacitación estandarizada como condición para el otorgamiento de la licencia.
- > Responsabilidad sobre monitoreo del bienestar de los consumidores, y deber de atenderlos si experimentan dificultades o problemas – ello podría incluir el requerimiento de asesorar/guiar la experiencia/actuar como un “*cuidador*” (siendo un requisito abstenerse de consumir la sustancia), particularmente para los consumidores primerizos o con poca experiencia. Estas personas también podrían contar con licencia para administrar benzodiazepinas, las cuales apaciguan o eliminan el intenso estrés relacionado con el consumo de sustancias psicodélicas.
- > Tránsito y almacenamiento protegido/seguro de provisiones de droga, junto con un registro preciso de las ventas/miembros.
- > Manejo de la membresía (incorporación y exclusión) de acuerdo a criterios claramente establecidos, y verificación de que el acceso está limitado únicamente a miembros.
- > Cumplimiento de estándares de salud y regulaciones de seguridad.
- > Restricción de consumo de drogas dentro del ambiente grupal a sustancias psicodélicas específicas autorizadas.

Los temas relacionados a la ubicación del establecimiento, densidad de los puntos de venta y horas de atención al público serían determinados por la agencia local a cargo de otorgar licencias, pero ello no sería un tema fundamental dado que el consumo grupal o supervisado sería programado y los establecimientos podrían variar (incluyendo, por ejemplo, espacios alquilados aprobados o casas/jardines privados).

Controles sobre volumen de ventas/rationamiento

- > Si las ventas están destinadas a consumo supervisado *in situ*, el racionamiento no será un problema, en tanto que las drogas son suministradas por el vendedor para uso directo inmediato del consumidor (el consumo puede ser supervisado).
- > Cualquier venta para consumo fuera del establecimiento debe ser racionada a un nivel apropiado para consumo personal ocasional.

CONTROLES SOBRE EL COMPRADOR/CONSUMIDOR

Controles sobre edad de acceso

- > La membresía y acceso tendrán un criterio de edad mínima (con toda probabilidad, superior a los 18 años de edad).

Grado de intoxicación/estado mental del comprador/consumidor

- > Se requeriría a los vendedores que se rehúsen a vender la sustancia a quienes se encuentren evidentemente intoxicados, según un claro conjunto de lineamientos.
- > Podría aplicarse una restricción adicional sobre el acceso al establecimiento en un régimen discrecional/de acuerdo a un conjunto de lineamientos establecidos, si el proveedor considera que el estado mental del potencial consumidor no es propicio a una experiencia psicodélica libre de problemas, debido a cualquier razón.

Licencias/requisitos para membresía de compradores/consumidores

- > El acceso a la membresía en un club/grupo de consumidores de sustancias psicodélicas podría estar condicionado a la participación en sesiones de capacitación para establecer una clara comprensión de los potenciales efectos positivos y negativos de diferentes formas de consumo de sustancias psicodélicas, enfatizando la importancia del estado mental y del entorno, así como de los riesgos y responsabilidades, etc.
- > El sistema de membresías apuntaría a restringir/limitar el acceso a personas vulnerables (aquellos con ciertos problemas de salud mental, problemas emocionales o psicológicos, o quienes toman medicaciones potencialmente contraindicadas), para quienes el consumo de sustancias psicodélicas presentaría niveles elevados o

inaceptables de riesgo. Resulta problemático cómo podría evaluarse e implementarse tal criterio de manera objetiva sin ser discriminatorio o inconsistente; quizá la mejor opción sea incorporar las preguntas adecuadas en una entrevista informal de confirmación de membrecía (potencialmente empleada también para determinar la idoneidad de la capacitación). Sin embargo, el postulante debería ofrecer voluntariamente la información pertinente (a menos que se exija como requisito que un médico otorgue un “*visto bueno*”).

- > Potencial para un proceso de membrecía gradual; posiblemente empezando con una experiencia no problemática supervisada/guiada/asesorada con una dosis reducida/de corta duración de la sustancia, que lleve a una “*graduación*” para un acceso prolongado si así lo desea (de dosis/drogas). Una vez que un miembro se ha establecido como consumidor responsable, informado y no problemático durante cierto período de tiempo, podría potencialmente graduarse para llevar consigo provisiones para consumo personal.
- > La membrecía/acceso podría revocarse en caso de violación de las reglas del grupo.

Modelo de ventas por farmacia

Podría operar un modelo de consumidor con licencia/ventas en farmacia para ciertas sustancias psicodélicas, potencialmente al lado de un modelo de grupo tal como se describió anteriormente. Ello podría valer para miembros de grupos ya establecidos, o para permitir el acceso sobre la base de un proceso similar de capacitación/examen riguroso.

Umbral más bajo de ventas con licencia para hongos Psilocibios (“*mágicos*”)

Los hongos Psilocibios o “*mágicos*” se diferencian de las otras sustancias psicodélicas aquí discutidas en relación a varios aspectos clave. Por lo general son de acción más rápida⁹⁴ y, a diferencia del peyote, el cactus

⁹⁴ Los efectos por lo general duran alrededor de 2–6 horas (dependiendo de la dosis y del usuario), en comparación a 8–16 horas para la mescalina, ayahuasca y LSD. Una excepción ocurre con el DMT farmacéutico para fumar, cuyo efecto puede unos 5–30 minutos.

San Pedro y la ayahuasca, son consumibles en forma cruda, sin mediar preparación alguna.⁹⁵ Por ello, con ciertos conocimientos básicos sobre su potencia, éstos ofrecen un control relativamente sencillo de la dosis para el usuario. En muchas partes del mundo, están disponibles en el ambiente natural, y son considerados como las menos riesgosas entre las sustancias psicodélicas. “Frank”, el portal electrónico de información sobre drogas del Reino Unido, señala que:

*El mayor riesgo al tomar cualquier hongo mágico consiste en asegurarse de haber escogido el hongo correcto. Hay cientos de variedades [de hongos] y algunos son altamente venenosos.*⁹⁶

Esta combinación de factores significa que los hongos Psilocibios ostentan un atractivo más obvio que otras sustancias psicodélicas para el consumidor social. Ello se refleja en la prevalencia de su consumo en este grupo. Por ejemplo, durante la década pasada su uso ha ido en aumento en Europa, llegando a ser más popular que el LSD, la sustancia psicodélica antes favorita. Los hongos Psilocibios son también consumidos por una población reducida, usualmente en dosis elevadas, para una serie de usos diferenciados más personales, exploratorios, rituales y espirituales.

El ambiguo estatus legal de los hongos Psilocibios ha implicado que en muchos países la venta de éstos es o ha sido en efecto legal, sujeta únicamente a una regulación voluntaria. Hasta la promulgación de una reciente prohibición,⁹⁷ los hongos estuvieron legalmente disponibles en los Países Bajos en las llamadas “tiendas inteligentes”. Durante muchos años, sólo estuvieron sujetos a una regulación voluntaria; en el empaque figuraba el control por edad, y cierta información limitada sobre salud y seguridad. En el Reino Unido, poco después de descubrirse una salida

⁹⁵ También puede prepararse como una infusión o consumirse como alimentos.

⁹⁶ www.talktofrank.com (consultado en julio de 2009).

⁹⁷ La prohibición fue precipitada por la tormenta política y de los medios de comunicación que estalló alrededor de las ventas en “tiendas inteligentes” tras una serie de incidentes (todos involucrando a turistas), y que incluía de manera prominente el fallecimiento de una joven turista francesa que supuestamente había ingerido los hongos mágicos; consultar: www.time.com/time/world/article/0,8599,1650873,00.html

legal en 2001–2002 que permitía la venta legal de hongos Psilocibios, éstos empezaron a importarse desde los Países Bajos y a venderse ampliamente en “*tiendas para la cabeza*” [head shops]⁹⁸ y otros puntos de venta. Los hongos no estaban sujetos a regulación formal alguna, y de hecho eran a menudo promovidos y vendidos irresponsablemente.⁹⁹ En cierto modo, resultó predecible que tal situación llevase a una prohibición más integral en 2005.

El consumo de hongos aumentó durante este período, y ha venido cayendo desde la prohibición. Sin embargo, la falta de datos provenientes de investigaciones implica que resulta poco claro cómo los cambios en el consumo de los hongos tuvieron un impacto sobre el uso de otras sustancias psicodélicas u otras drogas más riesgosas.¹⁰⁰ Las comparaciones con otros países donde no había disponibilidad legal de los hongos se ven bloqueadas por la deficiente calidad de la información. Ello no obstante, en términos generales, el consumo de hongos mágicos parece haber estado en aumento de manera global a lo largo de Europa desde fines de la década de 1990, aunque el consumo de LSD se ha mantenido estable o ha disminuido – supuestamente como reflejo de una elección racional del consumidor hacia el producto menos potente y de efecto más breve. Las mediciones de uso prolongado en los Países Bajos y el Reino Unido son relativamente altas, pero el consumo en estos países durante el año y el mes pasados se encuentran más cerca de los promedios europeos. Hay otros países con niveles de consumo equivalentes o mayores, dependiendo de qué mediciones sean empleadas.¹⁰¹ Resulta interesante que la encuesta ESPAD realizada en 2003 en escuelas¹⁰² no encontró una correlación obvia entre la facilidad

⁹⁸ El equivalente de las “tiendas inteligentes” holandesas en el Reino Unido, que venden “vuelos legales”, parafernalia para drogarse (pipas, pipas de agua, etc.) y libros, carteles y otros productos de la cultura de drogas.

⁹⁹ “*How to deal with psilocybe mushrooms*” [Cómo lidiar con los hongos Psilocibios], informe de la Fundación Transform Drug Policy, 2004.

¹⁰⁰ Los hongos amanita muscaria (que contienen el componente alucinógeno delirante conocido como muscimol), los cuales son significativamente más tóxicos que los hongos Psilocibios, no han sido prohibidos en el Reino Unido y siguen en venta en muchos de los mismos lugares donde antes se expendían los hongos Psilocibios.

¹⁰¹ Consultar: “*Hallucinogenic mushrooms; an emerging case study*” [Hongos alucinógenos; un nuevo estudio de caso], EMCDDA, 2006.

¹⁰² El Proyecto de Encuesta en Escuelas Europeas sobre Alcohol y Otras Drogas: www.espad.org/espad-reports.

de disponibilidad reportada y los regímenes legales, en la cual los Países Bajos reciben una calificación menor que la República Checa, Irlanda, Italia, Polonia y el Reino Unido en términos de reportar “*fácil acceso*”. Parece evidente que una mayor disponibilidad y una comercialización no regulada tuvieron un impacto sobre los niveles de consumo pero, como siempre, el panorama se complica con diversas tendencias sociales paralelas.

Aunque la ausencia de regulación en los escenarios tanto del Reino Unido como en Holanda resultaba claramente inadecuada, la disponibilidad de los hongos no fue vinculada a una crisis en salud pública o desorden social, a pesar de chocantes titulares relacionados a menudo con incidentes tergiversados o aislados. En consideración a ello, los hongos Psilocibios podrían estar disponibles legalmente de un modo más apropiadamente regulado, valiéndose de las lecciones aprendidas de los errores antes cometidos. Como mínimo, deben ser dispensados por vendedores autorizados, sujetos a control de edad para acceso a la sustancia, con controles sobre empaque y etiquetado, y estrictas regulaciones sobre su publicidad y mercadeo. Estos controles deben combinarse con información efectiva enfocada en la reducción de riesgos. Si tal fuera el caso, pareciera probable que los hongos Psilocibios, supuestamente el producto psicodélico de más bajo riesgo, abastecerían a la vasta mayoría de la demanda por sustancias psicodélicas. Éstos tendrían el potencial adicional de producir un efecto sustituto, alejando a los consumidores recreacionales de “*drogas fiesteras*” más riesgosas, como estimulantes y alcohol.

Lecturas adicionales

- * ‘*Hallucinogenic mushrooms; an emerging case study*’ [Hongos alucinógenos: un nuevo estudio de caso], EMCDDA, 2006
- * ‘*How to deal with psilocybe mushrooms*’ [Cómo lidiar con los hongos Psilocibios], Fundación Transform Drug Policy, 2004

- * A. Weil, *'The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness'* [La Mente Natural: Una Investigación de Drogas y la Conciencia Más Elevada], Mariner Books, 1998
- * P. Stafford, *'Psychedelics Encyclopaedia'* [Enciclopedia Psicodélica], Ronin Publishing, 1993
- * *'Hallucinogenic mushrooms'* [Hongos alucinógenos]: Perfil de droga del EMCDDA
- * *'LSD'*: perfil de droga del EMCDDA

5.6 Depresivos

El consumo de drogas depresivas, incluyendo opiáceos, benzodiazepinas y barbitúricos, está asociado con un conjunto de conductas, las cuales son definidas por un amplio espectro de motivaciones y funciones. Estas conductas oscilan entre la búsqueda más convencional de placer, hasta el alivio o evasión de dolor, estrés o incomodidad físicos o emocionales. En tal sentido, el consumo de depresivos se ubica a medio camino entre las funciones recreacional y médica/cuasi-médica, y a menudo la frontera entre ambas se vuelve borrosa. Llegar a una población de consumidores, una fracción significativa de la cual se define por sus bajos niveles de bienestar, presenta un conjunto singular de retos en términos de políticas. Estas personas buscan en las drogas depresivas un solaz temporal, a menudo más como una forma de “*auto-medicación*” funcional que de hedonismo. Factores contribuyentes pueden incluir problemas de salud emocional, psicológica o mental, a menudo en combinación con alienación socio-económica.

Los niveles de consumo problemático de drogas depresivas son supuestamente un reflejo más fiel del bienestar personal y social que el uso de otros grupos de drogas (por ejemplo, de estimulantes y psicodélicos). Desde luego, un sistema regulatorio legal efectivo debería estar en capacidad de reducir dramáticamente los daños asociados

a tal consumo. Sin embargo, las especiales cualidades de las motivaciones para el consumo de depresivos subrayan una vez más la condición central del contexto social más amplio en cuanto a políticas sobre drogas. En el largo plazo, sólo podemos reducir el consumo problemático de sustancias depresivas abordando las causas subyacentes de los bajos niveles de bienestar personal y social.

Llegar a una población de consumidores, una fracción significativa de la cual se define por sus bajos niveles de bienestar, presenta un conjunto singular de retos en términos de políticas

Es importante resaltar que el alcohol es también una droga depresiva, aún cuando en dosis bajas o moderadas funcione como un desinhibidor y, por ello, parezca poseer propiedades estimulantes. El consumo problemático de alcohol comparte características que reflejan aquellas de las sustancias depresivas accesibles mediante prescripción médica y por medios ilícitos.

Las dos características clave del perfil de riesgo de una droga depresiva tienen implicancias para la regulación de esta sustancia. En primer lugar, aunque la toxicidad crónica de los depresivos varía ampliamente, éstos comparten un alto potencial de sobredosis. En tanto estas sustancias son depresoras del sistema nervioso central, a menudo es relativamente bajo el umbral en el cual pueden volverse peligrosos los efectos deseados de la droga, potencialmente causando la inconsciencia, el coma o la muerte. Un riesgo particular se presenta cuando las drogas depresivas se consumen en una combinación – más comúnmente, el alcohol en combinación con sustancias depresivas accesibles con prescripción médica o por medios ilícitos. En segundo lugar, estas sustancias ostentan un potencial relativamente alto de desarrollar patrones de consumo dependiente. Todos los depresivos pueden producir efectos de abstinencia fisiológica potencialmente poderosos (en el caso de los barbitúricos, por ejemplo, hasta fatales en ocasiones) y antojos, así como el desarrollo de tolerancia.

El componente psicosocial de la dependencia también puede ser profundo – particularmente en el contexto de su uso como automedicación, o escapismo.

5.6.1 Opiáceos

Un amplio número de drogas con estructuras moleculares similares y características compartidas, caen dentro del grupo de los opiáceos.

Entre éstos, resultan clave:

- * **Los opiáceos que se producen naturalmente** en la amapola opiácea; la morfina, la codeína¹⁰³ y la tebaína – en combinación en la resina de la amapola como opio¹⁰⁴ o en una tintura de opio con alcohol como el láudano.
- * **Los opiáceos semi-sintéticos** derivados de éstos, incluyendo la oxycodona (en su formato farmacéutico también aparece bajo el nombre de marca de OxyContin¹⁰⁵), hidrocodona (bajo el nombre de comercial de Dicodid o, más comúnmente, combinada con el paracetamol, como Vicodin¹⁰⁶) y la diamorfina, también conocida como heroína – su nombre comercial original, el cual se ha convertido efectivamente en su título genérico.
- * **Opiáceos completamente sintéticos** – incluyendo la metadona, petidina, el fentanilo y el tramadol.

Los patrones de consumo de opiáceos varían grandemente entre países y regiones. Éstos reflejan las diversas historias de disponibilidad del rango de opiáceos que se han dado en el transcurso de los últimos dos

¹⁰³ La codeína está disponible a través de diversos productos analgésicos de venta sin receta médica, usualmente en combinación con el paracetamol; por ejemplo, Solpadeine.

¹⁰⁴ El opio también contiene una serie de otras drogas activas en menores niveles.

¹⁰⁵ OxyContin es apenas una versión, entre una serie de preparaciones farmacéuticas de marca y genéricas, de oxycodona; esta lista también incluye preparaciones con paracetamol (acetaminofén, también conocido por su nombre de marca, Percocet), aspirina (en forma de marca, Percodan), e Ibuprofeno (forma de marca, Combunox).

