TRANSFORM
Drug Policy Foundation

México Unido Contra la Delincuencia | MUCD



Cómo regular los Estimulantes

Una guía práctica

México Unido Contra la Delincuencia

TRANSFORM
Drug Policy Foundation

Cómo regular los Estimulantes

Una guía práctica

México Unido Contra la Delincuencia

México Unido Contra la Delincuencia (MUCD) es una organización que trabaja por lograr un México más seguro, más justo y en paz. Como parte de sus acciones para lograr este objetivo, y revertir así los daños causados por la prohibición de las drogas y el "combate frontal" a su tráfico ilícito, MUCD se planteó impulsar la adopción de abordajes integrales a este fenómeno, en los que prevalezcan la salud pública, la reducción de riesgos y daños, el desarrollo sustentable y los derechos humanos.

Gracias a este esfuerzo, hoy en día lideramos el movimiento reformista en México y las Américas, donde hemos impulsado importantes cambios, particularmente en materia de regulación legal de cannabis. Sabemos que aún queda mucho por hacer y que, para reorientar la política de seguridad de nuestros países y acercarla a la gente, es necesario seguir construyendo alternativas.

Por ello, seguiremos facilitando debate público, orientando el trabajo político y legislativo, documentando evidencia y emprendiendo litigios estratégicos en la materia.

México Unido Contra la Delincuencia, A.C.
Gobernador José Guadalupe Covarrubias 78, interior 101,
Colonia San Miguel Chapultepec, Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11850

www.mucd.org.mx

MUCD1
@MUCD

TRANSFORM
Drug Policy Foundation

Transform Drug Policy Foundation es una organización sin fines de lucro con sede en el Reino Unido que trabaja a nivel internacional para promover la reforma de política de drogas. Queremos crear un mundo en donde la política de drogas promueva la salud, proteja a los vulnerables y anteponga la seguridad. La regulación de las drogas es fundamental para lograr estos objetivos. Debido a que la política de drogas afecta a personas en la sociedad, trabajamos con los responsables de la creación de políticas públicas, organizaciones de beneficencia, servicios y defensores de los sectores de salud, lucha contra el crimen y las políticas sociales. También trabajamos directamente con familias e individuos que desean mejorar la política de drogas.

Durante más de dos décadas, hemos sostenido que para poner fin a la guerra contra las drogas es necesario desarrollar políticas alternativas prácticas con base en evidencia. Nuestra publicación de 2009 *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation* (Después de la guerra contra las drogas: una propuesta para la regulación) trazó, por primera vez, cómo sería un sistema integral para la regulación legal. Nuestro libro *How to Regulate Cannabis: A Practical Guide* (Cómo regular el Cannabis: Una Guía Práctica) ha influido en activistas y legisladores de todo el mundo. Este nuevo libro, el cual ha sido generosamente apoyado por más de 200 donantes, tiene como objetivo avanzar el debate en el área de los estimulantes.

Transform Drug Policy Foundation es una asociación benéfica
registrada en el Reino Unido bajo el número 1100518
y una sociedad de responsabilidad limitada con el numero 4862177

www.transformdrugs.org
www.anyoneschild.org

@TransformDrugs
@AnyonesChild

Contenido

Prólogo 9
Lisa Sánchez Frida Ibarra

1 ¿Por qué regular los estimulantes? 17

¿Qué son los estimulantes? 21

El papel de la prohibición 22

¿Qué es la regulación? 26

Principios de regulación 30

Cinco modelos de regulación 28

Regulación y motivaciones para el uso de estimulantes 37

Equilibrio de prioridades en conflicto 41

Reconociendo los límites de la regulación 44

¿Se puede lograr? 49

2 Los aspectos prácticos de la regulación 51

Cuantificar los riesgos de las drogas 54

Instrumentos de politica disponibles para el gobierno 56

Monopolio estatal de venta al consumidor 96

Principios generales 100

Modelo estándar 101

Prefacio 13
Rt Hon Helen Clark

3 MDMA 107

¿Qué es la MDMA? 109

Historia 110

Efectos 128

Comportamientos del consumo 130

Riesgos 133

Modelo de regulación propuesto 139

4 Anfetaminas 145

¿Qué son las anfetaminas? 147

Historia 150

Efectos 157

Comportamientos del consumo 158

Riesgos 166

Modelo de regulación propuesto 169

CASO DE ESTUDIO
BZP: La regulación pionera de un estimulante legal 174

5 Cocaína y productos de coca 183

¿Qué es la cocaína? 185

Historia 187

Efectos 195

Comportamientos del consumo 196

Riesgos 201

Modelo de regulación propuesto para la cocaína en polvo 206

Modelo de regulación propuesto para preparaciones de cocaína de menor potencia 215

Modelo de regulación propuesto para el crack de cocaína 223

Un enfoque pragmático de tres niveles 228

6 Desarrollo sustentable y regulación equitativa 231

Transición a mercados regulados 237

CASOS DE ESTUDIO
Guinea Bissau 244
Colombia 248

Replanteando un desarrollo alternativo: una alternativa a lo coca ilegal y la guerra contra las drogas 250

CASOS DE ESTUDIO
Bolivia 254
Roxana Argandoña, cultivadora de coca 257

Comercio (más) justo 259

Pasar de la "responsabilidad compartida" para la erradicación hacia la "responsabilidad compartida" para una regulación equitativa 261

7 Reducción de daños de los estimulantes 267
Ejemplos de buenas prácticas 272
Kits para fumar más seguros 273
Prevención de riesgos sexuales 275
Intervenciones centradas en las mujeres 276
Salas para consumo de drogas 278
Autorregulación 280
Vivienda primero 281
Sustitución 283
Acercamiento e intervenciones de pares 287
Centros de integración 289
Pruebas de seguridad de drogas 291
Intervenciones online 292
Intervenciones terapéuticas 293

8 Explorando el sistema de control de drogas de la ONU 295
Reforma del Tratado 298
Un nuevo marco para una Convención Única 301
Modificando las convenciones existentes de control de drogas 302
Retiro (reincoporación posible bajo reserva) 305
Incumplimiento respetuoso 307
¿Modificación *inter se* de las convenciones? 308

Agradecimientos 311

Prólogo

Lisa Sánchez
Directora General de México Unido Contra la Delincuencia

Frida Ibarra
Directora de Incidencia de México Unido Contra la Delincuencia

Con el objetivo de crear un mundo "libre de drogas", la política prohibicionista consagrada en el régimen internacional de control de drogas desde 1961 se propuso eliminar la producción, distribución, venta y uso de estas sustancias. Tras seis décadas de implementación, su fracaso y consecuencias negativas son evidentes pues no solo no se erradicó la oferta y la demanda de drogas, sino que, al ilegalizarlas, se generó un mercado negro sumamente lucrativo que, en lugar de reducir los riesgos y daños provocados por dichas sustancias, los exacerba.

Las terribles consecuencias negativas causadas por esta política y su forma más extrema de aplicación, conocida como "guerra contra las drogas", son particularmente visibles en América Latina. Aquí la prohibición ha provocado violaciones sistemáticas a los Derechos Humanos y una crisis de inseguridad y violencia que ha costado la vida de miles de personas. Por si eso fuera poco, la narrativa del control de drogas ha servido para validar estrategias de seguridad militarizadas que agudizaron el debilitamiento de las instituciones civiles a cargo de la seguridad ciudadana y permitieron un sinfín de casos de ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas y tortura. Finalmente, en los países productores, la prohibición se ha traducido en campañas de erradicación forzada que, sin acabar con las drogas, terminaron con los medios de subsistencia de miles de agricultores.

Afortunadamente, el movimiento internacional por la reforma de las políticas de drogas es cada vez más fuerte e impulsa diversos esfuerzos en América Latina y el resto del mundo para explorar enfoques alternativos. Por ejemplo, en países como Argentina y Colombia, actores locales han logrado que, a través de decisiones de tribunales constitucionales, se reconozca como necesaria la despenalización de la posesión personal de drogas. En otras naciones como Uruguay, Chile y Costa Rica, la despenalización del uso personal de todas las drogas es ya una realidad y, en otros, como Uruguay, Colombia y México, la agenda de cannabis regulado avanza, aunque no sin dificultades.

Sin embargo, a pesar de estos importantes impulsos, la realidad de nuestros países nos demanda ir más allá y explorar las formas más adecuadas para regular todas las sustancias. Desde México Unido Contra la Delincuencia, A.C. (MUCD) sostenemos que la regulación legal de los mercados de drogas es una mejor política pública que la prohibición, y que ésta puede contribuir a revertir los costos humanos, económicos y legales provocados por las campañas de "guerra contra el narcotráfico"¿Por qué? Por la oportunidad de reducir el tamaño y las ganancias generadas por el mercado ilícito, porque se abordaría el consumo desde la salud pública y no desde el castigo, y porque se reorientaría la estrategia de seguridad hacia la atención de los delitos que más afectan a las personas.

Ahora bien, es cierto que en México y el resto de América Latina el enfoque de la regulación y los abordajes integrales al fenómeno drogas han ganado terreno. Sin embargo, hablar de regular sustancias distintas a la cannabis continúa generando asombro, preocupación e incertidumbre. Aunque hay experiencias de mercados regulados de cannabis, no hay modelos integrales de regulación que hayan sido implementados para el caso de otras sustancias, como los estimulantes. Esto, a pesar de que los estimulantes de tipo anfetamínico son las drogas sintéticas más utilizadas en el mundo y que en América Central y del Sur ocupan un lugar protagónico dentro los mercados ilícitos.

Es precisamente en este contexto de tímidos avances y urgentes necesidades que celebramos el trabajo de Transform y la invitación que con este libro nos hace a pensar más allá. Nuevamente, como hicieron hace ya dos décadas, este centro de pensamiento con el que nos enorgullece colaborar nos demuestra que es posible pensar cómo podría verse y funcionar una fuente de abastecimiento legal de estimulantes. Y lo hace recordándonos que transitar hacia escenarios de mercados regulados donde se priorice la protección de la salud, el respeto a

los derechos humanos y la justicia social no debe, por tanto, dejar de moderar los consumos de mayor riesgo, disminuir los efectos perjudiciales del mercado ilícito o eliminar los incentivos comerciales que buscan fomentar el consumo.

Transform responde a cuestionamientos fundamentales e ineludibles para empezar un debate serio sobre la regulación de estimulantes, empezando por si es posible regularlos todos y qué diferencias regulatorias deberían existir entre sustancias tan diversas como la cocaína y el MDMA o entre las variaciones más dañinas y los productos de menor concentración de una droga en particular, como la pasta base de cocaína y la hoja de coca. De esta manera, el libro que se nos presenta es un instrumento único que considera los riesgos particulares de las sustancias para elaborar una propuesta de regulación responsable y ofrecer una salida a problemas prácticos y complejos que van desde qué tipo de controles debe tener la compra y la venta de las sustancias a cómo definir su precio y fijar los impuestos.