¹⁰⁶ El Vicodin es una de las muchas preparaciones farmacéuticas, de marca y genéricas, de hidrocodona empleadas para aliviar el dolor, que también incluye Lortab (con aspirina), y Vicoprofen (con ibuprofeno).

siglos, las culturas localizadas de opiáceos que se han formado alrededor de tal disponibilidad, y los contextos sociales, económicos y culturales más amplios a los cuales ya se ha aludido. Los intentos por diseñar respuestas efectivas de políticas a temas que giran en torno al consumo de opiáceos, requieren considerar todos estos factores como un todo. Existe claramente un alto grado de desplazamiento posible entre opiáceos con efectos similares, o entre preparaciones y métodos distintos para consumir los mismos opiáceos. En este contexto, deben considerarse en un menor grado otras drogas depresivas, y el uso de drogas en general.

Las respuestas de políticas a los opiáceos deben balancear la meta de corto plazo de reducir los daños asociados con el consumo de opiáceos tal como éste existe actualmente – particularmente los daños desproporcionados generados por el consumo mediante inyecciones – con la meta de más largo plazo de la reducción más amplia de consumo problemático de opiáceos, y de los daños relacionados a estas sustancias. Los esfuerzos de corto y largo plazo deben funcionar conjuntamente para ayudar a trasladar el consumo hacia menores riesgos en cuanto a productos (tanto de la droga como de su preparación), espacios de consumo y conductas asociadas a éste. Tomadas en conjunto, las medidas de corto y largo plazo debe reducir la dependencia de opiáceos y lograr las reducciones de largo plazo en la demanda, al eliminar los obstáculos para abordar los problemas más amplios de políticas sociales que subyacen al consumo problemático de opiáceos y de otras drogas.



INSITE



STEPHEN ROLLES

Espacios más seguros: Insite, espacio supervisado para inyección de drogas en Vancouver (arriba), y un lugar donde se consumen de drogas en el callejón situado exactamente detrás del local

El cruce entre el extendido consumo formal de opiáceos médicos, y su uso informal cuasi-médico y recreacional, presenta un conjunto particular de desafíos. Tal como se mencionó en el *capítulo 2* (y se mencionará en el *Apéndice 2*), casi la mitad del opio elaborado a nivel mundial se destina a la industria médica y farmacéutica legales. Debe prestarse especial atención para evitar un problema clave actual; el temor a estimular el consumo recreacional ilícito o no médico de opiáceos a menudo ha servido para restringir el acceso al producto para fines médicos esenciales, incluyendo la atención paliativa y el alivio del dolor en general.

Tal como se refirió en el *capítulo 2*, los enfoques pragmáticos empezarán con una exploración del potencial para crear una clara escala para la reducción de riesgos. Ello demandará la aplicación diferencial de la regulación, a lo largo de vectores de riesgo clave. Se propone que ello podría involucrar un sistema regulatorio progresivo:

- * Algunos opiáceos sintéticos o semi-sintéticos de alta potencia y que actúan rápidamente, como el fentanilo (y sus variantes análogas), seguirían prohibidos bajo cualquier circunstancia para provisión y uso no médicos. Aunque muchas de estas drogas han aparecido ocasionalmente dentro de poblaciones que consumen opiáceos (usualmente como suministros médicos desviados), tal uso es principalmente un reflejo de la falta de acceso a alternativas del producto. Si existiera un acceso mayor y la posibilidad de elegir otros opiáceos, se supone que la demanda de opiáceos médicos del tipo médico desaparecería mayormente.
- * Donde el acceso regulado está permitido, las restricciones más severas se aplicarían a los opiáceos inyectables, predominantemente la diamorfina/heroína, los cuales presentan los mayores riesgos. Éstos estarían disponibles en un régimen de prescripción médica, donde se cumplan criterios específicos. Los modelos para prescripción de opiáceos tienen una larga historia en una serie de

países y se encuentran bien establecidos. Tal como se discutió en el [capítulo 2](#), existen diversos modelos que pueden incluir un acceso condicionado al consumo supervisado en un entorno clínico.

- * Un rango de opiáceos farmacéuticos en forma de píldora o en solución para consumo oral, estarían disponibles bajo un modelo de vendedor con licencia en farmacia/consumidor con licencia. Ello podría potencialmente combinarse con licencias para establecimientos para el suministro y consumo, o con clubes/espacios accesibles sólo a miembros. Los niveles específicos de regulación para productos particulares estarían determinados por las evaluaciones de riesgo sobre las preparaciones individuales. Éstas se combinarían con una evaluación de la demanda, patrones de consumo y conductas de riesgo en la localidad. El énfasis recaería en preparaciones para consumo oral con una dosis menor y liberación de efecto más lenta. Algunos productos más potentes/riesgosos no estarían disponibles, y seguirían estando restringidos sólo para uso médico. Algunos opiáceos farmacéuticos no inyectables (incluyendo la metadona) también estarían disponibles con prescripción médica bajo ciertas circunstancias. Éstos podrían estar sujetos a restricciones más estrictas incluyendo, por ejemplo, el requisito de un consumo supervisado.

- * El opio no refinado o moderadamente refinado estaría sujeto a controles relativamente menos restrictivos – estaría disponible para ser fumado o consumido por vía oral (incluyendo el té de amapola), bajo un modelo de licencia para vendedor/establecimiento/consumidor, un modelo de licencia para consumidor/venta en farmacias o, en ciertas circunstancias, bajo receta médica. El propósito de convertir al opio en objeto de controles menos restrictivos sobre su disponibilidad, sería el de revertir la tendencia hacia productos opiáceos más concentrados, tendencia que se ha desencadenado en el transcurso del último siglo de

prohibición. Las preparaciones de opio de menor riesgo podrían absorber una proporción crecientemente mayor de la demanda de opiáceos, que actualmente se satisface mediante ventas ilícitas y provisiones médicas desviadas de opiáceos de mayor riesgo. La disponibilidad del producto para ser consumido en establecimientos regulados permitiría una serie de controles, apoyo de pares, reducción de riesgo y la focalización de información sobre salud pública y servicios.



Apéndices

Apéndice 1:

Reformando el sistema de la ONU para el control de drogas

El problema: falta de flexibilidad

Los esfuerzos por transitar a través del espectro de opciones disponibles de políticas sobre drogas, alejándose de enfoques prohibicionistas y punitivos, en dirección a la descriminalización del consumo entre adultos y, más específicamente, hacia la regulación de la producción y oferta de drogas para uso no médico, inevitablemente encuentran obstáculos legales e institucionales creados por las tres convenciones de la ONU sobre drogas (1961, 1971 y 1988 – ver detalles más adelante).

Resulta significativo que, mientras las convenciones trazan límites muy estrictos en términos de avanzar en una dirección a lo largo del *continuum* de políticas, existen pocas barreras o parámetros para avanzar en la dirección opuesta, es decir, para incrementar la severidad de las mismas, aunque la convención que data de 1988 señala que ello está “*siempre sujeto*” a la legislación sobre derechos humanos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) rara vez se ha manifestado públicamente en contra de respuestas excesivamente punitivas al consumo de drogas,¹⁰⁷ aún cuando estas medidas hayan

¹⁰⁷D. Barrett, “Unique in International Relations?” [¿Singular en las Relaciones Internacionales?], HR2, IHRA, 2008.

involucrado graves violaciones a los derechos humanos; por ejemplo, el uso de la pena de muerte para delitos relacionados a drogas (en directa violación de las leyes internacionales¹⁰⁸ y de la Asamblea General de la ONU¹⁰⁹), y la ejecución extrajudicial de más de 2,000 ciudadanos durante la ofensiva de la guerra contra las drogas en Tailandia en 2003.

Ello contrasta claramente con sus frecuentes y elocuentes protestas ante los más mínimos cambios en dirección contraria. Es sólo en la historia muy reciente del aparato sobre drogas de la ONU, siguiendo un esfuerzo concertado de varios grupos de la sociedad civil y ONG, que los derechos humanos han aparecido de cierta manera significativa en las deliberaciones de la Comisión sobre Drogas Narcóticas (CND) y de la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito (UNODC).¹¹⁰

El reto: permitir mayor flexibilidad sin socavar el sistema en su conjunto

El desafío de reformar la infraestructura internacional para el control de drogas consiste en instituir reformas que eliminen las barreras para que los Estados, actuando individualmente o en grupos, puedan explorar modelos para la regulación legal y la oferta de ciertas drogas actualmente ilícitas, sin destruir toda la infraestructura internacional para el control de drogas, gran parte de la cual es incuestionablemente beneficiosa. El sistema para el control y regulación del comercio de fármacos resulta de importancia vital. El consenso y propósito común que representan las convenciones – detrás de la necesidad de abordar los problemas asociados con las drogas – ostentan gran potencial para desarrollar e implementar respuestas más efectivas a nivel internacional, guiadas por los principios y normas de las Naciones Unidas.

¹⁰⁸R. Lines, “The Death Penalty for Drug Offences” [La Pena Capital por Delitos de Drogas], HR2, IHRA, 2008.

¹⁰⁹La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución solicitando a una moratoria sobre el uso de la pena de muerte en 2007. Consultar: www.un.org/News/Press/docs/2007/ga10678.doc.

¹¹⁰D. Barrett, “Recalibrating the Regime” [Recalibrando el Régimen], IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008.

Antecedentes de las convenciones de la ONU

El sistema mundial actual para el control de drogas es regulado por tres convenciones internacionales. Éstas son: la Convención Única de Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención de Viena contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.¹¹¹ Hasta marzo de 2008, 183 Estados eran signatarios de las tres convenciones.

Convención Única de Estupefacientes de 1961

La base del régimen para el control de drogas en el mundo es la Convención Única de Estupefacientes de 1961, llamada así porque en gran medida reemplazó a los acuerdos internacionales previos que habían venido desarrollándose de manera poco sistemática desde inicios del siglo XX. Podría afirmarse que el primero y más significativo de estos acuerdos previos fue la Convención Internacional del Opio firmada en La Haya en 1912, la cual provenía de la Convención Internacional del Opio firmada en Shanghái en 1909 y organizada por los EE.UU. Los trece países involucrados buscaban todos ellos poner coto al tráfico de opio (aunque por una variedad de diferentes razones culturales, geopolíticas y económicas). La Convención de La Haya, surgida en 1912, estableció el modelo para el control internacional de drogas que continúa hasta el día de hoy, comprometiendo a los Estados firmantes a limitar la producción, oferta y consumo de opio a los espacios médicos; a coordinar las acciones internacionales para hacer cumplir las restricciones sobre uso no médico, incluyendo el cierre de los “*fumaderos de opio*”; y, específicamente, a penalizar la posesión no

“...creemos que ha llegado el momento de reconsiderar los tratados internacionales” y recomendar que “... el Gobierno inicie un debate dentro de la Comisión de Estupefacientes sobre vías alternativas – incluyendo la posibilidad de legalización y regulación – con el fin de enfrentar el dilema mundial de las drogas.”

Informe “La Política de Drogas del Gobierno: ¿Está Funcionando?” de 2001, del Comité Selecto de Asuntos Internos de la Cámara de los Comunes en el Reino Unido

¹¹¹ Todos los tres tratados están disponibles en su totalidad a través del portal electrónico de UNODC: www.unodc.org.

autorizada de la sustancia. Resulta interesante advertir que el control de las drogas muestra un patrón evolutivo inverso respecto a gran parte de las políticas sociales, penales o de salud pública contemporáneas, por cuanto de hecho se inició con un enfoque internacional de arriba hacia abajo, el cual luego se consolidó en las políticas y la legislación a nivel doméstico en una etapa posterior.¹¹²

La Convención de 1961 esboza los mismos principios prohibicionistas que su predecesora, pero para un espectro mucho más amplio de drogas, e involucrando también a un número sustancialmente mayor de Estados signatarios. Durante el medio siglo que siguió, la Convención dio forma a las políticas mundiales y domésticas sobre drogas. De manera similar a la Convención de La Haya sobre Opio, la de 1961 requiere como obligación general bajo el Artículo 4(c) que las naciones firmantes limiten la producción, elaboración, exportación, importación, distribución, tráfico, uso y posesión de las drogas nombradas en el instrumento, exclusivamente para “*fines médicos y científicos*”.

Reflejando las preocupaciones prevalentes en la época (teniendo en cuenta que el texto principal de la convención fue redactada en la década de 1950, y parte de la misma fue escrita en una fecha tan distante como la década de 1940¹¹³), la Convención presta particular atención a drogas originadas en plantas: opio, coca y cannabis (junto con sus drogas derivadas, la heroína y la cocaína). De hecho, más de cien sustancias ilícitas fueron incluidas en cuatro listas, basándose nominalmente en la nocividad percibida (específicamente, en la adic-tividad) de la sustancia, según la opinión imperante en la época.¹¹⁴ Resulta significativo que el período en el cual se redactó la Declaración Universal de Derechos Humanos (1946–48) coincidió parcialmente

¹¹² A. Jamieson, “*International drug conventions, national compliance and the UN commentaries: the shaming mechanism*” [Convenciones internacionales sobre drogas, aplicación a nivel nacional y comentarios de las NB.UU.: el mecanismo del avergonzamiento], en N. Dorn, A. Jamieson, “*European Drug Laws: the Room for Manoeuvre*” [Legislación Europea sobre Drogas: el Margen de Maniobra], Drugscope, 2001.

¹¹³ Para poner este dato en perspectiva, Al Capone murió en 1947.

¹¹⁴ Sigue siendo un misterio la manera en que se determinan estas clasificaciones, y ha habido un conjunto cada vez mayor de críticas sobre anomalías en tales clasificaciones, así como sobre la utilidad más amplia del sistema de listado de las sustancias (consultar: capítulo 4.2, página 85).

con la redacción de la Convención Única, y la primera había estado vigente por trece años hasta la promulgación de la Convención. La Declaración Universal de Derechos Humanos no parece haber influenciado las negociaciones de la Convención, siendo particularmente notoria la ausencia de cualquier referencia a la primera en el preámbulo de la Convención Única.

El artículo 2 de la Convención Única determina que la provisión o suministro de cualquier sustancia incluida en la lista es únicamente posible bajo la autoridad legal, es decir, bajo licencia.

- * La Lista I contiene sustancias que están sujetas a todas las medidas de control dentro de la Convención, incluyendo heroína, cocaína y cannabis.
- * La Lista II está compuesta por sustancias empleadas para fines médicos, de las cuales se considera requieren un control menos estricto en vista de un riesgo menor de abuso, como la codeína.
- * La Lista III es efectivamente para exenciones y, como tal, excluye a una serie de preparaciones farmacéuticas hechas con sustancias no consideradas conducentes al abuso o a efectos nocivos, como polvos y líquidos que contienen dosis muy reducidas de opio o cocaína.
- * Las sustancias de la Lista IV están permitidas en cantidades necesarias para investigaciones médicas y científicas. Ello incluye algunas sustancias de la Lista I, cuando se considere que éstas posean propiedades particularmente peligrosas que no sean contrarrestadas por un valor terapéutico que alguna otra sustancia no pueda proporcionar.

La Convención Única también estableció la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) al interior del sistema internacional para el control de drogas de las Naciones Unidas. Ésta es la autodenominada “*entidad de monitoreo independiente y cuasi-judicial*”

*encargada de la implementación de las convenciones de las Naciones Unidas para el control internacional de drogas.*¹¹⁵ La JIFE cumple un papel de vigilante de las convenciones, teóricamente muy similar al de las agencias que existen para monitorear el cumplimiento de otros tratados de la ONU.¹¹⁶ Ello no obstante, las críticas hacia actividades de la JIFE han ido en aumento. De manera creciente, ésta es considerada inflexible e intransigente, actuando como un “*guardián*” de la pureza de las convenciones – desafiando acciones que no corresponden a sus rígidas interpretaciones del tratado – e indiferente ante las necesidades de los Estados miembros en un mundo que ha cambiado dramáticamente desde aquel momento en que la Junta fuera establecida (consultar: *Lecturas adicionales*, abajo).

La Convención de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas

La Convención de 1971 fue desarrollada como respuesta a la preocupación sobre nuevas drogas y conductas relacionadas, surgidas durante la década de 1960, específicamente las de mayor perfil sintético y/o drogas que se expedían con receta,¹¹⁷ incluyendo estimulantes similares a la amfetamina, barbitúricos y otras sustancias sedante-hipnóticas/depresivas, y alucinógenos (en ese momento, la más célebre de ellas era el LSD). Similarmente, estas sustancias se incluyen en cuatro listas según su supuesto efecto dañino y valor terapéutico, con una correspondiente jerarquía de controles para autorización de uso médico, científico o de otro tipo.

Un propósito importante de las Convenciones, tanto la emitida en 1961

¹¹⁵ Consultar: JIFE, “Mandate and Functions” [Mandato y Funciones], www.incb.org/incb/mandate.

¹¹⁶ El árbitro definitivo sobre disputas respecto a las convenciones es el Tribunal Internacional de Justicia.

¹¹⁷ Las agencias de la ONU que se ocupan de las drogas etiquetan dichas drogas sintéticas como “*sustancias psicotrópicas*” – de donde proviene el nombre de la Convención de 1971 – diferenciándolas de las “*drogas narcóticas*” de origen vegetal, las cuales son el interés primordial de la Convención de 1961. El uso del término “*narcótico*” es bastante confuso, dada su acepción histórica que significa inductor del sueño o adormecimiento. Pese a la obsolescencia y redundancia del término, en el contexto legal de los EE.UU. y de la ONU, el término “*narcótico*” ha venido siendo cada vez más usado para describir cualquier droga ilegal, en lugar de servir para denominar una droga que produce un efecto determinado.

como la de 1971, fue la codificación de medidas para un adecuado control a nivel internacional que garantice la disponibilidad de drogas para fines médicos y científicos, al mismo tiempo que prevenga la desviación de las sustancias hacia canales ilícitos. Es en este contexto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se hace responsable por la evaluación médica y científica de todas las sustancias psicoactivas, y la consiguiente recomendación a la Comisión de Estupefacientes (también conocida como CND, o la Comisión) sobre la clasificación de drogas en una de las listas correspondientes a las convenciones de 1961 y 1971 (incluyendo recomendaciones sobre cambios respecto a las clasificaciones).