Su propuesta constituye además una reflexión importante para mejorar otras regulaciones ya existentes, como la del cannabis, el alcohol y el tabaco, pues para terminar con los daños causados por la prohibición no es suficiente eliminar el prohibicionismo y reemplazarlo con un mercado legal pero desregulado. Por el contrario, es necesario prevenir el acaparamiento del mercado por pocos actores, la captura del regulador y la prevalencia de intereses económicos por encima del bien común. En este sentido, compartimos la propuesta de este libro en razón de que el enfoque regulatorio debe ser la salud pública y su resultado beneficiar a todos los sectores, en especial a aquellas poblaciones más vulnerables y afectadas por el prohibicionismo.

Cómo regular los estimulantes: Una guía práctica es la primera propuesta de regulación integral y completa de los estimulantes; una que siendo inédita no es impulsiva ni idealista sino bien estudiada, fundamentada y pragmática. Tenemos este valioso esfuerzo generado por Transform, ahora nos toca apropiarnos de él para comunicar por todos los foros y espacios posibles que es necesario y urgente un cambio mucho más profundo en la política de drogas.



Prefacio

Rt Hon Helen Clark
Presidenta de la Comisión Global de Políticas de Drogas,
ex Primera Ministra de Nueva Zelanda y Administradora
del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

El debate sobre las drogas constantemente puede ser apasionado y polarizante; sin embargo, al menos en un punto, hay un creciente consenso: la "guerra contra las drogas" ha fracasado. La prohibición global no solo no ha logrado disuadir el aumento en el uso, sino que también ha dado lugar a comportamientos más riesgosos, productos más peligrosos y daños más devastadores a la salud. Lejos de crear un "mundo libre de drogas", la prohibición ha creado un gran mercado ilegal gobernado por la violencia, la corrupción y la inseguridad. La mayor responsabilidad del fracaso de esta política se suma a las ya difíciles condiciones de las comunidades más pobres y marginadas, en especial en los barrios empobrecidos y las áreas rurales donde se concentra la producción y el tráfico de drogas ilegales.

Estamos siendo testigos de un progreso constante en la política de drogas y reformas en legislación en muchas partes del mundo, pero aún queda un gran camino por recorrer. La reducción de daños, la despenalización y el tratamiento con base en evidencia han logrado grandes avances en las últimas décadas, pero muchos de los daños a los que nos referimos son provocados en primera instancia por la prohibición.

La Comisión Global sobre Política de Drogas a la que pertenezco, ha dejado en claro desde su formación en 2011 que el status quo es insostenible y se necesita una reforma urgentemente. El mundo debe alejarse de las fallas de este modelo motivado por la ideología y la criminalización y reorientarse de manera decisiva hacia políticas basadas en evidencia arraigadas en los valores centrales de la salud pública, derechos humanos, empoderamiento económico, educación de calidad, justicia social y desarrollo sustentable.

Como primer paso, debemos acabar con la criminalización de las personas que consumen drogas. Cada vez más países están adoptando la despenalización en todo el mundo, y ésta fue respaldada sin ambigüedades por 30 entidades de las Naciones Unidas en su Planteamiento Común sobre las Drogas de las Naciones Unidas de 2019 acordada en la Junta Ejecutiva del Secretario General de las Naciones Unidas. Sin embargo, aunque la despenalización es un facilitador fundamental de cualquier respuesta significativa para la salud y excarcelación, tiene poco impacto en los mercados de drogas ilegales.

La ejecución punitiva de leyes injustas es ineficaz y antitética a la justicia social. Debemos centrar nuestro pensamiento en la realidad de que el consumo de drogas está ya muy extendido en la sociedad. Nos guste o no, el consumo de drogas es una realidad que hay que atender de manera responsable. No podemos desear que las drogas desaparezcan, pero podemos hacer que éstas y sus métodos de uso sean más seguros. Esto, a su vez, requiere aceptar que la regulación legal de los mercados de drogas para adultos que actualmente son ilegales es la única forma de mitigar los daños causados por el mercado ilegal. No podemos elegir si vivimos en una sociedad con drogas o sin ellas, pero sí podemos elegir si se controla el mercado y cómo hacerlo.

Mientras que el consenso de que la “guerra contra las drogas” ha fracasado crece, también lo hace la necesidad de una exploración franca de alternativas. Todos tenemos la responsabilidad de considerar qué podría reemplazar el status quo, y debemos pensar cómo se aplicaría eso a todas las drogas. Un análisis profundo de la regulación de las drogas estimulantes es parte clave de ese proceso.

Sin embargo, la legalización y la regulación, en particular de drogas distintas al cannabis, continúan siendo un reto para muchas personas. Eso es entendible. Hay preocupaciones legítimas y preguntas difíciles pero importantes sobre los aspectos prácticos de la regulación las cuales deben responderse. Precisamente

por eso debemos abordarlas de frente, y por eso me complace recibir esta nueva y valiosa contribución de la Transform Drug Policy Foundation. En este libro, Transform delinea un conjunto de principios de actuación claros y propuestas pragmáticas para la regulación responsable de un grupo de drogas, los estimulantes, que con demasiada frecuencia han sido marginadas del debate político a pesar de que su uso va en aumento y los desafíos constantes en salud y asuntos sociales con los que se les asocia.

Comparto el punto de vista de Transform de que no existe una única solución regulatoria: para distintos lugares y distintas drogas se requieren diferentes enfoques dependiendo de sus riesgos. Transform no afirma que la regulación sea una solución milagrosa, sino solo que, si se hace de manera responsable, la regulación puede facilitar una mejora en la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas y la comunidad en general.

Este libro es una contribución importante y bien recibida. No contiene todas las respuestas: ninguna publicación podría hacerlo. Sin embargo, plantea muchas de las cuestiones más importantes y señala un marco a través del cual se pueden encontrar soluciones. Es fundamental que comencemos una discusión seria sobre cómo regular los estimulantes. Este libro ofrece un arranque potente. Ahora nos toca a todos seguir adelante con este debate.

FOTO: iStock



1

¿Por qué regular los estimulantes?

Si estamos de acuerdo en que
la "guerra contra las drogas" ha
fracasado, entonces necesitamos un
enfoque de cómo regular las drogas,
incluyendo los estimulantes, después
de que la guerra haya terminado

EN AÑOS RECIENTES SE HAN DESARROLLADO IMPRESIONANTES AVANCES EN LA POLÍTICA de drogas. La regulación legal del cannabis ha cobrado impulso y un número cada vez mayor de países (incluyendo las principales economías mundiales) se han desplazado para permitir el uso no médico por los adultos. Al mismo tiempo, estamos viendo más investigaciones sobre los usos terapéuticos de drogas psicodélicas, lo que lleva revisar cambios en su estatus legal. El consenso mundial sobre la prohibición comienza a fracturarse.

Estos avances son bienvenidos, pero solo marcan un cambio parcial en la cuestión más amplia de cómo deberíamos regular las sustancias psicoactivas. Es muy posible, por ejemplo, legalizar el cannabis y los psicodélicos mientras se mantiene una prohibición general de otras sustancias. Transform ha abogado durante un largo tiempo a favor de un cambio integral. Nuestro caso a favor de una regulación legal no se limita a las drogas de menor riesgo, porque creemos que las oportunidades de reducción de daños que ofrece la regulación se aplican a todas las sustancias, incluso teniendo en cuenta (y, de hecho, debido a) las diferencias en el daño potencial.

Cómo podemos regular un mercado legal de drogas estimulantes continúa siendo uno de los temas más importantes, pero menos explorados, para la reforma de políticas de drogas. Por estimulantes nos referimos principalmente a la cocaína, anfetaminas y MDMA, que constituyen la gran mayoría de los estimulantes ilegales que se consumen a nivel mundial. El uso de estimulantes sigue aumentando, pero con demasiada frecuencia permanece al margen de los debates sobre reformas de políticas. Esto tal vez se pueda entender, tomando en cuenta la variedad de desafíos que presenta el uso de estimulantes, pero no puede ser una razón para evitar la pregunta. Si estamos de acuerdo en que la

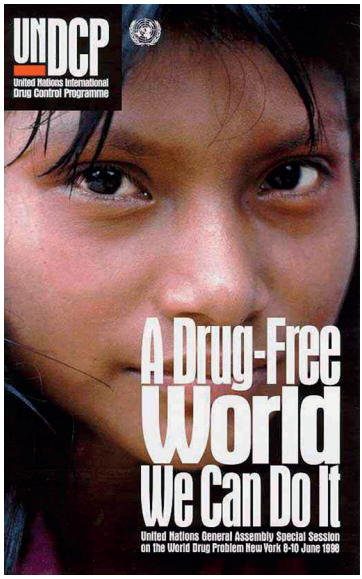
"guerra contra las drogas" ha fracasado, entonces necesitamos un enfoque de cómo regular las drogas, incluyendo los estimulantes, después de que la guerra haya terminado. Este libro busca analizar directamente este difícil problema y establecer un posible camino a seguir.

En nuestro libro *Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulacíon* (2009), exploramos a profundidad los desafíos y opciones para regular diferentes drogas. Este libro se basa en nuestro trabajo anterior, proporcionando estructuras de modelos regulatorios más detallados. Establece opciones de sobre cómo tomar el control podría funcionar en la práctica. ¿Qué productos deberían estar disponibles? ¿Dónde, cómo y quién los produciría? ¿Quién los vendería, dispensaría y prescribiría, y dónde? ¿Quién tiene acceso al mercado? ¿Cómo aplicaríamos la mejor gama de herramientas regulatorias para cumplir con nuestros objetivos compartidos de salud pública y seguridad?

Este planteamiento no se trata de fomentar el consumo de drogas. Reconocemos el argumento de que la legalización puede aumentar algunas formas de consumo, y lo abordaremos con más detalle a continuación. Sin embargo, opinamos que, si se hace correctamente, la regulación legal proporciona una alternativa que puede afrontar de manera más eficaz los riesgos de las drogas y sus mercados, tanto para quienes las consumen como para la sociedad en general. Este libro analizará sistemáticamente las razones por las cuales necesitamos regular los estimulantes, qué significa la regulación y cómo podría implementarse para diferentes sustancias.