“En efecto, hay en el aire un espíritu de reforma para adecuar las convenciones y adaptarlas a una realidad in situ, la cual es considerablemente distinta al momento en que ellas fueron esbozadas. Con la maquinaria multilateral ya disponible para adaptar las convenciones, todo lo que necesitamos es: en primer lugar, un compromiso renovado con los principios de multilateralismo y responsabilidad compartida; en segundo lugar, un compromiso para basar nuestra reforma sobre evidencias empíricas y no sobre ideologías; y en tercer lugar, implementar acciones concretas que apoyen lo anteriormente mencionado, yendo más allá de la mera retórica y declaración.”

Director Ejecutivo de la Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito, Antonio María Costa, “Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS” (página 13).

Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas

La Convención de 1988 fue principalmente desarrollada para ocuparse de la expansión del tráfico de sustancias ilegales en los años 1970 y 1980. Los instrumentos internacionales anteriores habían fracasado de manera asaz espectacular en sus aspiraciones de prevenir la producción, el tráfico y la provisión de las drogas que figuraban en las listas. La Convención de 1988 puede ser vista como una respuesta a este fracaso e incompetencia observados en los anteriores tratados con respecto a éste. Como tal, la Convención de 1988 proporciona un número considerable de medidas contra el tráfico de drogas y precursores químicos. La página web de la JIFE hace notar que:

... proporciona medidas integrales contra el tráfico de drogas, incluyendo disposiciones contra el lavado de dinero y desviación de insumos químicos. Dispone la cooperación internacional a través, por ejemplo, de la extradición de traficantes de drogas, el control de las entregas y la transferencia de procedimientos.

Dentro del tratado, los propios insumos químicos aparecen en las listas de manera similar a las drogas incluidas en los tratados anteriores.

A diferencia de las convenciones de 1961 y 1971, las cuales se enfocaban casi exclusivamente en temas de producción y suministro de drogas, la Convención de 1988 marcó un punto de partida significativo al incorporar asimismo la demanda de drogas dentro de un párrafo clave (Párrafo 2 del Artículo 3), el cual se refiere directamente a la criminalización de los consumidores de drogas. Dicho párrafo declara de manera inequívoca que:

...cada País adoptará las medidas que sean necesarias para considerar en su legislación nacional como delito, cuando éste acto sea cometido intencionalmente, la posesión, venta o cultivo de sustancias narcóticas o psicotrópicas para consumo personal en contravención a las disposiciones de la Convención de 1961, de la Convención de 1961 en su forma enmendada, o de la Convención de 1971.¹¹⁸

Esto es mucho más específico que los llamados imprecisos, contenidos en las convenciones anteriores, pidiendo la criminalización de la posesión. Tal como lo indica explícitamente el comentario sobre la Convención de 1988, este párrafo “*equivale de hecho a penalizar también el consumo personal*”.¹¹⁹ Hay pocas convenciones comparables de la ONU que prescriban específicamente sanciones penales para la conducta

¹¹⁸ En particular, este párrafo se introduce con la advertencia de que está “*sujeto a sus principios constitucionales y a los conceptos básicos de su sistema legal*”.

¹¹⁹ “*Commentary on the United Nations Convention Against Illegal Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*” [Comentario sobre la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas], Nueva York, publicaciones de las Naciones Unidas, E/CN.7/590, diciembre, 1988. Dichos comentarios son documentos oficiales (no vinculantes) de la ONU elaborados retrospectivamente para proporcionar lineamientos legales sobre la interpretación e implementación de las convenciones.

individual de personas adultas, en contraposición a acciones del Estado o gobierno, sobre los cuales se enfocan la mayoría de las convenciones.

Las únicas prohibiciones basadas en convenciones que resultan siquiera vagamente comparables en contra de acciones individuales, corresponden a casos de tortura; crímenes de lesa humanidad, incluyendo el genocidio; actos terroristas; trata de personas, y explotación sexual infantil. Estos actos poseen, evidentemente, una dimensión distinta a la del consumo de drogas por parte de adultos que actúan por su propia y libre voluntad.

Una crisis dentro del sistema

La crisis dentro del sistema de control de drogas de la ONU que viene impulsando el debate sobre la reforma, tiene varias facetas:

❖ **Fracaso sistemático de largo plazo en sus propios términos:**

La autoproclamada meta de las agencias antidrogas de la ONU de lograr “*un mundo libre de drogas*” se encuentra más lejos que nunca, según lo admite la propia institución. La retórica de la UNODC habla ahora más de “*contención*” que de “*erradicación*”, pero incluso esta postura es insostenible a la luz de los abismales resultados en casi todas las mediciones dignas de mención.



Comisión de Estupefacientes de la ONU, Viena, 2008

- * **Desafíos, tensiones y contradicciones creados por la reducción de daños:** Aunque en buena medida el movimiento de reducción de daños busca (a diferencia del movimiento de legalización/regulación) realizar reformas dentro del marco jurídico existente, ello representa, después de todo, una serie de profundas contradicciones para la infraestructura del control global antidrogas de la ONU. A menudo los principios de reducción de daños se encuentran en fundamental desacuerdo con aquellos que subyacen a la prohibición y que durante el último siglo han dado forma a los tratados. Es asimismo imposible ignorar el hecho de que gran parte del daño que el movimiento busca reducir, es resultado directo o indirecto de la prohibición y de su aplicación (consultar: [4.2, Evaluación y clasificando los daños causados por drogas](#), página 85). Estas tensiones se están desplegando entre las entidades antidrogas de la ONU (particularmente, la CND y la JIFE) y otros miembros de la familia de la ONU (en especial, ONUSIDA y la OMS en particular), y entre grupos cada vez más polarizados de Estados orientados hacia la reforma y hacia la prohibición.

- * **Desafíos planteados por la descriminalización:** La creciente tendencia global hacia la despenalización real o de facto de la posesión/consumo de drogas, aunque nominalmente permitidos dentro de los tratados, como la reducción de daños, plantea serios desafíos prácticos e intelectuales a largo plazo al *statu quo*. Dichas reformas no sólo desafían el espíritu de las convenciones, sino que actualmente están impulsando los límites del “*margen de maniobra*”, y podría decirse que van más allá de estos límites.

¿Flexibilidad en las convenciones?

Es importante apreciar que ninguna de las convenciones se “*ejecutan por sí mismas*”. Es decir, aunque las convenciones imponen obligaciones a

los Estados para que éstos apliquen la legislación internacional, tales leyes no son aplicables de manera directa o inmediata. Ello contrasta, por ejemplo, con el estatus de la Convención Europea sobre Derechos Humanos en el Reino Unido, donde dicho instrumento internacional ha sido incorporado a la legislación doméstica. En términos efectivos, las convenciones siguen siendo contratos entre Estados. Puede decirse que esta índole contractual, reafirmada por un número considerable de países signatarios, es la fuente real de su poder.

En tanto entidad responsable de supervisar la operación de los tratados, la JIFE carece de autoridad formal para implementar las diversas disposiciones de las convenciones, o para sancionar a los Estados por su incumplimiento. Sin embargo, su generalmente insistente crítica – usualmente expresada en su informe anual¹²⁰ – hacia acciones individuales de los Estados miembros, puede causarles considerable humillación pública.

Obviamente, se requiere que los Estados interpreten e implementen de buena fe los tratados de la ONU, respetando el “*objeto y propósito*” de las convenciones de las cuales son signatarios; tal actitud es necesaria para que el sistema de tratados de la ONU posea coherencia, estabilidad y autoridad.¹²¹ En tal virtud, y pese a que ya se ha advertido el énfasis respecto a la autonomía de la legislación doméstica dentro de todas las convenciones¹²² se requiere – o, en última instancia, se espera – que los Estados firmantes cumplan los estándares y normas de los sistemas para el control global de drogas.

120 En contraposición, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el Tribunal de Justicia de la Unión Europea tienen facultades de aplicación más directa con respecto a los tratados y disposiciones del Consejo de Europa y de la Unión Europea, respectivamente. Aunque la principal forma de sanción de los órganos fiscalizadores de tratados de Derechos Humanos sea política, también tienen a su disposición procedimientos cuasijudiciales que pueden proponer reparaciones, incluyendo compensaciones.

121 Esto también queda específicamente determinado por la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, artículo 31 (fundamentalmente un tratado que codifica un derecho consuetudinario sobre tratados como base jurídica del sistema de convenciones).

122 Ello es, en términos de flexibilidad e interpretación, y sin permitir la mención a legislación nacional para justificar la no aplicación de un tratado (véase el artículo 27 de la Convención de Viena).

Ello no obstante, el sistema y la redacción de las convenciones internacionales ciertamente dejan un considerable margen para la interpretación a nivel nacional. Al formular e implementar políticas domésticas y estrategias para aplicación de la ley, las convenciones permiten a las naciones firmantes más “*espacio para maniobrar*” de lo que a menudo se puede percibir en el discurso popular de la política y los medios de comunicación. Ello explica por qué, a pesar del aparente consenso que existe detrás de las convenciones, existen amplias variaciones en la manera en que éstas son interpretadas e implementadas. Muchas de estas interpretaciones parecerían extenderse más allá de los límites del espíritu y la letra de las convenciones (consultar más arriba).

Algunas personas, particularmente en la JIFE, han sostenido que ciertas medidas – especialmente reformas de alto perfil, tales como la reducción de sanciones relacionadas al cannabis o la descriminalización de facto de éste, e intervenciones para la reducción de daños, incluyendo espacios supervisados para consumo de drogas inyectables (y, hasta hace poco, incluso programas de intercambio de jeringas¹²³) – son opuestas a, o van en contra de, “*el espíritu de las Convenciones*”, especialmente de las más severas disposiciones de la Convención de 1988. Ello no obstante, las naciones en cuestión mantienen una sólida postura legal al disputar que todavía operan dentro de los parámetros de la legislación internacional.¹²⁴

Asimismo, se produce cierta flexibilidad adicional debido a que la Convención Única no define en qué consisten los “*finés médicos y científicos*”. Por motivos de orden práctico, quienes dieron forma a la Convención de 1961 no pudieron ser demasiado prescriptivos con tales

¹²³ Según el ex-Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Philip O. Emafo, el intercambio de agujas debería ser considerado “contrario a las disposiciones de las convenciones”. Entrevista en “Update”, UNODC, diciembre 2002.

¹²⁴ Por ejemplo, el tratamiento de metadona está específicamente permitido según las convenciones, como se constata en el comentario de 1988; y en 2002 la misma JIFE encargó un dictamen jurídico de la Oficina de Asuntos Jurídicos de la UNODC sobre los establecimientos para inyección supervisada, titulado: “*Flexibility of Treaty Provisions as regards Harm Reduction Approaches*” [Flexibilidad de Dispositivos de Tratados en relación a Enfoques para la Reducción de Daños], el cual concluía que los tratamientos de sustitución, el intercambio de agujas y los establecimientos para inyección supervisada no violan las convenciones.

términos, admitiendo tácitamente que éstos tendrían inevitablemente distintos significados en diferentes países y culturas y que, indudablemente, se modificarían y cambiarían con el tiempo. Muchas iniciativas de reducción de daños que continúan siendo polémicas, en particular en relación a la JIFE, podrían ser legítimamente consideradas intervenciones médicas – siendo la prevención del SIDA la más lógica y políticamente convincente.

De este modo, al adoptar las limitadas reformas que hasta ahora se han efectuado, tales como intercambio de agujas y las inyecciones supervisadas, los Estados individuales no han incurrido en repercusiones políticas internacionales suficientes que les obliguen a renunciar a los beneficios de dichas políticas. Más aún, la defensa de tales reformas en el seno de la ONU se ha visto reafirmada por el hecho de que han sido adoptadas por muchos países, y que éstos han estado sujetos a un escrutinio sin precedentes. De hecho, muchas de estas reformas son ahora apoyadas por un considerable conjunto de evidencias, demostrando que cuando se realizan de manera adecuada, pueden dar resultados positivos en términos de salud pública y justicia penal.¹²⁵ La postura defensiva de “*la unión hace la fuerza*” indica los potenciales derroteros para ciertas reformas futuras, tal como se expone más adelante.

A pesar de esta polémica zona gris en la frontera sobre lo que está permitido dentro de las convenciones, no puede haber duda de que éstas últimas son de una naturaleza particularmente prohibitiva. En su forma actual, no dan margen alguno a cualquier forma significativa de producción, suministro o consumo legalmente regulados para uso no médico, más allá de la pequeña cantidad de cruces que inevitablemente ocurren con algunos de los modelos de acceso médico actualmente vigentes. En cualquier caso, estos modelos existentes se centran en una minoría de consumidores problemáticos, antes que en la mayoría de consumidores no problemáticos. De acuerdo a las interpretaciones objetivas de la ley, la flexibilidad que potencialmente estaría disponible para lenidad hacia

¹²⁵ Por ejemplo: *Insite*, establecimiento para inyecciones supervisadas en Vancouver.

los consumidores de drogas, simplemente no existe cuando se trata de opciones concernientes a la regulación legal de la producción de drogas y su provisión para uso no médico. Bewley-Taylor (2005) señala que:

Actualmente es posible que las naciones estén forzando los límites del sistema internacional, pero la búsqueda de cualquier acción orientada a legalizar formalmente las drogas de uso no médico y científico, requeriría una revisión del tratado o una retractación completa o parcial del régimen actual.

Opciones para reformar el sistema de control de drogas de la ONU:

Modificación del tratado

El Informe Mundial sobre Drogas de 1997, elaborado por el Programa para el Control de Drogas de la ONU ¹²⁶ señala que:

*Las leyes – e incluso las Convenciones Internacionales – no están grabadas en piedra; éstas pueden ser cambiadas cuando la voluntad democrática de las naciones así lo desee.*¹²⁷

En las convenciones sobre drogas (como sucede con todas convenciones) existen mecanismos claramente expresados para que éstas sean revisadas. En este sentido, existen dos posibles caminos: modificación y enmienda. Bewley-Taylor ¹²⁸ resume estas opciones de la siguiente manera:

Modificación se refiere a una posible alteración en el régimen a

¹²⁶ Posteriormente absorbido por la actual Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito (UNODC).

¹²⁷ Informe Mundial sobre Drogas de la UNODC, 1997, capítulo 8: “*The Regulation-Legalization Debate*” [El Debate Regulación-Legalización]. La siguiente frase (que resulta ser la última del capítulo) es: “Pero, para obtener el favor de los corazones y las mentes del mundo, quienes propugnan la legalización deben antes encontrar respuesta a las preguntas más peliagudas”.

¹²⁸ D. Bewley-Taylor, “*Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities*” [Desafiando las convenciones de la ONU sobre control de drogas: problemas y posibilidades]. *International Journal of Drug Policy*, 2003, volumen 14, páginas 171–179.

través de la reclasificación de una droga; es decir, trasladándola de una lista a otra de las que figuran en las Convenciones de 1961 y 1971, o de uno a otro cuadro de la Convención de 1988, o a través de la supresión de una droga de la/las lista/listas o cuadro/cuadros de modo definitivo. Una enmienda se refiere a la alteración formal de las disposiciones del tratado; a saber, de un artículo de la convención, la cual afecta a todos los Estados.

Bewley-Taylor es uno de los muchos expertos en temas de las Convenciones que han detallado las dificultades prácticas para lograr una reforma sustantiva usando cualquiera de estos mecanismos.

Modificación

El Artículo 3 de la Convención Única permite a la OMS o a cualquier Estado Miembro del tratado iniciar en cualquier momento el proceso de modificación que reclasifica una droga específica, o la elimina de las convenciones. Para el cannabis y la coca se requeriría asimismo una enmienda a la Convención Única, ya que el cultivo y la producción de dichas plantas están expresamente prohibidos, independientemente de la infraestructura de la programación – limitando drásticamente, por tanto, las posibilidades de reforma, en teoría disponibles para otras drogas que figuran en la lista. La naturaleza de las disposiciones de la Convención le da a este proceso un carácter un tanto académico, en la medida en que cada Estado tiene la capacidad dentro del sistema para bloquear el cambio con facilidad. Sin embargo, aunque la OMS sea clave para cualquier proceso de modificación, debido a su rol consultivo, sólo puede hacer recomendaciones no vinculantes – la capacidad para implementar los cambios sigue en manos los 53 miembros de la Comisión de Estupefacientes, la cual opera al interior de la UNODC y determina las políticas de la entidad.

Dentro de la Comisión de Estupefacientes existe una curiosa alianza de

Estados (incluyendo a Suecia, Japón, muchos países antes pertenecientes a la órbita soviética, la mayoría de las naciones árabes y los EE.UU.) que son completamente contrarios a cualquier revisión que aleje al tratado de sus principios punitivos. Para estos países, las convenciones están basadas en la postura inflexible y absoluta según la cual todo consumo de drogas (ilegales) es moralmente inaceptable – a tal punto que las convenciones han asumido un estatus más afín a un texto religioso¹²⁹ En efecto, a diferencia de la declaración contenida en el Informe Mundial sobre Drogas de 1997 de la ONU (ver más arriba), para estos países las convenciones están efectivamente grabadas en piedra, para todos los fines y propósitos.