Explorar las opciones de políticas para regular los estimulantes crea desafíos políticos muy particulares. El apoyo público para cambiar la regulación del cannabis está relacionado con el hecho de que se percibe relativamente como de bajo riesgo, pero también se utiliza de forma muy generalizada y está culturalmente arraigado en muchas sociedades. La MDMA, la cocaína y las anfetaminas se encuentran en un espacio cultural diferente. Los estimulantes se perciben como relativamente riesgosos en comparación con el cannabis, y el uso de píldoras y polvos puede parecer más "antinatural" y extraño. También a menudo se les percibe como indulgentes y hedonistas, o se les asocia con un comportamiento impredecible. Particularmente en sus formas más concentradas, algunos estimulantes tienen el potencial de provocar una dependencia severa y daños considerables para la salud.

Sin embargo, los estimulantes se utilizan cada vez más y la producción se está



expandiendo para satisfacer la demanda creciente. Los últimos datos generales de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito(UNODC) sugiere (de manera conservadora) que en 2018, 27 millones de personas consumieron anfetaminas, 21 millones de personas consumieron MDMA y 19 millones de personas consumieron cocaína.[1] Los riesgos para la salud que enfrentan las personas que usan estimulantes ilegales son significativos, por aumentos en la potencia de la MDMA y la cocaína, hay riesgos por venta indebida, presencia de agentes aumentadores y adulterantes, así como una falta total de información sobre la potencia o pureza de las drogas para informar un uso más seguro. En Inglaterra y Gales, las muertes relacionadas con la cocaína aumentaron por séptimo año consecutivo en 2018 a 637, lo que representa un aumento de tres veces en poco más de una década y un aumento de diez veces en 20 años.[2] En EE. UU., las muertes relacionadas con estimulantes se duplicaron entre 2015 y 2017, alcanzando niveles récord.[3]

¿Qué son los estimulantes?

Los estimulantes son un grupo de fármacos que en general se caracterizan por su efecto de incrementar la actividad en el sistema nervioso central. La naturaleza específica de estos efectos varía pero, en general, aumentan la energía, el estado de alerta y de atención. Por lo general, interactúan con los neurotransmisores de monoaminas del cerebro, que incluyen dopamina, norepinefrina y

1 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020: Folleto 1. p.17. wdr.unodc.org/wdr2020/index.html

2 Oficina de Estadísticas Nacionales (2019). Muertes relacionadas con intoxicación por drogas en Inglaterra y Gales: registros de 2018. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2018registrations

3 Kariisa, M., Scholl, L., Wilson, N. et al. (2019). Muertes por sobredosis de drogas que involucran cocaína y psicoestimulantes con potencial de abuso — Estados Unidos, 2003-2017. Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad. 68.17. www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6817a3.htm?s_cid=mm6817a3_e

serotonina. Estos tienen un papel en la regulación de la recompensa, motivación, temperatura corporal y sensación de dolor.[4] El uso prolongado de estimulantes reduce la capacidad natural del cuerpo para producir estos químicos, lo que puede conducir tanto a "recaídas" a corto plazo después del uso y patrones de consumo dependiente a largo plazo. El término "estimulantes" abarca una amplia gama de sustancias legales e ilegales, e incluye sustancias con culturas de uso arraigadas (por ejemplo, café, coca o khat), así como compuestos desarrollados más recientemente. Como se señaló anteriormente, este libro trata principalmente de los tres principales estimulantes ilegales que se utilizan hoy en día con fines no médicos: cocaína, anfetaminas y MDMA.

El papel de la prohibición

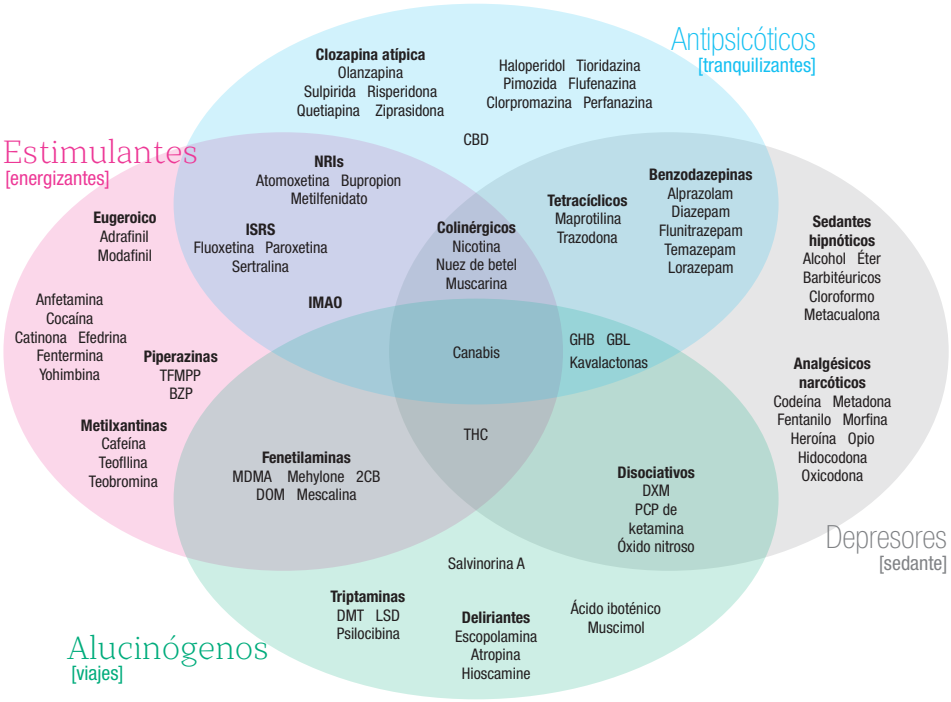
El principio fundamental de la prohibición es que el consumo de drogas y los daños relacionados se reducen (y pueden, en principio, eliminarse) mediante la imposición de sanciones penales estrictas para la producción, el suministro y la posesión. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de las demás drogas prohibidas, la producción y el consumo de estimulantes han aumentado drásticamente durante el período en el que han sido ilegales. Esto ha sido impulsado por una serie de complejos factores sociales y económicos; no obstante, la experiencia de los últimos 60 años demuestra que la "guerra contra las drogas" no ha logrado ni puede lograr sus objetivos declarados. Peor aún, como reconoce la UNODC, la prohibición ha generado desastrosas "consecuencias no deseadas".[5] Éstas van desde la terrible violencia de la guerra contra las drogas en México y las matanzas extrajudiciales a gran escala en Filipinas, hasta la desestabilización de los países de tránsito de África Occidental y la delincuencia callejera en los centros urbanos de todo el mundo. Dado lo arraigadas que están estas consecuencias, ya no se las puede llamar "no intencionales"; son simplemente las consecuencias negativas predecibles de la prohibición en el contexto de una demanda creciente. Por una política que promete, en el lenguaje propio de las Naciones Unidas, "un mundo libre de drogas", la prohibición ha sido un fracaso espectacular, costoso y trágico.[6]

4 Otros estimulantes funcionan de diferentes formas. La efedrina, por ejemplo, interactúa con los receptores adrenérgicos, mientras que la cafeína tiene un efecto antagonista sobre los receptores de adenosina.

5 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2008). Informe Mundial sobre las Drogas 2008. p.216. https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf

6 Ver: Rolles, S. (2020). The rise and fall of the drug free world narrative. En Bewley-Taylor, DR y Tinasti, K. (Eds) (2020).

Drogas psicoactivas: una taxonomía básica



ADAPTADO DE McCandless, D. (2010). *Mundo de las drogas*. informationisbeautiful.net/visualizations/drugs-world/

En 2019, el Equipo de Trabajo de Coordinación del Sistema de las Naciones Unidas (ONU), que representa a las 31 agencias de la ONU, publicó un informe que describió las políticas punitivas de control de drogas como "ineficaces" y advirtió que con demasiada frecuencia corren el riesgo de "violar los derechos humanos, socavar la salud pública y desperdiciar recursos públicos vitales".[7] En el mismo año, la Comisión de Estupefacientes de la ONU, en representación de 53 estados miembros de la ONU, elaboró una declaración ministerial de alto nivel, que declaró que bajo las políticas de drogas globales actuales:

Research Handbook on International Drug Policy. Cheltenham, Reino Unido, Northampton MA, EE.UU: Edward Elgar

7 Equipo de tareas de coordinación del sistema de las Naciones Unidas sobre la implementación de la posición común del sistema de las Naciones Unidas sobre asuntos relacionados con las drogas (2019). Lo que hemos aprendido en los últimos 10 años: un resumen de los conocimientos adquiridos y producidos por el sistema de las Naciones Unidas en materia de drogas. p.25. www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf

> *La gama de drogas y los mercados de drogas se amplían y diversifican … el uso indebido, el cultivo y la producción ilícitos y la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, así como el tráfico ilícito de esas sustancias y precursores han alcanzado niveles récord que está aumentando la demanda ilícita y la desviación nacional de precursores químicos; se observan vínculos crecientes entre el narcotráfico, la corrupción y otras formas de delincuencia organizada, incluida la trata de personas, el tráfico de armas de fuego, la ciberdelincuencia, el blanqueo de capitales y, en algunos casos, el terrorismo …*[8]

El informe equivale a una acusación condenatoria de la prohibición global por parte de la misma institución encargada de implementarla.

A pesar de todo esto, las agencias de control de drogas de la ONU siguen sujetas a sus tratados internacionales. Hasta hace poco, esto ha creado un entorno de políticas de alto nivel que rutinariamente ignora la abrumadora evidencia de que esos tratados han fracasado. El alcance de este fracaso se ha registrado en cientos de evaluaciones independientes realizadas por comités gubernamentales, investigadores académicos y organizaciones no gubernamentales de todo el mundo durante muchas décadas. La evidencia del fracaso de la política global de drogas para lograr el "mundo libre de drogas" que promete es, en este sentido, irrefutable.[9]

Si bien Transform ha abogado por la regulación legal durante décadas, no somos ingenuos con los contraargumentos. Entendemos la preocupación de que al levantar la (endeble) barrera de la ilegalidad se corre el riesgo de reducir los costos de las drogas; que la entrada de actores comerciales en la cadena de suministro de drogas podría fomentar los peores aspectos de la competencia

8 Comisión de Estupefacientes de la ONU (2019). Declaración Ministerial sobre el fortalecimiento de nuestras acciones a nivel nacional, regional e internacional para acelerar la implementación de nuestros compromisos conjuntos para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas. www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf

9 Algunos ejemplos incluyen: Consorcio Internacional de Políticas de Drogas (IDPC) (2018). Balance de una década de política de drogas: informe sombra de la sociedad civil — Un informe paralelo de la sociedad civil. http://fileserver.idpc.net/library/Shadow_Report_FINAL_SPANISH.pdf; Reuter, P. y Trautmann, F. (eds) (2009). Informe sobre los mercados mundiales de drogas ilícitas 1998-2007. Comisión Europea. www.tni.org/files/publication-downloads/global-illicit-markets-short.pdf; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). Abordar las dimensiones de desarrollo de las políticas de drogas. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html; Transform Drug Policy Foundation (2016). El Informe Mundial Alternativo sobre Drogas, 2º edición. https://transformdrugs.org/publications/the-alternative-world-drug-report-2nd-edition; Véase también el trabajo de la Comisión Global sobre Políticas de Drogas. Informes disponibles: www.globalcommissionondrugs.org/report.

en el mercado; y que el mensaje simbólico de la legalización podría interpretarse como una condonación o un fomento del uso. Como dijo una vez el psiquiatra de adicciones Griffith Edwards:

> *El contraargumento [a la regulación legal] es … que, por más feo y costoso que es el sistema actual, y con mucha mejora de sus peores excesos admitidos fácilmente, no hay una alternativa viable a la vista para al menos algunas de estas drogas. ¿Es realmente posible imaginar un gobierno responsable que permita que la gama completa de drogas ilícitas en la actualidad se coloque allí, bellamente marcadas, en el estante junto a las bebidas?*[10]

Los mercados de estimulantes están aquí lo deseemos o no. Por lo tanto, debemos decidir quién tendrá el control: agencias gubernamentales y reguladoras o redes del crimen organizado y proveedores no regulados.

Por supuesto, nadie sugiere tal resultado. Pero hay alternativas a la prohibición y es fundamental que cualquiera que acepte que la política actual ha fallado las considere. Esas alternativas no se limitan de ninguna manera a un anuncio comercial gratuito o simplemente a poner drogas ilegales "en el estante junto a las bebidas" (sobre todo porque el alcohol generalmente está mal regulado). Desde una perspectiva de salud pública, el objetivo de la regulación debe ser reducir el daño y maximizar el bienestar. Lo que planteamos aquí toma esto como el principio fundamental sobre el que se debe desarrollar la política.

Es necesario explorar estas alternativas porque un siglo de prohibición ha fracasado y no ofrece ninguna solución a los crecientes problemas que enfrentamos. Los mercados de estimulantes están aquí, lo deseemos o no. Por lo tanto, debemos decidir quién tendrá el control: ¿gobiernos y agencias reguladoras, o redes del crimen organizado y proveedores no regulados?

10 Edwards, G. (2005). *Asuntos de fondo. Matters of substance. Drugs: is legalization the right answer — or the wrong question?* Harmondsworth: Penguin, p.248.

¿Qué es la regulación?

Todas las sustancias psicoactivas presentan riesgos tanto agudos como crónicos para quienes las consumen. Tanto el consumo de drogas como los mercados de drogas también pueden crear riesgos para la comunidad en general. En ese sentido, es una responsabilidad clave del gobierno establecer y mantener sistemas regulatorios que mitiguen efectivamente esos riesgos. Sin embargo, el gobierno debe respetar la libertad de las personas para tomar decisiones cuando las mismas no perjudiquen a otras personas. También deben reconocer la amenaza que representan para las comunidades ya marginadas las políticas que afianzan la injusticia social.

La prohibición no respeta la autonomía personal ni los derechos y necesidades de las comunidades. Más bien, en la búsqueda de la eliminación de las sustancias psicoactivas de la sociedad, ésta ha conducido a abusos contra los derechos humanos e injusticias sociales a una escala enorme. [11]

Algunos de los problemas creados por la prohibición pueden abordarse mediante la despenalización; es decir, eliminando las sanciones penales impuestas a las personas que consumen drogas, o su posesión para uso personal, de modo que ya no sean arrastradas a los sistemas de justicia penal que, en la mayoría de los casos, solo empeoran las cosas. Poner fin a esa criminalización es un elemento esencial en la reforma de la política de drogas. Sin embargo, solo resuelve parte del problema, ya que deja abierta la cuestión de dónde comienzan las sanciones penales y qué actividades de suministro siguen sujetas a acciones legales.[12] En última instancia, si no se quieren prohibir, los mercados de productos básicos deben regularse. La pregunta es, ¿cómo se puede lograr esto sin reproducir las injusticias sociales creadas por la prohibición o sin abrir la puerta a una comercialización desenfrenada?

La regulación de los mercados de drogas puede adoptar muchas formas. En el caso del alcohol, por ejemplo, la regulación opera principalmente (pero no exclusivamente) a través de la concesión de licencias a los puntos de

11 Ver: Transform Drug Policy Foundation (2011). Calcule los costos — La guerra contra las drogas: socavando los derechos humanos. transformdrugs.org/product/count-the-costs-undermining-human-rights/

12 Drug Policy Alliance (2019). Repensar el "narcotraficante". https://drugpolicy.org/sites/default/files/dpa-rethinking-the-drug-dealer_0.pdf; Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia (2017). Umbrales de cantidad para delitos de posesión y suministro de drogas. transformdrugs.org/wp-content/uploads/2019/09/Thresholds-Briefing-2018.pdf

Definiciones

La prohibición describe las condiciones bajo las cuales la producción, tránsito, suministro y posesión de drogas específicas es ilegal, excepto cuando existen exenciones para fines médicos o científicos. La prohibición mundial de las "drogas controladas" se basa en tres convenciones de las Naciones Unidas sobre drogas (aprobadas en 1961, 1971 y 1988).