Los mecanismos para el cambio contenidos al interior de las tres convenciones, proporcionan a este grupo abundantes oportunidades para sofocar cualquier intento de revisión. Dentro de este importante bloque de poder, no resulta sorprendente que los EE.UU. cumplan un papel principal y hegemónico. Para comenzar, los EE.UU. fueron la fuerza impulsora detrás de las convenciones (su carácter prohibitivo refleja las tendencias histórico-culturales de los EE.UU.), y a través de su apoyo a éstas, así como de hecho, mediante otras formas de presión política (incluyendo su sistema de certificación), han sido su más significativo baluarte. Tal como comentó hace unos años un diplomático ante la ONU en Viena: *“Dondequiera que una nación parezca estar a punto de romper filas [con la posición de Washington sobre la prohibición], los EE.UU. se barán presentes, para persuadirlo o amenazarlo.”*¹³⁰

La composición de la Comisión supone que nunca se lograría un consenso respecto a medidas revisionistas. Incluso en el caso de llegar a una votación, la cual sería altamente inverosímil dentro de la cultura política en Viena, sería improbable obtener una mayoría. Incluso

¹²⁹ P. Cohen, *“The drug prohibition church and the adventure of reformation”* [La iglesia de la prohibición de las drogas y la aventura de la reforma], *International Journal of Drug Policy*, 2003, Volumen 14:2, páginas 213–215.

¹³⁰ Webster, 1998, citado en D. Bewley-Taylor, *“Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations”* [Contradicciones emergentes sobre políticas entre el sistema para el control de drogas de las Naciones Unidas y los valores fundamentales de las Naciones Unidas], *International Journal of Drug Policy*, 2005, volumen 16, páginas 423–431.

si fuese aceptada por la CND, cualquier Estado puede solicitar que la modificación se remita al Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC), cuya decisión es definitiva; se afrontarían nuevamente los mismos obstáculos con los Estados prohibicionistas.

Estructuras similares, con mínimas diferencias administrativas, existen para las convenciones de 1971 y 1988 (la de 1971 requiere una mayoría de dos tercios en lugar de una de mayoría simple para lograr una decisión por parte de la CND).

Enmienda

Los obstáculos a los que se enfrenta la modificación, la convierten en una opción efectivamente inútil, lo cual hace ver inicialmente como muy prometedoras las posibilidades de lograr una enmienda. Sin embargo, una vez más, los Estados partidarios de la prohibición disponen de un amplio margen para impedir estos cambios.

La posibilidad de enmienda está estipulada en el Artículo 47 de la Convención Única, en el Artículo 30 de la Convención de 1971 y en el Artículo 31 de la Convención de 1988. Los Estados pueden notificar al Secretario General de una propuesta de enmienda, incluyendo las razones que justifican la medida. A continuación, el Secretario General comunica la propuesta de enmienda y las razones para ésta a los Estados y al Consejo. Entonces, queda a decisión de ECOSOC convocar una conferencia para considerar la enmienda, o preguntar a los Estados si aceptan dicha enmienda. En el improbable caso de que ningún Estado rechace la enmienda dentro de un plazo de 18 meses, ésta entra en vigor.

En el caso más probable de que se planteen objeciones al ECOSOC, el consejo puede decidir entonces convocar o no una conferencia para considerar la medida. Tal conferencia podría servir para elevar el perfil del tema materia de la revisión, pero no habría garantía alguna de

lograr cambios significativos. Los Estados que favorecen la prohibición podrían incluso aprovechar potencialmente del evento para redirigir la política en dirección opuesta.¹³¹ También podrían objetarse los costos operativos para realizar tal conferencia, es decir, afirmar que ésta resultaría demasiado cara.

Otras opciones de modificación

Aunque no son esbozados en los artículos pertinentes de las convenciones, existen caminos adicionales mediante los cuales se pueden proponer enmiendas. Por ejemplo, de acuerdo al Comentario sobre la Convención Única, el ECOSOC puede presentar a consideración de la Asamblea General propuestas de enmienda bajo al Artículo 62, Párrafo 3 de los Estatutos de la ONU, la Asamblea General puede asimismo tomar la iniciativa de enmendar la Convención, ya sea aprobando modificaciones o convocando una Conferencia Plenipotenciaria con esta finalidad. Lo mismo aplica a las Convenciones de 1971 y 1988.

Ello no obstante, considerando las complejas dinámicas políticas de la Asamblea General, no hay razón que indique que tales procedimientos alternativos de enmienda conseguirán librar los obstáculos presentados por el bloque de países que favorecen la prohibición, siguiendo las normas expuestas en artículos específicos.

Con el fin de deshacer este particular nudo gordiano, los Estados quizá deseen considerar retirarse de los tratados.

Retiro de los tratados

Las posibilidades de bloqueo administrativo contenidas en los procedimientos para modificación de la convención, suponen que el bloque prohibicionista puede efectivamente garantizar que no se realicen modificaciones indeseables. Así pues, la única opción disponible para

¹³¹ Ello ocurrió durante y después de las actividades entre bastidores previas a las Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) en 1998. Los esfuerzos iniciales reevaluar la eficacia del régimen para el control de drogas se redujeron a una reafirmación del actual sistema y sus estrategias.

un Estado individual que desee operar al margen de las convenciones sería retirarse del tratado pertinente. Existen dos opciones principales para dicho retiro de los tratados sobre las drogas; aunque en el contexto de las relaciones internacionales y de la cultura de la ONU estas opciones serían vistas como medidas extremas, éstas quedarían dentro de los confines del derecho internacional, en la medida en que están técnicamente permitidas por los artículos de los tratados.

Posibilidades para denunciar el tratado

Hay artículos al interior de todos los tratados que permiten a cualquier Estado optar por presentar una denuncia por escrito ante el Secretario General, incluyendo una referencia a los motivos legales para dicha medida. Con respecto a las Convenciones de 1961 y 1971, si el Secretario General recibe este documento a más tardar el primero de julio, la denuncia para aquel Estado entra en vigor a principios del año siguiente. La denuncia de la convención de 1988 entra en vigor, para el Estado denunciante, un año después que el Secretario General recibe la notificación respectiva.

“Mirando retrospectivamente, podemos ver que durante el siglo pasado el sistema de control y su aplicación han tenido varias consecuencias—éstas pueden haber sido imprevistas o no, pero sin duda no fueron intencionales.

“La primera consecuencia no intencional es un gran mercado negro criminal que prospera al llevar sustancias prohibidas de los productores a los consumidores; ya sea impulsados por un “empuje de la oferta” o por un “jalón de la demanda”, son enormes los incentivos económicos para ingresar a este mercado. No escasean los criminales que compiten por apropiarse de una porción del mercado, en el cual no es infrecuente centuplicar el precio, desde el momento la producción hasta la venta al menudeo.

“La segunda consecuencia no intencional es lo que uno podría llamar desplazamiento de las políticas. La salud pública, que es obviamente el principio básico del control de drogas... ha sido desplazada a un segundo plano.

“La tercera consecuencia no intencional es el desplazamiento geográfico. Éste es a menudo llamado ‘efecto globo’, porque al apretar en un lugar (mediante controles más estrictos) se produce una hinchazón (es decir, un incremento) en otro lugar...”

Antonio María Costa, Director Ejecutivo de la Oficina de la ONU contra las Drogas y el Delito, *“Making drug control ‘fit for purpose’: Building on the UNGASS decade”* [Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS], página 10.

Hasta marzo de 2008, sin embargo, se requeriría recibir 143 denuncias de Estados individuales para reducir a menos de 40 el número de ratificaciones de la Convención de 1961, provocando así su rescisión (de acuerdo al Artículo 41).

Debe reconocerse que esto es tremendamente improbable, incluso aunque sea teóricamente posible o aún deseable. De hecho, la Convención de 1988 no contiene una cláusula de rescisión y, de acuerdo con el Artículo 55 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, la Convención seguiría extrañamente vigente, incluso cuando quedase únicamente un Estado signatario.

Debería asimismo reconocerse claramente que, más allá de las posibilidades de lo que técnicamente está permitido, las consecuencias políticas para cualquier Estado que opte por no ser participe del régimen prohibicionista, podrían ser potencialmente graves. Las críticas del bloque prohibicionista serían un serio impedimento, en especial aquellas provenientes de los EE.UU., la UNODOC y la JIFE.

El estudioso estadounidense Peter Andreas señala que:

Una defección manifiesta del régimen de prohibición de drogas... tendría graves consecuencias: situaría al país desertor en la categoría de "narco-Estado" paria, originaría repercusiones materiales como sanciones económicas y suspensiones de ayuda, y perjudicaría la posición moral del país dentro de la comunidad internacional.¹³²

Los países desarrollados se encontrarían evidentemente en una mejor situación para hacer frente a la presión de los Estados Unidos, al igual que aquellos con menor dependencia respecto al comercio con, y la asistencia de, los EE.UU. Por ejemplo, los Países Bajos han sido objeto de críticas durante años debido a su sistema de cafés de cannabis, pero incluso ellos no se han retirado de los tratados, optando en cambio por

operar al margen de lo permitido de acuerdo a la letra y el espíritu de las Convenciones.

Aunque un Estado individual puede optar por excluirse de los tratados en determinadas circunstancias, ello parece altamente improbable aunque no insólito: entre 1945 y 2004, se produjeron 1,547 denuncias de retiro de tratados de la ONU –apenas 5% menos que el número total de ratificaciones¹³³ (ninguna de estas denuncias correspondían a tratados referidos a drogas). Es mucho más probable que un grupo de Estados que coincidan en la misma perspectiva revisionista organicen un cuestionamiento del sistema. Bewley-Taylor¹³⁴ sugiere que:

Si, por ejemplo, un conjunto digno de crédito de Estados de Europa y Australasia, sumados al Grupo de Países de América Latina y el Caribe en la ONU (el denominado GRULAC), se uniesen para denunciar uno o todos los tratados, el eje EE. UU. –ONU podría perder gran parte de su potencial influencia. Los “denunciantes” podrían encontrar fortaleza en la unión y, de manera bastante legítima, retirarse de los tratados.

Bewley-Taylor sugiere también que incluso la amenaza de semejante medida podría bastar para precipitar una reforma considerable, permitiendo que el sistema sea modificado de forma tal que facilite mucha mayor flexibilidad dentro del espectro de opciones políticas, que la actualmente permitida por las barreras existentes creadas por las estructuras prohibicionistas de carácter absolutista. Puestos en una situación en la cual cualquier negativa amenace todo el sistema de tratados contra las drogas, los Estados prohibicionistas podrían ofrecer caminos hacia reformas parciales. Bewley-Taylor señala que:

Tal escenario es posible dado que por lo general se considera que la

¹³³ L. Helfer, “*Exiting treaties*” [Abandonando tratados], 2005, Virginia Law Review 91: 1,579–1,648.

¹³⁴ D. Bewley-Taylor, “*Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations*” [Contradicciones emergentes sobre políticas entre el sistema para el control de drogas de las Naciones Unidas y los valores fundamentales de las Naciones Unidas], International Journal of Drug Policy, 2005, volumen 16, páginas 423–431.

denuncia de cualquier tratado puede llevar a su desaparición. Éste sería probablemente el caso con respecto a cualquier tratado de control de drogas, debido a la naturaleza del tema y a la dependencia de la convención respecto a una difundida adhesión transnacional. Utilizar la denuncia como desencadenante de una revisión del tratado diferiría de los procedimientos antes señalados para modificar las convenciones, dado que supone que un grupo de Estados de ideas afines no estaría sólo apostando a la ley de probabilidades en un intento por obtener decisiones mayoritarias en el Consejo o en la Comisión. Un grupo suficientemente importante de Estados “detractores” puede ser capaz no sólo de soportar la presión de los EE.UU.-ONU, sino también de aplicar una presión considerable por sí mismo.

El informe de la Comisión Global sobre Cannabis de la Fundación Beckley identifica una posibilidad adicional,¹³⁵ y podría decirse que la más atractiva desde una perspectiva política es la denuncia del tratado seguida por la re-adhesión con reservas. La comisión destaca los problemas técnicos referidos a este derrotero, pero al mismo tiempo señala que los Países Bajos y Suiza formularon reservas contra la aplicación de ciertas disposiciones sobre criminalización (en el Artículo 3) al ratificar la Convención de 1988.

Otras posibilidades para la reforma de tratados

El Informe Mundial de Drogas de 1997, elaborado por el Programa de la ONU para el Control de Drogas (PNUCD), dice:

... [ninguna de las] tres Convenciones internacionales contra las drogas insiste en tipificar el consumo de drogas como un delito punible per se. Sólo la Convención de 1988 requiere con claridad que los Estados tipifiquen como delitos penales conforme a ley la posesión, la compra o el cultivo de drogas controladas para consumo no médico y personal, a menos que ello sea contrario a los principios

¹³⁵ Fundación Beckley, “Global Cannabis Commission” [Comisión Global sobre Cannabis], 2008, página 155 (nota: la discusión se limita al cannabis, antes que abrirse a un debate más sustancial en torno a todas las opciones para todas las drogas actualmente ilegales).

constitucionales y conceptos básicos de sus sistemas legales.

Como ya se mencionó anteriormente, si el tribunal constitucional de una nación signataria estableciese y dictaminase que la prohibición de una droga en particular, de un grupo de ellas, o incluso de todas las drogas, es contraria a sus principios constitucionales, entonces dicho Estado ya no estaría efectivamente sujeto a las limitaciones de las Convenciones con respecto a dichas drogas. Ya existe un activo debate respecto a las posibilidades de cuestionar la prohibición de drogas, sobre la base de violaciones a los derechos humanos, el cual podría ofrecer alguna posibilidad de explotar este “*recurso jurídico*” basado en principios constitucionales.

Nuevamente, al adoptar este derrotero se estaría incurriendo en la ira del bloque prohibicionista y sus aliados estratégicos/ideológicos respecto a su concepción del control de drogas, lo cual conllevaría consecuencias políticas. Sin embargo, una vez más, un grupo de naciones de orientación reformista actuando de manera conjunta podrían encontrar en su unión la fortaleza para resistir cualquier presión resultante. Tal como lo describe Bewley-Taylor, una defección así “*debilitaría gravemente el sistema de tratados, y posiblemente actuaría como desencadenante de un cambio de régimen*”.

Existen dos posibilidades técnicas adicionales. Una de ellas sería la redacción y adopción de un nuevo tratado sobre el mismo tema, sustituyendo los tratados previos y aquellos que estén ligados a los primeros. La segunda posibilidad sería que, por ejemplo, un tema como el derecho a la soberanía sobre los recursos naturales de pueblos indígenas fuese reconocido como *jus cogens* (es decir, norma imperativa del derecho internacional) y, en consecuencia, todo instrumento que entre en conflicto con este derecho sea declarado sin efecto. Ambas posibilidades están limitadas por los impedimentos políticos antes esbozados.

Ignorar los tratados

Los Estados podrían sencillamente ignorar los tratados, del todo o en parte. Si múltiples Estados adoptasen tal estrategia, eventualmente los tratados se “atrofiarían”, cayendo en desuso sin mediar terminación o

reforma específica alguna. Un país individual que ignore los tratados, o que los aplique sólo parcialmente, podría así instituir cualquier política que considere necesaria a nivel nacional, incluyendo la que se podría calificar como el ejemplo más probable: la legalización efectiva del cannabis y la introducción de un sistema de licencias para productores domésticos (medida que los Países Bajos y Suiza han venido debatiendo a nivel de sus parlamentos desde hace

algunos años, y que actualmente se encuentra en la agenda política en una serie de estados de los EE.UU.).

Tal medida, sin embargo, al igual que todas las otras reformas aquí discutidas, plantea serios problemas que van más allá del campo del control de drogas –especialmente si es tomada unilateralmente. La posibilidad de que las naciones unilateralmente ignoren los compromisos de los tratados para el control de drogas podría amenazar la estabilidad de todo el sistema de tratados – o ser percibida así. El costo que conllevaría tal amenaza, y la consideración de los beneficios derivados del sistema de tratados de la ONU en su conjunto, harían que los Estados sean cautelosos respecto a optar por inhibirse de ellos, incluso tratándose de una reforma limitada, como en el caso de la producción de cannabis.

Tal como lo determina la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados en 1969, Artículo 62, todos los tratados pueden, de suyo, dejar de ser vinculantes cuando se produce un cambio fundamental de las

“Opino que el consumo de drogas no puede estar criminalizado. Hablo de criminalizar el tráfico, pero no los consumidores. Desde una perspectiva científica, no puedo entender la perspectiva de políticas represivas.”

Michele Kazatchkine, Directora del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria¹³⁶

¹³⁶ Discurso de apertura en la conferencia internacional de IHRA, mayo de 2009, en Bangkok, Tailandia.

circunstancias que imperaban al momento en que se produjo la firma del tratado. Podría plantearse este argumento en relación al cambio fundamental en cuanto a la naturaleza y el alcance del fenómeno internacional de las drogas que ha tenido lugar desde 1961, lo cual implica que esta doctrina de *rebus sic stantibus* podría potencialmente ser aplicada a los tratados de drogas.

No obstante, una vez más, la aplicación selectiva de tales principios pondría potencialmente en duda la validez más amplia de convenciones numerosas y diversas. El análisis de costo-beneficio para cada Estado evitaría presumiblemente dicha medida. Sin embargo, ello no ha evitado que los EE.UU. actúen en ese sentido en cuanto a su retiro del Protocolo de Kioto (nunca ratificado), su repudio al Tratado sobre Misiles Antibalísticos de 1972 (bajo el pretexto de que éste era una “reliquia” de los tiempos de la Guerra Fría, sin mayor relevancia para el mundo moderno), y la reciente decisión de Washington de retirar su firma del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

Todas estas medidas pueden ser vistas, no sólo como un socavamiento de los tratados en sí, sino además como una amenaza al sistema de tratados en su conjunto. De hecho, desde que se han

hecho evidentes que las ramificaciones políticas de aquellas decisiones tomadas durante la administración Bush, los EE.UU. han comenzado a tomar distancia de algunas de estas medidas. Según el análisis de Bewley-Taylor:

Al facilitar esta medida sin precedentes, la administración de George W. Bush parece haber afirmado que los EE.UU. son también ajenos

“Espero que los gobiernos asiáticos enmienden aquellas leyes obsoletas que criminalizan a los sectores más vulnerables de la sociedad, y tomen todas las medidas necesarias para garantizarles que tengan una vida digna.

“Precisamos reexaminar las leyes que puedan obstaculizar el acceso universal –en los casos en que grupos vulnerables sean criminalizados por su estilo de vida.”

Ban Ki-Moon, Secretario General de la ONU¹³⁷

¹³⁷ Comentarios presentados por el Secretario General de las Naciones Unidas en relación al informe de la Comisión Independiente sobre el SIDA en Asia (establecida por ONUSIDA), titulado “*Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*” [Redefiniendo el SIDA en Asia: Elaborando una Respuesta Efectiva], marzo de 2008.

a la Convención de Viena respecto a la Ley de los Tratados. Según la Convención de 1969, un país que ha firmado un tratado no puede actuar en contra del propósito de dicho tratado, incluso si no tiene intenciones de ratificarlo. Por lo tanto, habiendo fijado este precedente sobre la base del interés nacional, sin duda Washington se encontrará en una incómoda posición cuando intente oponerse a cualquier defeción de los tratados contra las drogas por motivos similares.

Caminos pragmáticos y prácticos a seguir

Dada la casi imposibilidad de obtener una reforma sustancial o significativa mediante una medida unilateral, utilizando las rutas administrativas establecidas trazadas en los diversos artículos de los tratados sobre drogas y las estructuras legales pertinentes de la ONU, el camino más creíble y probable para flexibilizar las actuales restricciones de los tratados sobre la exploración de modelos regulatorios legales para ciertas sustancias, es claramente a través de cierta forma de acción colectiva, mediante una coalición de los Estados que comparten una posición reformista. Es probable que esta coalición consista predominantemente en un bloque de la UE (presumiblemente, sin Suecia), un bloque de América del Sur y Central, posiblemente junto con Nueva Zelanda, Australia, Canadá y varios otros países.

A través de la difundida adopción de políticas para la reducción pragmática de daños y de tolerancia, este grupo de países ya se está alejando cada vez más de la letra y el espíritu de ciertos aspectos crucialmente prohibitivos de las convenciones, tal como éstas están expresadas actualmente. De continuar tales tendencias, como parece inevitable, se llegará a un punto crítico donde las tensiones entre los compromisos asumidos en los tratados y la implementación actual de políticas supondrán que se requerirá una reformulación más sustancial de las convenciones para preservar el sistema general para el control de drogas, incluyendo los valiosos e indiscutidos beneficios del sistema

para controlar fármacos lícitos.

Podría decirse que ya se ha llegado a dicho punto crítico, o que éste se aproxima con rapidez, como lo demostraron en 2009 las tensiones sobre la formulación de la declaración política de la Comisión de Estupefacientes (específicamente, respecto a la inclusión de cualquier mención sobre “reducción de daños”); han comenzado a desmoronarse elementos clave del consenso sobre el cual se apoya el sistema actual para el control internacional de drogas en su forma actual.

Un enfoque gradual

Mientras el sistema actual puede ser crecientemente inestable y frágil en la medida en que aumentan las tensiones entre los distintos bandos, no hay perspectivas de un cambio repentino. A cualquier proceso real de reforma le seguirá un prolongado y arduo debate, cargado con disputas diplomáticas –es preciso ser realistas respecto a estos obstáculos. Sin embargo, tal como lo demuestran los comentarios en este apéndice, personajes e instituciones clave dentro del sistema de la ONU reconocen con franqueza la impropiedad de criminalizar a los consumidores de drogas, el fracaso sistémico y la futilidad de los controles e interdicción del

lado de la oferta, las dramáticas consecuencias imprevistas negativas de las acciones de interdicción y aplicación de la ley, y la obsolescencia e inadecuación de las convenciones. Simultáneamente, estos mismos personajes e instituciones clave reconocen ahora la primacía de la salud pública en políticas sobre drogas, la centralidad del enfoque

“[Resultaba] cada vez más difícil justificar la constante distinción entre sustancias meramente en función de su estatus jurídico y aceptabilidad social. Dado que la adicción a la nicotina, el alcoholismo y el abuso de disolventes e inhalantes representan mayores amenazas para la salud que el abuso de algunas sustancias que actualmente se encuentran bajo control internacional, el pragmatismo permitiría arribar a la conclusión de que seguir estrategias dispares con el fin de minimizar su impacto resulta, en última instancia, artificial, irracional y antieconómico.”

Director Ejecutivo del Programa para el Control Internacional de Drogas de la ONU en la trigésimo séptima Sesión de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 13 de abril de 1994.

sobre reducción de daños, y el hecho de que existe en el ambiente un espíritu de reforma. En este contexto, las posibilidades de una reforma significativa y una evolución del sistema de la ONU para el control de drogas, lucen más esperanzadoras.

Los pasos clave hacia la reforma incluirán:

- * Deben tomarse medidas para establecer un acopio significativo de información a nivel internacional. En particular, deben incorporarse indicadores actualmente no incluidos en los cuestionarios nacionales que informan los Reportes Mundiales de Drogas elaborados por la ONU. Tales indicadores incluyen preguntas sobre el impacto del control de drogas sobre la situación de derechos humanos, conflicto, delincuencia, corrupción, desarrollo y seguridad –así como las medidas de salud pública más reconocidas. Tal información facilitará la evaluación de las iniciativas para el control de drogas de la ONU, así como de la prohibición a nivel mundial, incluyendo de manera prominente las consecuencias involuntarias identificadas por la UNODC.¹³⁸ Ello apoyará una crítica más efectiva de los éxitos y fallas actuales, lo cual ayudará a informar y dirigir discusiones más serias sobre enfoques alternativos.

- * Deberían abordarse temas de coherencia sistémica al interior de las entidades de la ONU – en particular, respecto a cómo la infraestructura de la ONU para el control internacional de drogas, y la aplicación de ésta, impactan sobre los derechos, el desarrollo y la seguridad de la humanidad: los tres pilares de la ONU. El primer y lógico paso a dar sería abordar las manifestaciones más extremas de la guerra contra las drogas, pero existe la urgente necesidad de que la ONU operen dentro de sus propios principios y normas, de los cuales la institución ha estado históricamente apartada.

¹³⁸ A. Costa, “*Making drug control ‘fit for purpose’: Building on the UNGASS decade*” [Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS], UNODC, 2008.

“En seguimiento de diversos instrumentos de las Naciones Unidas, deberían llevarse a cabo reformas legislativas y de políticas en los siguientes ámbitos, a fin de alcanzar el objetivo señalado:

- > Leyes y sanciones penales, con el objetivo de reducir la criminalización de delitos no violentos relacionados a drogas, y disminuir considerablemente la encarcelación de consumidores no violentos.*
- > Leyes y sanciones para el control de drogas, con el objetivo de garantizar que dichas leyes y su interpretación y aplicación sean complementarias a las estrategias sobre el VIH/SIDA, y que no dificulten la prevención del VIH/SIDA o el acceso al tratamiento de esta condición.*
- > Leyes y prácticas para la asignación de sentencias, con el objeto de desarrollar alternativas al encarcelamiento y opciones no privativas de la libertad para personas declaradas culpables por delitos relacionados con el consumo de drogas, con el fin de reducir de manera significativa el número de consumidores de drogas enviados a prisión, disminuir la población carcelaria total, y aminorar niveles de hacinamiento carcelario.*

“HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings; A Framework for an Effective National Response” [VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en Entornos Carcelarios; Un Marco para una Respuesta Nacional Efectiva], Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, publicado conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/SIDA.

- * Investigar exhaustivamente los conflictos entre legislación de derechos humanos y las convenciones sobre drogas, y aplicar a todas las actividades de control de drogas los compromisos concurrentes referidos a derechos humanos.¹³⁹
- * Un cambio progresivo hacia otorgar un mayor papel a otras agencias de la ONU, incluyendo la OMS y ONUSIDA. Ello reflejaría la tendencia en políticas sobre drogas, que mayormente toma distancia de un enfoque en justicia penal hacia uno más concentrado en salud pública (incluyendo la ubicación de reportes sobre drogas dentro de gobiernos nacionales; por ejemplo, en España, se traslada del Ministerio del Interior al de Salud). Ello promovería un discurso más pragmático y basado en evidencias.

¹³⁹ Para una discusión más detallada véase: D. Barrett, M. Nowak: *“The United Nations and Drug Policy, Towards a human rights based approach”* [Las Naciones Unidas y las Políticas sobre Drogas, Hacia un enfoque basado en los derechos humanos] (en: *“The diversity of international laws: Essays in honour of Kalliopi K Koufa”* [La diversidad del derecho internacional: Ensayos en honor de Kalliopi K. Koufa]), 2009.

- * Un solo país influyente que se *“atreva a dar el salto”*, dando a conocer su postura y colocando en la agenda de la Comisión de Estupefacientes (CND) una reforma más sustantiva del sistema de tratados, ejerciendo al mismo tiempo liderazgo para construir una coalición de Estados partidarios de la reforma. El grupo de veintiséis Estados que surgió durante la serie de sesiones de alto nivel de 2009 (que objetaban la ausencia de toda referencia a reducción de daños en la declaración política de la CND) podría formar potencialmente el núcleo de un grupo *“G-26”* para la reforma de tratados.

- * La red de ONG (una creciente coalición de ONG que trabajan en temas de derechos humanos, drogas, salud pública y desarrollo, respaldados por un creciente número de entidades académicas, centros de investigación y organismos profesionales) liderando el desarrollo de un nuevo discurso de salud pública y derechos humanos en materia de políticas internacionales para el control de drogas a nivel de la ONU. Ello iría más allá de los debates del pasado sobre la polarización legislación/prohibición, ocupándose en su lugar de principios y metas compartidos, examinado opciones y potenciales resultados, criticando las fallas de la guerra contra las drogas, y explicando en términos prácticos y claros cómo las medidas graduales hacia la regulación podrían traer beneficios a los países individuales y a la comunidad internacional en su conjunto.

- * Discusiones serias de alto nivel sobre cómo la coalición de Estados partidarios de la reforma redibujaría el sistema de convenciones para preservar sus elementos beneficiosos, al mismo tiempo que introduciría la flexibilidad para que Estados individuales o grupos de éstos exploren opciones para la producción y el suministro legalmente regulados de ciertas drogas actualmente prohibidas. Tal discusión podría ser facilitada por la red de ONG, conjuntamente

con los principales Estados partidarios de la reforma.

- * Los primeros pasos posibles hacia una reforma más sustantiva probablemente estarán vinculados a drogas obtenidas a base de plantas – cannabis y coca, especialmente los referidos al consumo tradicional de éstas.

Lecturas adicionales

- * D. Bewley-Taylor, '*Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities*' [Desafiando las convenciones de la ONU sobre control de drogas: problemas y posibilidades], *International Journal of Drug Policy*, 2003, volumen 14, páginas 171-179
- * D. Bewley-Taylor, '*Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations*' [Contradicciones emergentes sobre políticas entre el sistema para el control de drogas de las Naciones Unidas y los valores fundamentales de las Naciones Unidas], *International Journal of Drug Policy*, 2005, volumen 16, páginas 423-431
- * W. McAllister, '*Drug Diplomacy in the Twentieth Century*' [Diplomacia de las Drogas en el Siglo Veinte], Routledge, 2000
- * D. Barrett, '*Recalibrating the Regime*' [Recalibrando el Régimen], IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008
- * A. Costa, '*Making drug control "fit for purpose": Building on the UNGASS decade*' [Adecuando el control de drogas según los objetivos: Consolidando la década de UNGASS], UNODC, 2008
- * '*Breaking the Impasse; Polarisation and Paralysis in UN Drug Control*' [Superando el Estancamiento; Polarización y Parálisis en cuanto a Control sobre Drogas en la ONU], Instituto Transnacional, *Drugs and Conflict Debate Paper* N° 5, julio

2002

- * D. Barrett, '*Unique in International Relations? A Comparison of the International Narcotics Control Board and the UN Human Rights Treaty Bodies*' [¿Singularidad en Relaciones Internacionales? Una Comparación entre la Junta Internacional para el Control de Estupefacientes y las Entidades Encargadas de los Tratados de la ONU sobre Derechos Humanos], HR2, IHRA, 2008
- * J. Csete, D. Wolfe, '*Closed to Reason: the International Narcotic Control Board and HIV/AIDS*' [Cerrada a la Razón: la Junta Internacional para el Control de Estupefacientes y el VIH/SIDA], Red Legal Canadiense sobre VIH/SIDA, y el Programa Internacional para el Desarrollo de la Reducción de Daños (IHRD) del Instituto Open Society, 2007
- * D. Barrett, M. Novak, '*The United Nations and Drug Policy: Towards a human rights based approach*' (in: '*The diversity of international law: Essays in honour of Kalliopi K Koufa*', pages 449–477), 2009

4
Haciendo realidad un sistema
regulado

5
Mercados de drogas regulados en
la práctica

6
Apéndices

Apéndice 2

Marcos de producción legal actual de opio, coca, cannabis y productos farmacéuticos

La producción regulada de drogas psicoactivas requiere menos atención que los temas de suministro de las sustancias. Ya existe una gran variedad de modelos para la producción de drogas de origen vegetal y/o farmacéutico, de los cuales se pueden extraer lecciones. En muchos casos, dado que se están considerando las mismas drogas, la producción de estas sustancias para uso no médico requerirá meramente la expansión de los marcos ya existentes. La siguiente consideración sobre la producción legal y regulada existente de opio/heroína, coca/cocaína y cannabis ayudará a demostrar cómo ello podría tener lugar.

Producción legal de opio

Una proporción significativa, casi la mitad,¹⁴⁰ del volumen mundial de opio, es producida legalmente para su procesamiento en medicamentos opiáceos. Cualquier país puede cultivar, producir y comerciar lícitamente opio, bajo el auspicio de la Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes de 1961 y sujeto a la supervisión y guía de la JIFE. Hasta 2001, dieciocho países se encontraban en esta situación; de ellos, cuatro (China, Corea, India y Japón) cultivan amapola para la producción de opio en bruto, aunque sólo India la exporta. Otros catorce países, incluyendo el Reino Unido, la cultivan para la producción del Concentrado de Tallos de Amapola (CPS, siglas en inglés), tallos de amapola, semillas de amapola, y alcaloides como morfina y tebaína. Australia, Francia, India, España y Turquía son los cinco principales exportadores de opiáceos.

La mayoría de estos países utilizan el método CPS, por el cual se corta toda la planta – utilizando una máquina cosechadora – después de que las cabezas de amapola se han dejado secar. Una vez cosechados y recolectados, las vainas y los tallos son enviados a la fábrica para ser “lavados” químicamente. De este proceso se obtiene el Concentrado de Tallos de Amapola (CPS), el cual tiene un porcentaje más alto de contenido activo de la droga que la ya conocida resina de opio (también conocida como látex de opio), que se recolecta a mano y se extrae de las cabezas, aún en crecimiento, de la amapola opiácea. India es la excepción de esta regla: es el único exportador autorizado de resina de opio. Aunque no exentos de problemas, estos diversos escenarios demuestran que la producción de opio es posible dentro de un espectro de entornos diversos.

Irán y algunas repúblicas de Asia Central utilizan opio ilícito confiscado para sus mercados domésticos con fines médicos. Mansfield señala que:

¹⁴⁰La producción lícita de opio sumaba más de la mitad del volumen mundial de opio, hasta las recientes cosechas extraordinarias en Afganistán.

Aunque anteriormente estos países habían estado satisfechos con el uso de opio incautado para sus necesidades domésticas de opiáceos, en años recientes han tratado de vender internacionalmente los opiáceos incautados, o los productos derivados de éstos. Ello causó cierta inquietud entre los productores “tradicionales”, como India y Turquía, así como en la JIFE.¹⁴¹

Desviación hacia el mercado ilícito

Los niveles de filtración hacia el mercado ilícito varían enormemente de un país a otro. Hay muy poca información corroborada concerniente a este asunto; sin embargo, se han realizado algunas estimaciones en la India y Turquía, quienes constituyen el centro de preocupación por cuanto ambos países han “convertido” su producción ilícita/tradicional en una producción legal regulada para fines médicos.

INDIA

India queda mal parada en estas estimaciones debido, en parte, a su método de producción; la resina de opio obtenida manualmente es intrínsecamente más fácil de desviar hacia los mercados ilícitos que la producción industrial de CPS; y en parte, debido a la prevalencia de la corrupción, a su vez alimentada por la pobreza (India es el menos desarrollado entre los principales países productores de opio). Se han tomado precauciones para evitar desviaciones: la Oficina Central de Estupefacientes (CBN, siglas en inglés) fija una producción mínima calificada (MQY, siglas en inglés), la cual especifica la cantidad de kilos de opio producidos por hectárea, y establece un precio fijo por kilo. Se dan a conocer imágenes satelitales para calcular el área cultivada de amapola lícita, y estos datos se comparan con las medidas exactas del terreno tomadas por funcionarios de la CBN; desde 2007 se han emitido a los cultivadores “tarjetas inteligentes” (tarjetas de identidad con microprocesadores), conteniendo detalles personales del cultivador y del área autorizada; la CBN está experimentando también con cámaras de circuito cerrado para monitorear el acopio y el pesaje del opio.¹⁴²

¹⁴¹ D. Mansfield, “An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey” [Un Análisis del Cultivo Lícito de Amapola Opiácea: India y Turquía], Oficina de Asuntos Exteriores y de la Mancomunidad del Reino Unido, 2001.

¹⁴² Departamento de Estado de los EE.UU., “International Narcotics Control Strategy Report 2008” [Informe sobre la Estrategia Internacional para el Control de Estupefacientes 2008].

El gobierno de India calcula que un 10% del total de la producción es desviada hacia el mercado ilícito, aunque este porcentaje está probablemente subestimado.

TURQUÍA

A diferencia de India, Turquía es un productor de CPS, lo que supone plantas y materiales industriales en gran escala, condiciones que por lo general hacen más complicada y menos probable la desviación de la sustancia. El Departamento de Estado de los EE.UU. afirma que *“no hay en Turquía un cultivo ilícito considerable de drogas, aparte del cannabis cultivado fundamentalmente para consumo doméstico”*. El Departamento de Estado añade: *“La Junta de Granos de Turquía (TMO) controla de manera estricta el cultivo lícito de la amapola opiácea con bastante éxito, sin que aparentemente se produzcan desviaciones hacia el mercado ilícito”*.¹⁴³ La UNODC dice que, *“desde 1974 hasta el momento [2003], no se han reportado incautaciones de opio proveniente de amapolas en Turquía, ni dentro del país ni en el extranjero”*.¹⁴⁴

Cuotas de producción y satisfacción de la demanda

En cada país existen estrictos controles sobre el volumen de cultivo anual de amapola. Las cuotas por país se fijan mediante el uso de estimados oficiales de la demanda internacional, usando cifras del consumo durante los últimos dos años. Mientras a India, Turquía, Australia, España y el Reino Unido se les permite cultivar amapola destinada a la producción y exportación de opiáceos para el alivio del dolor, otros países como la República Checa, Hungría, Japón, Eslovaquia y Macedonia, por ejemplo, han sido autorizados a producir opio para su propio uso. El Consejo de Senlis ha enfatizado lo siguiente: *“...en 2002, el 77% de la producción mundial de morfina era consumido por siete países ricos: los EE.UU., el Reino Unido, Italia, Australia, Francia, España y Japón”*. Sin embargo, según las cifras oficiales, *“incluso en estos países, esta producción sólo cubría el 24% la demanda para alivio del dolor moderado a severo”*.¹⁴⁵ Existe aquí un verdadero problema en lo que concierne al

¹⁴³ Departamento de Estado de los EE.UU., *“International Narcotics Control Strategy Report 2008”* [Informe sobre la Estrategia Internacional para el Control de Estupefacientes 2008].

¹⁴⁴ Programa de la UNODC en Turquía: www.unodc.org/pdf/turkey_programme.pdf

¹⁴⁵ Citado en Pierre-Arnaud Chouvy, *“Licensing Afghanistan opium: Solution or fallacy?”* [Licencias para el cultivo de opio de Afganistán: ¿Solución o falacia?], Asia Times Online, 1 de febrero, 2006.

acceso a tratamientos del dolor por parte de países en desarrollo que no poseen una licencia para cultivar amapola.

Marco legal internacional

El sistema internacional de control mediante licencias busca permitir y regular la producción y el consumo legítimos, al mismo tiempo que prevenir la desviación de la sustancia controlada hacia el mercado ilícito para uso no médico. Los gobiernos nacionales se ocupan del otorgamiento de licencias e inspección de cultivos, producción, elaboración y comercio (incluyendo importación y exportación) de sustancias controladas, al mismo tiempo que son monitoreados por la JIFE, la cual es responsable por garantizar un equilibrio entre los requerimientos de la producción y la demanda legítimas.

Los gobiernos nacionales deben proporcionar anualmente a la JIFE estimados de la demanda de opiáceos para su confirmación, y no deben exceder estos cálculos sin una buena justificación, ni sin el conocimiento y la aceptación previos de la JIFE. La Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito (UNODC) se ocupa del monitoreo cotidiano de la situación en cada país. La JIFE no posee facultades reales de aplicación de la ley ni el recurso a sanciones punitivas en caso de violaciones a los sistemas acordados, más allá de la presión diplomática y un proceso de “*exponer a la vergüenza*” a los países infractores en sus informes anuales.

Dispositivos del marco jurídico doméstico

Cada uno de los países donde se cultiva amapola para exportación tiene sus propios marcos jurídicos con el fin de prevenir desviaciones hacia el mercado ilícito. Aunque algunos son más efectivos que otros, las únicas observaciones significativas que provienen de la evaluación de tales dispositivos, es que es considerablemente menos probable encontrar en

el mercado criminal opio obtenido con el proceso CPS, que el producido manualmente.

Reino Unido

Los agricultores no necesitan una licencia para cultivar amapola; sin embargo, la policía debe estar informada sobre la ubicación del cultivo. El Ministerio del Interior confirma que:

Aunque no otorgamos licencia a los agricultores, les expedimos un documento confirmando que estamos informados sobre el cultivo que tiene lugar en sus tierras y detallamos la ubicación. Recomendamos a cada agricultor hacer una copia de esta carta y presentarla en la estación de policía local para que ellos sepan lo que está sucediendo.

Cualquiera puede cultivar amapola porque el proceso en sí no está controlado por el Acta de 1971 sobre Abuso de Drogas, pero cualquier procesamiento de la planta para extraer opiáceos está controlado y sólo puede realizarse bajo licencia.¹⁴⁶ La amapola opiácea es cultivada y luego la compañía farmacéutica Macfarlan Smith, que posee el monopolio de las licencias para procesar amapola opiácea en el Reino Unido, cosecha y transporta los bulbos de amapola opiácea a su fábrica para procesarlos. El gobierno del Reino Unido proporciona a la JIFE estimados de su demanda por opiáceos, para recibir confirmación anual de este organismo, y debe alertar a la JIFE en caso de que se produzca algún cambio en estos requerimientos.¹⁴⁷

Tasmania

Las licencias para cultivar amapola opiácea se expiden a los agricultores sólo después de haber sido contratados (por una de las compañías

¹⁴⁶ “Hampshire – the opium poppy capital of the UK” [Hampshire – la capital del opio del Reino Unido], thisiswiltshire.co.uk, 25 de febrero de 2008.

¹⁴⁷ Respuesta del gobierno del Reino Unido a la Oficina de Comercio Justo del RU sobre las acciones emprendidas por Macfarlan Smith Limited, dictamen del Ministerio de Comercio e Industria, setiembre de 2006, cláusula 7.

autorizadas) para cultivar y distribuir su cultivo a la empresa autorizada.¹⁴⁸ Además, los agricultores deben haber obtenido una autorización de seguridad, emitida por la Policía de Tasmania, y haber proporcionado un plano detallado del lugar de cultivo. El enfoque australiano sobre seguridad, el cual consta de cuatro elementos, comprende la industria, el gobierno y la comunidad rural, e incluye: Evaluación de propiedades por los funcionarios de campo de la Junta de Asesoría y Control de Amapola (PACB, siglas en inglés), junto con la verificación de antecedentes de los agricultores por parte de la Policía de Tasmania al momento de otorgar la licencia; vigilancia general y reporte por parte de los cultivadores, operarios de cosecha y funcionarios de campo de la compañía sobre cualquier actividad sospechosa; investigación de robos, detención y procesamiento de infractores, y acciones de inteligencia a cargo del Destacamento Especial de la Oficina de Drogas de la Policía de Tasmania; y coordinación de acciones de seguridad a cargo de la PACB.¹⁴⁹

India

La Oficina Central de Estupefacientes (CBN, siglas en inglés) concede licencias a agricultores elegibles en tres estados –Madhya, Rajastán y Uttar Pradesh. Las licencias se expiden anualmente y son válidas por una campaña agrícola anual, que empieza el 1 de octubre y termina el 30 de septiembre del año siguiente. La CBN expide licencias a los agricultores elegibles para realizar cultivos lícitos en estos territorios en octubre de cada año. A los agricultores se les exige que oferten toda su producción al gobierno. A tal efecto, el gobierno central fija una Producción Mínima Calificada que consiste en determinado número de kilos de opio por hectárea.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Portal web de la Junta de Asesoría y Control de la Amapola (parte del Ministerio de Justicia de Tasmania) – “convirtiéndose en cultivador”.

¹⁴⁹ Portal web de la Junta de Asesoría y Control de la Amapola (parte del Ministerio de Justicia de Tasmania) – “temas de seguridad”.

¹⁵⁰ Portal web de la Oficina Central de Estupefacientes de la India – www.cbn.nic.in/html/operationscbn.htm.

Turquía

La Junta de Granos de Turquía (TMO) otorga licencias a los agricultores una vez que el gobierno ha establecido la extensión de terreno que debe destinarse a la producción de amapola opiácea, y designado las provincias y distritos donde debe cultivarse ésta. El área cultivada promedio por licenciatario es de aproximadamente 0.4 hectáreas, en comparación con 0.2 hectáreas en India y aproximadamente 100 hectáreas en Australia. En 2001 hubo sólo cinco provincias en las cuales se cultivó amapola opiácea lícitamente, en comparación con 13 en el año 1933; el límite se redujo con el fin de administrar la escala de producción. La oficina local distrital de la TMO monitorea el cultivo de amapola opiácea en cada área, para prevenir la desviación de esta sustancia hacia el mercado ilícito.¹⁵¹

Discusión: ¿Potencial de expansión hacia la producción para un mayor consumo con prescripción o explícitamente para fines no médicos?

Evidentemente, la producción expandida de opio y productos derivados dentro del marco existente resulta tanto factible como no problemática. Incluso con las presiones económicas existentes por parte de la demanda ilícita, tanto la producción legal como el tránsito de opio en bruto y de productos opiáceos farmacéuticos procesados, se efectúan actualmente a gran escala sin problemas significativos de seguridad o desviación al mercado ilegal.

Es probable que la expansión del uso de opiáceos legalmente regulados se efectúe inicialmente dentro de los modelos existentes de prescripción médica – de hecho, este proceso ya está en marcha, aunque de manera lenta. Los cambios más significativos de una producción ilícita hacia una lícita (ya sea a través de una expansión más sustancial de modelos de prescripción médica, o de alguna otra forma apropiada de ventas

¹⁵¹ D. Mansfield, “*An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey*” [Un Análisis del Cultivo Lícito de Amapola: India y Turquía], Oficina de Asuntos Exteriores y de la Mancomunidad del Reino Unido, 2001, página 13.

autorizadas; véase: página 29) se producirán gradualmente a lo largo de varios años, y teniendo en cuenta un período de transición razonable, durante el cual podría desarrollarse o expandirse la infraestructura pertinente de regulación y aplicación de la ley, teniendo así la capacidad de responder a cualquier reto que surja.

En la medida en que este proceso gradual continúe, la demanda de productos ilícitos se reducirá proporcionalmente y, con ella, disminuirá la oportunidad de que operen los incentivos económicos para la desviación o la producción ilícita. Ello plantea temas de desarrollo potencialmente significativos para Afganistán, que en la actualidad produce aproximadamente el 93% del opio ilícito del mundo, el cual aporta más de la mitad de su PIB.¹⁵²

Cultivo legal de coca/producción de cocaína

Tanto la hoja de coca como su contenido activo, la cocaína, están sujetos a estrictos controles bajo la Convención

Única de la ONU de 1961 sobre Estupeficientes, de manera similar al opio y los productos farmacéuticos hechos a base de opio.¹⁵³ En ambos casos la producción es legal pero, en comparación con la producción de opio, la de coca se da en una escala mucho menor y existe un mucho menos información pública disponible – de hecho, todo el proceso está envuelto en un velo de silencio.

Varios productos de baja potencia elaborados a base de coca, incluyendo el masticado tradicional de la hoja de coca y la infusión de la hoja, al igual que muchas otras preparaciones, incluyendo alimentos



Infusión (mate) tradicional de coca

¹⁵² “En Afganistán, el valor total de las exportaciones de opio y heroína que se trafican con los países vecinos en 2007 es de US\$ 4 mil millones, un incremento del 29% sobre 2006. Ello significa que el opio representa más de la mitad (53%) del PIB lícito del país”, UNODC, “*Afghanistan: Opium Survey 2007*” [Afganistán: Estudio sobre Opio 2007], octubre de 2007, página iii.

¹⁵³ Convención Única de la ONU sobre Estupeficientes (1961), Artículos 23.2.d y 26.

y medicinas tradicionales, existen en un ámbito jurídicamente confuso que continúa siendo materia de continuos debates entre las agencias contra las drogas de la ONU, por un lado, y Bolivia y el Perú, por el otro.

Hojas de coca como agente saborizante

La Convención de 1961 permite específicamente el procesamiento de hojas de coca, a las cuales se ha extraído el ingrediente activo cocaína, para ser empleadas como saborizante.¹⁵⁴ El principal cliente para este saborizante es la epónima *Coca-Cola Company*, la cual a todas luces sigue siendo hermética respecto a sus ingredientes, aunque admite que se usa “*esencia de saborizante de la hoja de coca a la cual se ha extraído la cocaína*”. En el caso de Coca-Cola, las hojas de coca son compradas por el conglomerado estadounidense *Stepan Chemicals Company* a proveedores sudamericanos. En la década de 1990, esta compañía importaba y procesaba anualmente 175 toneladas de hojas de coca con destino a los EE.UU., siendo la única compañía que contaba con una licencia federal para este fin (expedida por la Agencia de Lucha Contra las Drogas, DEA – siglas en inglés –, del Gobierno de los EE.UU.). La separación de la cocaína y el saborizante supone un proceso bastante elaborado, en el cual la hoja es “*pulverizada, mezclada con aserrín, remojada en bicarbonato de soda, filtrada con tolueno, tratada con chorro de vapor, mezclada con nuez de cola en polvo, y finalmente pasteurizada*”.¹⁵⁵ Una vez extraído el ingrediente activo (cocaína), el producto es enviado a la *Coca-Cola Company*. Sigue siendo un misterio tanto la cantidad como el destino de la cocaína producida con fines médicos (de 175 toneladas de hoja de coca se obtendría al menos una tonelada de cocaína), pero es de suponer que ésta también sea administrada por la DEA.

Una serie de marcas menores de otros productos usan también saborizantes de coca, muchas de ellas (a diferencia de Coca-Cola) destacando explícitamente el mercadeo de sus productos alrededor de la hoja de

¹⁵⁴ Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes (1961), Artículo 27.2.5.

¹⁵⁵ “*The Legal Importation of Coca Leaf*” [La Importación Legal de la Hoja de Coca], University of Illinois, módulo de clase 9.3, 1999.

coca como ingrediente,¹⁵⁶ pese a que sus bebidas no tienen un contenido activo derivado de la coca. Éstas incluyen a Red Bull Cola (en el Reino Unido), Kdrink, Kokkawine y Agwa (un licor de hoja de coca).¹⁵⁷ Red Bull Cola afirma que obtiene su saborizante de coca a la cual se extrae la cocaína, proviniendo la hoja de Bolivia, el Perú y Colombia. La compañía confirma también que la cocaína extraída de las hojas es transferida a las compañías farmacéuticas pertinentes para ser usada con “*finés médicos*”, y que las diversas etapas del proceso son monitoreadas por entidades de salud en los países respectivos y autorizadas por las agencias de la ONU.¹⁵⁸

Productos farmacéuticos hechos a base de cocaína

Hay relativamente escasa información de dominio público respecto a la producción y consumo de cocaína farmacéutica con fines médicos. No existen cifras sobre el saldo de la producción mundial (del proceso de extracción de cocaína para producir saborizantes hechos a base de hojas de coca), o sobre la demanda, ni si se produce alguna desviación hacia el mercado ilícito en algún punto del proceso de producción de coca/cocaína.

En la práctica, la cocaína en la actualidad tiene relativamente pocas aplicaciones médicas corrientes.¹⁵⁹ Su antigua función como anestésico ha sido progresivamente reemplazada por nuevas y más efectivas alternativas de origen sintético, incluyendo la *Novocaína*, *Lidocaína* y *Xilocaina*. Sin embargo, la cocaína sigue siendo un medicamento autorizado en muchos países, incluyendo los EE.UU., donde está incluida en la Lista II (alto riesgo, ciertos usos médicos, fuertemente restringida), y en el Reino Unido donde, en teoría, también puede ser recetada

¹⁵⁶ A diferencia de Coca-Cola, la cual probablemente prescindiría de este ingrediente si su inclusión en descripciones del producto a fines del siglo pasado no tuviera implicancias comerciales. Pepsi y la mayoría de las otras marcas de bebidas no incluyen la coca en particular como ingrediente.

¹⁵⁷ www.redbullcola.com; www.kdrink.com; www.kokkawine.com; www.agwabuzz.com.

¹⁵⁸ Correspondencia de Transform con Red Bull, diciembre 2008.

¹⁵⁹ Sigue siendo muy difundido en Sudamérica el uso de preparaciones de coca en diversos formatos como medicina tradicional.

a consumidores dependientes¹⁶⁰ bajo el mismo sistema que los modelos más conocidos de tratamiento de mantenimiento con heroína, dispensada con receta médica.

Según la Convención Única de 1961, se espera que los países que producen legalmente coca y cocaína hayan establecido una agencia para controlar y supervisar el cultivo de coca y la producción de cocaína. El Perú ha establecido tal agencia, aunque resulta discutible determinar si funciona en la forma que las convenciones estipulan – la Empresa Nacional de la Coca (ENACO)¹⁶¹ opera como un monopolio del Estado autorizado para exportar hojas de coca a los EE.UU., pero también produce y promociona una gama de productos de coca, incluyendo el mate de coca. Asimismo, el Perú produce una pequeña cantidad de cocaína en bruto (sin refinar) para ser exportada a otros países para elaborar cocaína con fines médicos.¹⁶² Similarmente, Bolivia tiene también una agencia para el monitoreo de la producción y comercio de coca – Dirección General de Control y Fiscalización de la Coca (DIGECO).

Mate de coca, hoja de coca y otros productos de coca

La producción, exportación y distribución de mate de coca y hoja de coca son vistas por la JIFE como ilegales, según la Convención de 1961; tal postura ha sido enérgicamente enfatizada nuevamente en su Informe Anual de 2007¹⁶³ (publicado en marzo de 2008). Tal declaración causó, comprensiblemente, indignación en Bolivia y el Perú, donde el masticado de hoja de coca es una tradición arraigada entre los grupos indígenas, y donde el mate de coca es ampliamente consumido por todos los grupos sociales y económicos, y es tan accesible como el café y el té. El masticado tradicional de hoja de coca se ha convertido gradualmente en un tema político álgido en el ámbito internacional, debido a que las

¹⁶⁰ Sin embargo, hay pocos (si acaso alguno) ejemplos documentados de tal prescripción.

¹⁶¹ ENACO website: www.enaco.com.pe

¹⁶² Comunicación entre Transform y la JIFE, marzo 2008.

¹⁶³ “La Junta hace un nuevo llamado a los gobiernos de Bolivia y del Perú para que consideren enmendar su legislación doméstica para abolir o prohibir actividades que resultan contrarias a la Convención de 1961, como el masticado de hojas de coca y la fabricación de mate de coca (té de coca) y otros productos que contienen alcaloides de coca para consumo doméstico y para exportación”.

INCB Annual Report 2007 (publicado en marzo de 2008), página 37.

arraigadas prácticas indígenas tradicionales y culturales se han visto enfrentadas a las prerrogativas de gobiernos occidentales decididos a erradicar la fuente de producción ilícita de cocaína, que existen paralelamente a fuentes de suministro de hoja de coca para uso tradicional. El argumento histórico presentado en el seno de la ONU para prohibir el consumo tradicional, consiste esencialmente en que la coca es considerada una sustancia adictiva; tal visión se remite al dictamen del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el cual concluyó en 1952 y 1954 que el masticado de hojas de coca debe considerarse como cierta forma de adicción a la cocaína.¹⁶⁴ Sin embargo, un estudio más reciente sobre el consumo mundial de cocaína, realizado por la OMS/Instituto Interregional de la ONU para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI), encontró que *“el uso de hojas de coca parece no tener efectos negativos sobre la salud, y posee en cambio funciones terapéuticas, sagradas y sociales para la poblaciones indígenas de los Andes.”*

Este estudio de cuatro años de duración concluido en 1995 fue el más exhaustivo y detallado que se haya emprendido jamás sobre el consumo mundial de coca y cocaína; reúne información sobre 22 ciudades en 19 países y en cinco continentes, analizando el consumo de coca y cocaína y sus impactos sobre las comunidades. En marzo de 1995, a través de una nota de prensa, OMS/UNICRI anunciaron que la publicación aparecería en breve, y ofrecieron un resumen de los hallazgos clave. Poco después de este anuncio, el representante de los EE.UU. cuestionó los datos del informe ante la Asamblea Mundial de la Salud y amenazó con que los EE.UU. retirarían su financiamiento a la OMS si ésta no se desvinculaba del informe. Hasta la fecha, el documento nunca ha sido oficialmente publicado, aunque las secciones relevantes fueron posteriormente filtradas y están disponibles en Internet.¹⁶⁵

En la Convención de la ONU de 1961, de la cual el Perú y Bolivia son

¹⁶⁴ Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 57, marzo 1952, sección 62, página 10; y No. 76, marzo 1954, Sección 6, página 10.

¹⁶⁵ OMS/UNICRI, informe *“The Cocaine Project”* [El Proyecto Cocaína], 1995, página 16 (para revisar el documento en su totalidad, consultar: www.tdpf.org.uk/WHOLEaked.pdf).

signatarios, se dice que el uso tradicional de coca debería ser eliminado al cabo de 25 años. Dado que la convención entró en vigor en 1964, tal plazo expiró en 1989. Confusamente, el tema sobre el uso tradicional de coca fue tratado de manera ambigua en la Convención de 1988, la cual planteaba que “*las medidas adoptadas respetarán los derechos humanos básicos y tendrán debidamente en cuenta el consumo tradicional...*”,¹⁶⁶ y se han suscitado inquietudes adicionales en el sentido de que tales prohibiciones violarían la protección a las culturas indígenas consagrada en la Convención de la ONU de 1957 sobre Poblaciones Indígenas y Tribales. La JIFE se encuentra en cierto modo aislada en su visión rígida de la Convención de 1961; en abril de 2008, el Parlamento Europeo hizo un llamado a explorar el “*consumo seguro*” de ciertos productos elaborados a base de coca (mate de coca, etc.).¹⁶⁷

Actualmente, cuatro países (Bolivia, el Perú, Argentina y Colombia) mantienen una legislación que permite cierto tipo de protección para el consumo tradicional, en distintos grados. Bolivia y el Perú permiten el cultivo de la hoja de coca para este fin, restringiéndolo a cierto número de hectáreas. Argentina permite a sus ciudadanos tener hojas para el masticado, tal como Colombia y Chile también lo hacen para su población indígena.

Existen problemas significativos para los mercados legales y cuasi legales para productos elaborados a base de coca, en la medida en que éstos luchan para competir con la producción ilegal, que alimenta el comercio también ilegal de cocaína. ENACO afirmaba haber pagado en 2006 a sus agricultores US\$ 1.4 por cada kilo de hoja de coca, mientras el precio en el mercado ilícito era de US \$4.¹⁶⁸ Resulta interesante la aparición de un mercado fantasma que ofrece a los agricultores precios incluso más altos por la hoja de coca que los pagados por los productores de cocaína; esta coca –destinada a un mercado especializado que busca

¹⁶⁶ Convención de la ONU Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988), Artículo 14, cláusula 2.

¹⁶⁷ “*The role of civil society in drugs policy in the European Union*” [El papel de la sociedad civil en políticas sobre drogas en la Unión Europea], Sección 39, 2008.

¹⁶⁸ Lasso, “*South America: The business of legal coca*” [Sudamérica: El negocio de la coca legal], 2006.

la hoja de la más alta calidad – no se emplea para producir cocaína, sino para un consumo tradicional, y elude por completo a ENACO.

El actual Jefe de Gobierno en Bolivia es un ex-agricultor cocalero, Evo Morales, quien está fomentando activamente la elaboración de productos tradicionales hechos a base de coca, como mate de coca, harina e incluso pasta dentífrica. En 2006, Morales hizo un llamado ante la Asamblea General de la ONU para acabar con la criminalización de la hoja de coca, reiterando en 2009 este pedido ante la Comisión de Estupefacientes, en un discurso que culminó cuando él se puso a masticar hojas de coca en el estrado de los expositores. En julio de 2009, la propuesta boliviana para enmendar la Convención de 1961 y eliminar la referencia al masticado de la hoja de coca, fue oficialmente aceptada para ser considerada por ECOSOC.¹⁶⁹

Discusión

La producción legal de la hoja coca para consumirla en su forma natural, en productos ligeramente procesados o como cocaína farmacéutica, no plantea per se problemas significativos. Los productos de coca de baja potencia (la hoja y el mate) no requieren más controles que productos equivalentes como el café, dado que el procesamiento de la hoja de coca para la obtención de cocaína farmacéutica tendría lugar a un nivel industrial en el cual cualquier aspecto de seguridad y regulación del producto operaría dentro de modelos bien establecidos. Los temas clave en cualquier sistema de este tipo son aquellos que ya hemos visto en regiones productoras de coca: las tensiones y presiones económicas potencialmente desestabilizadoras, creadas por algún remanente del mercado ilícito paralelo.

Regular la producción legal de hoja de coca de acuerdo a lineamientos establecidos de comercio justo – precios garantizados, combinados con una gama de otras protecciones sociales y ambientales (para

¹⁶⁹ Análisis detallado disponible en el portal web del Instituto Transnacional, www.ungassondrugs.org

agricultores de café, cacao, azúcar, etc.) contribuiría de alguna manera a corregir estos problemas. Además, al igual que con el opio y el cannabis, dichos problemas disminuirían progresivamente con la reducción de la demanda por el suministro ilícito, en la medida en que el mercado mundial se reorienta hacia la regulación legal de la producción y el suministro. Durante este periodo de transición podrían surgir problemas específicos de comercialización y desarrollo, incluyendo la posibilidad de que las agencias antidrogas de la ONU otorguen licencias para la producción de coca a un limitado número de países (por ejemplo, limitándola a países andinos), o para que Estados individuales empiecen a cultivar coca para sus mercados nacionales (consultar: [4.5 Impactos sociales, políticos y económicos más amplios](#), página 102).

Producción legal de cannabis

Al considerar cómo debería ser regulada la producción de cannabis en el futuro, contamos con un considerable conjunto de experiencias pasadas a las cuales recurrir. Éstas incluyen la regulación legal de la producción de cannabis para una variedad de propósitos (principalmente para distintos usos con fines médicos y preparaciones pero también, en menor grado, para una regulación de la producción industrial de cáñamo y para ciertos usos religiosos/sacramentales) en diversos países y durante varias décadas. Los desafíos y problemas planteados por estos modelos existentes brindan claros indicios de cómo pueden evolucionar los modelos de licencias para producción de cannabis para uso no médico, cuando los entornos político y legislativo así lo permiten.

El cannabis ocupa un lugar único dentro de la cultura y la política contemporáneas sobre las drogas, siendo la droga ilegal más consumida a nivel mundial por un considerable margen,¹⁷⁰ así como la droga producida a partir de una planta¹⁷¹ que puede ser consumida en estado natural

¹⁷⁰ La ONUDD calcula que aproximadamente 160 millones de personas usan cannabis anualmente – 3,8% de la población mundial entre los 15 y 64 años. “*UNODC Annual Report 2008*” [Informe Anual de la UNODC], página 10.

¹⁷¹ Contiene una serie de sustancias activas, siendo las más importantes el THC y el CBD.

sin requerir aquellos significativos niveles de procesamiento asociados, por ejemplo, con la heroína o la cocaína. Los temas de control regulatorio se complican también debido al hecho de que la planta misma es extraordinariamente fácil de cultivar en una diversidad de condiciones ambientales. La combinación de estos factores con la considerable y creciente demanda de la droga (que durante las últimas cuatro décadas se expandió a ritmo constante en Occidente, pero que ahora muestra signos de haberse detenido o, incluso de haber decrecido¹⁷²) implica que la regulación de la producción, suministro y consumo de cannabis han presentado un desafío imposible de superar desde la perspectiva de quienes tienen a su cargo el cumplimiento de la prohibición; en tanto que la producción, suministro y disponibilidad de la sustancia ilícita superaron con creces el ritmo de la demanda.

Muy al margen de la insalvable y aparentemente interminable pesadilla que ello representa para la aplicación de la ley (las cifras disponibles más recientes datan del año 2003, cuando se estimaba que el mercado ilícito de venta al por menor de cannabis alcanzaba los US\$ 113 mil millones¹⁷³) la ausencia casi total de medios para la regulación del mercado implica que la producción a gran escala no sólo está en manos de agricultores que no cuentan con licencias, exentos del pago de impuestos y ajenos a un monitoreo sobre impacto ambiental, sino que el producto en sí mismo no está sujeto a control alguno, de manera que no puede medirse o controlarse su concentración/potencia,¹⁷⁴ y que no hay capacidad por parte de las agencias pertinentes para intervenir en relación a temas de control de calidad, como el aspecto de la contaminación.¹⁷⁵

172 “La producción y el consumo de cannabis se estabilizaron por primera vez durante la década pasada” – “*UNODC Annual Report 2008*” [Informe Anual de la UNODC 2008], página 10.

173 “*UNODC World Drug Report 2005*” [Informe Mundial de UNODC sobre Drogas 2005], página 127.

174 Incluyendo la potencia relativa del THC y del CBD, la cual puede tener influencia sobre la prevalencia de algunos efectos negativos colaterales de la intoxicación con cannabis, incluyendo síntomas/episodios de psicosis.

175 Consultar por ejemplo: el *New England Journal of Medicine*, “*Poisoning Due to Adulterated Marijuana*” [Envenenamiento debido a marihuana adulterada], 10 de abril de 2008.

Producción legal de cannabis para uso médico

El modelo contemporáneo más útil para la producción de cannabis es aquel destinado a usos médicos, ya sea procesando la planta o usándola en forma natural.

Productos médicos procesados hechos en base a cannabis

La compañía *GW Pharmaceuticals*, establecida en el Reino Unido, produce Sativex, el primer producto farmacéutico del mundo con prescripción médica (estandarizado en su composición, formulación y dosis) derivado de la planta de cannabis. Éste difiere de productos sintéticos similares (véase más abajo) en que se deriva directamente de la fuente botánica, y que contiene dos ingredientes activos de la planta de cannabis, THC y CBD (existe una gama de diferentes formulaciones). El cultivo de la planta de cannabis empleada para hacer este producto opera bajo una licencia especial otorgada por el Ministerio del Interior del Reino Unido (tal como lo permite la sección 7 del Acta de 1971 sobre el Abuso de Drogas). Estas licencias permiten a la compañía investigar y desarrollar medicamentos de venta con prescripción médica que contienen cannabinoides, como es el caso de Sativex. Según *GW Pharmaceuticals*, las plantas de cannabis se cultivan “*en invernaderos seguros y en condiciones controladas por computadoras*”, lo cual permite seguir los “*Estrictos Procedimientos Operativos Estándar*”, “*para asegurar que no haya contaminación por químicos, infestación o crecimiento de hongos; garantizar consistencia del contenido, métodos de cosecha, secado, extracción primaria, almacenamiento y entrega*”. El cultivo tiene lugar en un lugar secreto en el sur de Inglaterra.

Es interesante advertir que actualmente existen otras dos drogas con prescripción médica elaboradas en base a componentes de la planta de cannabis. La primera es el dronabinol (comercializado como Marinol), el cual contiene el principal componente activo del cannabis:

tetrahidrocannabinol (THC), pero que es producido de forma totalmente sintética. En 1986, en los EE.UU, el Marinol pasó de la Lista 1 (usos no terapéuticos – la lista en la que permanece el cannabis/marihuana) a la Lista 2, permitiendo que pueda ser recetado en forma de cápsulas de gel aceitosas, aunque bajo condiciones muy estrictas. Asimismo, en 1991 la Comisión de Estupefacientes de la ONU trasladó el THC y sus estereoisómeros (variantes químicas) de la Lista 1 (sin valor terapéutico) a la Lista 2 de la ONU (valor terapéutico restringido), liberando al Marinol de las severísimas restricciones impuestas por el Artículo 7 de la Convención de la ONU de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. En 1999, el Marinol fue trasladado una vez más entre las Listas vigentes en los EE.UU., esta vez a la Lista 3.¹⁷⁶ Tres años más tarde, en su 33.ª reunión en 2002, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia recomendó pasar el THC a la Lista IV de la Convención de 1971 (la lista con controles menos estrictos), citando sus usos médicos y su bajo potencial de abuso. El comité de expertos reconsideró después esta recomendación en 2006,¹⁷⁷ recomendando que se le traslade únicamente a la Lista 3. En particular, los expertos consideraban que *“el Dronabinol es el principio activo central del cannabis, y tiene efectos similares sobre el humor, la percepción y el sistema cardiovascular”*.¹⁷⁸

La otra droga elaborada en base a cannabinoides es el Nabilone, el cual es producido sintéticamente y reproduce los efectos del THC, aparentemente con menores efectos colaterales, en particular, la euforia asociada al THC.

¹⁷⁶ Según una cronología presentada por J. Gettman – este cambio se realizó “en respuesta a una solicitud planteada por el fabricante el 3 de febrero de 1995”. Se puede consultar virtualmente el dato en: www.drugscience.org/lib/bib_tl.

¹⁷⁷ *“WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirty fourth report”* [Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Trigésimo cuarto informe], página 10 (2.1.1).

¹⁷⁸ Ha habido ciertas discusiones de alto nivel en algunos países para tratar de colocar el cannabis nuevamente en la Lista 1 de la ONU; particularmente, a principios de 2008 se debatió a nivel parlamentario en los Países Bajos el abordaje del ambiguo estatus legal de políticas de los países en relación al cannabis. Tal decisión aún no se ha discutido seriamente a nivel de la ONU en la Comisión de Estupefacientes.

Productos médicos elaborados con cannabis sin procesar o en forma natural

El uso de cannabis en hierba para una gama de usos médicos está bien establecido y cuenta con un importante respaldo por parte de un amplio espectro de la comunidad médica y científica.¹⁷⁹ En el mundo médico sigue siendo un tema controversial porque, a diferencia de casi todas las otras drogas, el cannabis se consume en su forma natural (considerado como un “*turbio*” cóctel de sustancias activas), porque a menudo se fuma (pese a que puede ser consumido con un vaporizador o comido en una variedad de preparaciones), y porque no ha sido estandarizado con el rigor aplicado a otras drogas para una potencial prescripción médica.

Asimismo, existen cuestiones de orden ético con respecto a potenciales efectos colaterales, en particular aquellos que son placenteros, y preocupaciones sobre la desviación de la sustancia hacia usos no médicos. Sin embargo, existe provisión de cannabis medicinal en su forma natural en diversas presentaciones, y ello brinda algunos indicios útiles sobre cómo puedan operar en el futuro los posibles modelos de producción con fines no médicos.

Producción legal en los EE.UU

Podría decirse que la producción, suministro y consumo de cannabis con fines médicos son más controvertidos en el ámbito político estadounidense (en comparación, por ejemplo, al consumo de la Hierba de San Juan como antidepresivo, la cual carece de cualquier uso paralelo no médico/recreacional), en la medida en que el asunto se ha entrelazado inexorablemente con el discurso político y cultural más amplio sobre el consumo de cannabis no médico, y con la legislación relacionada. El tema, sin embargo, se ha visto forzado debido a la ampliamente reportada eficacia del cannabis en su forma natural, en relación a drogas estándar prescritas para gran número de enfermos crónicos que

179 “Supporting Research into the Therapeutic Role of Marijuana: A Position Paper of the American College of Physicians” [Investigación en Apoyo a la Función Terapéutica de la Marihuana: Un Documento de Opinión del Colegio Médico Estadounidense], enero de 2008.

no coinciden con el estereotipo de consumidores de drogas. En la actualidad, 13 estados permiten ahora el uso de cannabis con fines médicos: Alaska, California, Colorado, Hawaii, Maine, Maryland, Montana, Nevada, Nuevo México, Oregón, Rhode Island, Vermont y Washington.

Existe actualmente un conflicto entre los gobiernos estatal y federal. Los estados individuales, ejerciendo lo que consideran como su derecho de permitir la producción, suministro y consumo de cannabis con fines médicos, se han enfrentado reiteradas veces con el gobierno federal, el cual insiste en que el cannabis no posee valor terapéutico en tanto es una droga incluida la Lista 1, bajo la ley de los EE.UU. Como resultado, se han producido una serie de desagradables incidentes involucrando a las fuerzas del orden, en los cuales la policía federal bloquea la producción con fines médicos y cierra dispensarios que han sido oficialmente autorizados por el gobierno estatal. Extrañamente, el propio gobierno federal de los EE.UU. produce y suministra cannabis con fines médicos a consumidores de la sustancia, quienes reciben mensualmente remesas de cigarrillos de marihuana pre-enrollados.

Al momento de redactar este documento, sobreviven apenas cuatro participantes del programa de Investigación de Nuevas Drogas con Fines Compasivos (IND, siglas en inglés) dirigidos por la Agencia de Drogas y Alimentos (FDA, siglas en inglés). Estos pacientes han recibido cannabis medicinal por períodos que van de 11 a 27 años. El cannabis es cultivado en la Universidad de Mississippi, bajo los auspicios del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, siglas en inglés), y luego es enviado al Instituto Triángulo de Investigaciones en Carolina del Norte, donde se le tritura y enrolla en máquinas modificadas, originalmente creadas para enrollar cigarrillos de tabaco; los pitillos son luego almacenados, parcialmente deshidratados y congelados. Los cigarrillos de marihuana son distribuidos mensualmente a cada uno de los usuarios.

Producción legal de cannabis en Canadá

Una situación similar se ha desarrollado en Canadá donde, en 2001, se legalizó el uso medicinal del cannabis mediante la División de Acceso a Marihuana Medicinal del Ministerio de Salud de Canadá, en circunstancias restringidas.¹⁸⁰ Según sus Regulaciones de Acceso a la Marihuana Medicinal, las personas pueden obtener licencias para producir su propio suministro de cannabis, u otra persona designada puede recibir tal licencia para cultivarla en su nombre. En el año 2000 el departamento de salud canadiense, Health Canada, contrató a Prairie Plant Systems para cultivar cannabis, en representación del gobierno federal, en una mina subterránea en Flin Flon Manitoba con propósitos de investigación; en 2003, se le encomendó además distribuir cannabis entre el creciente número de consumidores medicados que figuraban en el programa de gobierno.¹⁸¹ Health Canada señala que:¹⁸²

Según los términos del contrato original y válido por 5 años que PPS firmó con Health Canada, la compañía:

- * *Estableció y operó un establecimiento para el cultivo, procesamiento, fabricación y almacenamiento de marihuana;*
- * *Realizó pruebas de laboratorio y control de calidad de la marihuana a lo largo del ciclo de vida del producto;*
- * *Fabricó, empaquetó, etiquetó y almacenó marihuana;*
- * *Cumplió con los requisitos del Acta de Drogas y Sustancias Controladas, incluyendo estrictas medidas de seguridad y de condiciones físicas;*
- * *Distribuyó marihuana a pacientes e investigadores.*

¹⁸⁰ Portal web de Health Canada: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/prairie_e.

¹⁸¹ Portal web de la División de Acceso a Marihuana Medicinal del Ministerio de Salud de Canadá: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index_e.

¹⁸² Se han suscitado preocupaciones acerca de la calidad del cannabis producido en Flin Flon; véase: “Open Letter of Concern for the Health and Safety of Canada’s Medicinal Cannabis Community” [Carta Abierta de Preocupación por la Salud y la Seguridad de la Comunidad de Cannabis Medicinal en Canadá], Canadians for Safe Access.

Junto con los aproximadamente 600 usuarios de cannabis de Systems Plant Prairie, hay más de 11,000 usuarios de “clubes compasivos” en Canadá.¹⁸³ Estos clubes actúan como dispensarios de cannabis medicinal, suministrando cannabis para uso terapéutico, siguiendo una recomendación o confirmación válida de diagnóstico, emitida por un profesional médico licenciado.¹⁸⁴ Aunque el Comité Especial del Senado sobre Drogas Ilegales¹⁸⁵ y otras instancias del gobierno han recomendado que dichas organizaciones reciban licencias y reconocimiento legal, en la actualidad éstas operan sin autorización legal.

Actualmente, estos grupos se auto-regulan. Ellos establecen estándares claramente definidos, incluyendo exigencias para ofrecer una diversidad de cepas de marihuana, y prácticas de cultivo sin empleo de fertilizantes químicos – los cuales potencialmente conllevan el riesgo de contaminación con metales pesados – pesticidas o fungicidas. Asimismo, quienes se dedican a este cultivo tienen que proteger el cannabis contra la levadura, el moho y hongos. Los clubes realizan sus propias pruebas independientes para identificar la presencia de contaminantes y determinar la potencia del producto.

Producción de cannabis en los Países Bajos

La producción de cannabis en los Países Bajos existe dentro de una extraña y ambigua laguna legal generada por la confrontación entre la política *de facto* de descriminalización en el país para el consumo personal y ventas con licencia (a través del sistema de “cafés”; véase: página 29), y sus compromisos relacionados al tratado sobre drogas de

¹⁸³ Lucas, “*Regulating compassion: an overview of Canada’s federal medical cannabis policy and practice*” [Regulando la compasión: una visión general de políticas y prácticas federales sobre cannabis medicinal en Canadá], *Harm Reduction Journal* 2008, 5:5, página 9.

¹⁸⁴ Capler, Lucas, “*Guidelines for Community-Based Distribution of Medical Cannabis in Canada*” [Lineamientos para Distribución de Base Comunitaria de Cannabis Medicinal en Canadá], mayo de 2006, página 4.

¹⁸⁵ “*Measures should be taken to support and encourage the development of alternative practices, such as the establishment of compassion clubs*” [Deben tomarse medidas para apoyar y estimular el desarrollo de prácticas alternativas, como el establecimiento de clubes compasivos]—Nolin, Kenny, “*Cannabis: our position for a Canadian public policy. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs*” [Cannabis: nuestra postura para una política pública canadiense. Informe del Comité Especial del Senado sobre Drogas Ilegales], Informe Resumen, setiembre de 2002, página 20.

la ONU, el cual plantea una estricta prohibición sobre la producción. Aunque es tolerado el cultivo a pequeña escala para consumo personal (al igual que en el resto de Europa), no está permitida la producción o importación a gran escala para aprovisionar a los cafés y, en los últimos años, estas actividades han sido el objetivo de crecientes esfuerzos de aplicación de la ley. En décadas anteriores, organizaciones delictivas holandesas estuvieron involucradas más estrechamente en el tráfico europeo e internacional de cannabis, pero un impulso hacia la aplicación de la ley a fines de la década de 1990 desarticuló en gran medida esta actividad, coincidiendo con la expansión de la producción ilícita doméstica, tanto en los Países Bajos como en otros lugares.

La producción nacional de cannabis en forma de hierba constituye hoy en día el 75-80% de la venta en los cafés y, aunque no está regulada en términos de potencia y contaminación del producto, por lo general se le considera de buena calidad. Aunque no hay información fidedigna disponible, se cree que un porcentaje considerable de la producción doméstica holandesa es todavía destinado a la exportación hacia países vecinos. Se dice que el cannabis exportado es de menor calidad y, por lo tanto, no es aceptado por los cafés – éste es suministrado como un producto sellado al vacío, cuyo volumen es incrementado con otras sustancias. La mayor parte del cannabis en forma de hachís/resina en los cafés se importa todavía de Marruecos, a través de rutas ilícitas establecidas.

Uso tradicional de cannabis en la India

El cannabis (también conocido en la India como ganja o bhang) ha sido usado en ese país por muchos siglos. Está asociado con uno de los principales dioses hindúes –Shiva - y es también usado abiertamente durante festivales tradicionales anuales, el más común de los cuales es el festival primaveral de Holi. Hasta la firma de la Convención sobre Drogas de la ONU por parte de la India en 1961, la venta de bhang era controlada

por el gobierno, el cual administraba el comercio de drogas mediante licencias para la venta y la recaudación de impuestos. Las tiendas gubernamentales de *bhang* eran, y en algunos casos todavía son, prevalentes en muchos lugares a lo largo del país.

Al igual que muchos otros países donde ocurría lo que se describe como “*uso tradicional*” de drogas incluidas en la lista de sustancias controladas, en cumplimiento de la Convención Única de 1961, la India estaba obligada a poner fin al consumo de dichas sustancias en un plazo de 25 años.

De forma parecida al uso tradicional de la hoja de coca en los Andes, quizá para sorpresa de pocos, tal erradicación no ha tenido lugar (tal vez el plazo de 25 años representaba una señal de la improbabilidad de que la medida funcionase jamás). Aún hay tiendas gubernamentales “*oficiales*” de *bhang* en algunas ciudades, como Varanasi y Puri (y otras a través del estado de Rajastán), y el *bhang* todavía sigue siendo ampliamente usado durante festivales religiosos, y con mayor regularidad por un pequeño número de santones o ascetas. El uso recreacional de *bhang* por turistas occidentales no es inusual. La producción de *bhang*, el cual posee una potencia relativamente baja y por lo general es ingerido como comida o bebida, está esencialmente no regulado, operando en gran medida a la manera de la producción de hierbas y especias.



Una tienda tradicional de cannabis “autorizada por el gobierno” en Jaisalmer, India, 2006

TOM MAISEY

Producción doméstica a pequeña escala para uso personal

Como ya se ha discutido anteriormente, para los usuarios individuales es relativamente sencillo cultivar cannabis y prepararlo para el consumo en sus propios jardines, o en sus domicilios utilizando sistemas de cultivo e iluminación que se venden sin restricciones. Estos sistemas no pueden ser legalmente restringidos o controlados, ya que son usados en una multitud de actividades legítimas. Dada esta situación, se ha popularizado y extendido cada vez más la producción doméstica a pequeña escala, respaldada por una industria floreciente que provee abundante asesoría e información, tecnología y parafernalia. Tal desarrollo ha sido favorecido por la dificultad para legislar en contra de la distribución de semillas de cannabis, las cuales no contienen en sí las sustancias activas.¹⁸⁶

Algunos países han establecido regulaciones aplicables a la producción doméstica para uso personal con fines médicos. Canadá – como ya se mencionó anteriormente – constituye un buen ejemplo. Bajo las regulaciones de la División de Acceso a Marihuana Medicinal, se autoriza la expedición de “*licencias de producción para consumo personal*”, las cuales permiten la producción a pequeña escala (usando una fórmula para determinar una cantidad limitada de plantas/cosechas) conforme a estrictos criterios de autorización.

En España las políticas de descriminalización de la posesión y el uso personal de cannabis incluyen también el derecho de las personas a cultivar una cantidad limitada de plantas para uso personal.

Discusión

La producción autorizada de cannabis a mediana o gran escala con fines médicos en una serie de países, demuestra claramente cómo es posible implementar dicha producción de una manera que aborde tanto preocupaciones sobre seguridad como temas sobre control de calidad. Es de suponer que la producción para usos sin fines médicos no precisaría cumplir del todo con estándares tan estrictos respecto a ninguno de estos aspectos. Por ejemplo, sería un tanto exagerado llegar al punto de cultivar cannabis en una mina subterránea.

Las legítimas preocupaciones sobre la desviación del producto hacia mercados ilegales podrían ser abordadas mediante una adecuada autorización para cultivadores y proveedores, combinada con una efectiva aplicación donde se identifiquen violaciones a las condiciones de dicha autorización. Con seguridad, los incentivos económicos por la desviación del producto hacia mercados ilegales disminuirían progresivamente, en la medida en que la producción legal se expanda y socave los beneficios actualmente ofrecidos a proveedores ilegales. Tal como se señaló anteriormente respecto a los productos de opio y coca, la expansión de la producción legal sería gradual a lo largo de varios años, permitiendo una transición manejable y la evolución de una infraestructura reguladora eficaz para responder a cualquier tema y desafío que surjan.

Parece probable que – si hubiese disponibilidad de un suministro legal al por menor – el cultivo casero para uso personal se convertiría en una actividad crecientemente minoritaria, algo parecido a la preparación casera de vino o cerveza: el dominio exclusivo de un pequeño grupo de aficionados y conocedores de cannabis. En términos prácticos, sería casi imposible otorgar licencias para la producción no comercial a pequeña escala, incluso si parte del producto circulase entre amigos.

En teoría, el cultivo casero de tabaco en el Reino Unido está sujeto a aranceles de aduanas, pero este régimen es virtualmente inexistente. Podrían ponerse a disposición del público pautas básicas, y establecer límites respecto a la cantidad que cada persona está autorizada a producir, pero la experiencia con tales proyectos en Europa sugiere que es difícil hacerlos cumplir, y que a menudo tanto la policía como los cultivadores hacen caso omiso de ellos. Un modelo de licencias podría ser adecuado para pequeños o medianos clubes o sociedades de cultivadores que comparten/intercambian suministros sin fines de lucro, de modo que puedan implementarse controles sobre edad y calidad, y establecerse cierto grado de fiscalización.

Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulación

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

En todo el mundo se reconoce cada vez más que la prohibición de las drogas es un fracaso contraproducente. Sin embargo, el extendido temor a lo desconocido ha supuesto un importante obstáculo a la reforma de la ley – ¿cómo sería un régimen post-prohibición?

Por primera vez, *“Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulación”* responde a esa pregunta proponiendo modelos específicos de regulación para los principales tipos de drogas ilegales y sus modos de preparación, junto con los principios y fundamentos de estas propuestas.

Demostramos que la regulación legal de las drogas no constituye un paso inconcebible y políticamente imposible en la oscuridad, sino una propuesta sensata y pragmática para controlar la producción, el suministro y el consumo de drogas.

“Felicitó a los lectores de este libro e incito a que lo hagan llegar a los políticos que tienen el poder para poner en práctica sus conclusiones. Será un recurso muy valioso para aquellos que buscan una estrategia de salida de la guerra contra las drogas, y una base sólida para la paz y la seguridad en América Latina y más allá.”

César Gaviria, 2011
Ex-presidente de Colombia

ISBN 978-0-9556428-2-1



9 780955 642821

“Romper el tabú en el debate y la reforma. El momento de actuar es ahora.”

Comisión Global de Políticas de Drogas, 2011

La lista de miembros de la Comisión incluye a:

- **Fernando Henrique Cardoso**, Ex-Presidente de Brasil
- **César Gaviria**, Ex-Presidente de Colombia
- **Ernesto Zedillo**, Ex-Presidente de México
- **Ruth Dreifuss**, Ex-Presidente de Suiza
- **Kofi Annan**, Ex-Secretario General de las Naciones Unidas

“Ahora las autoridades de los países consumidores deben explorar las alternativas posibles para eliminar las ganancias exorbitantes de los criminales, incluidas las opciones orientadas a la regulación del mercado.”

Declaración XIII Cumbre de Tuxtla, 2011

Firmantes se encuentran:

- **Felipe Calderón**, Presidente de México
- **Álvaro Colom Caballeros**, Ex-Presidente de Guatemala
- **Porfirio Lobo Sosa**, Presidente de Honduras
- **Daniel Ortega Saavedra**, Presidente de Nicaragua
- **Leonel Fernández Reyna**, Presidente de República Dominicana
- **Alfio Piva Mesén**, Primer Vicepresidente de Costa Rica

“La guerra contra las drogas es un fracaso total.”

Barack Obama, 2004

“La única manera de frenar la violencia de los cárteles de la droga en México es a través de la legalización de las drogas.”

Carlos Fuentes, 2008
Autor célebre