La legalización es un proceso mediante el cual se pone fin a la prohibición de una sustancia, permitiendo regular legalmente su producción, disponibilidad y uso. La "legalización" es, sin embargo, simplemente el proceso de reforma legal, más que un modelo de política en sí mismo. La naturaleza del modelo de regulación que sigue debe especificarse por separado.

La regulación describe cómo los Estados controlan legalmente el mercado de un medicamento determinado o las actividades relacionadas con él. Este control generalmente implicará una combinación de licencias (es decir, las condiciones bajo las cuales se permite la producción o la venta al por menor), sistemas de impuestos (que pueden influir en los precios de venta al por menor) y controles globales sobre aspectos como marketing, requisitos de empaque o ventas a niños.

La despenalización generalmente significa la eliminación de las sanciones penales por posesión de drogas para uso personal. Más precisamente, la "despenalización de las drogas" significa "poner fin a la criminalización de las personas que consumen drogas". Existe una variación considerable en cómo se puede implementar la despenalización, en términos de umbrales de cantidad (que distinguen entre posesión para uso personal y posesión con intención de suministrar), cómo se hacen cumplir las sanciones y quién las aplica (la policía, los jueces, los trabajadores sociales o profesionales de la salud). A diferencia de la legalización, la despenalización está permitida dentro de las convenciones de drogas de la ONU existentes.

venta donde se compra el alcohol. Esto permite que las autoridades locales de licencias controlen las horas de venta, el número de puntos de venta en un área determinada, la distribución de las instalaciones, etc. Las licencias minoristas se emiten con la condición de que se cumplan ciertos requisitos, y el medio principal de garantizar el cumplimiento es la amenaza de que se elimine la licencia. La venta minorista de tabaco tiene licencia en muchos países, pero también está sujeta al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT), que es vinculante en 181 países.[13] Entre otras cosas, el CMCT establece requisitos globales sobre empaque y publicidad. Como resultado, las regulaciones nacionales sobre el empaque y

13 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. www.who.int/fctc/text_download/en/#:~:text=The%20WHO%20Framework%20Convention%20on,the%20highest%20standard%20of%20health

la publicidad del tabaco tienden a ser mucho más estrictas que en el caso del alcohol.

La concesión de licencias para la venta minorista y los controles sobre el envasado, el marketing y la información reflejan el hecho de que el alcohol y el tabaco no son "productos ordinarios".[14] Más bien, son (o contienen) sustancias que están asociadas con la dependencia, daños a la salud a largo plazo y posibles consecuencias negativas para las personas distintas del consumidor (por ejemplo, los efectos del tabaquismo pasivo o los daños sociales que surgen de los trastornos relacionados con el alcohol).

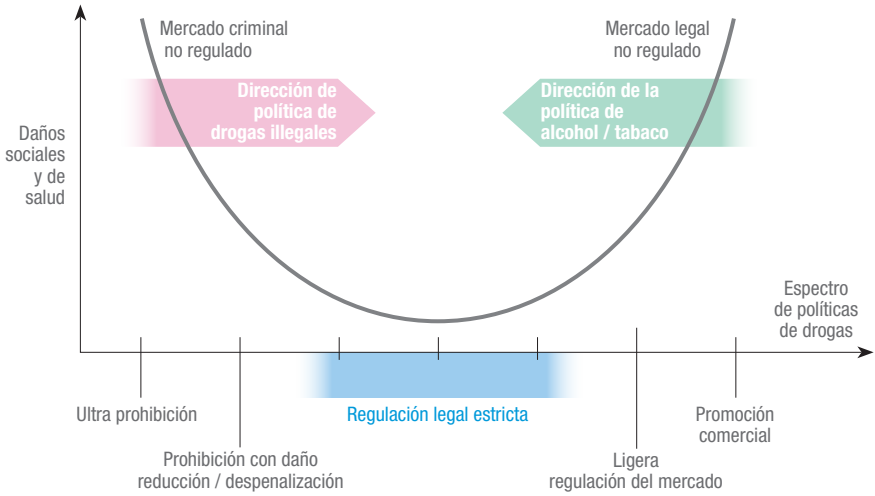
Además de la concesión de licencias de venta abierta, la regulación incorpora la concesión de licencias de productos farmacéuticos para su suministro como medicamentos o bajo supervisión. En el Reino Unido, por ejemplo, the *Human Medicines Regulations* de 2012 permiten la prescripción médica de medicamentos farmacéuticos producidos legalmente que también se usan ampliamente con fines no médicos a través del mercado ilegal, que incluyen, por ejemplo, heroína, ketamina, dexanfetamina, metanfetamina y cocaína.[15]

Visto en este contexto, la regulación del acceso de los adultos a las drogas actualmente ilegales no es radical ni utópica, sino más bien una extensión de la práctica estándar actual, tanto para el suministro de drogas recreativas con licencia (como en el caso del alcohol) como para el suministro regulado de medicamentos con prescripción. De hecho, desde esta perspectiva, la prohibición es la respuesta política "radical", no la regulación. La reglamentación de las drogas actualmente prohibidas es un caso de aplicación de los principios y mecanismos reglamentarios que se aplican habitualmente en otros lugares.

La pregunta no es si las drogas se pueden regular, es decidir qué modelos pueden lograr los mejores resultados tanto para las personas que usan drogas como para la sociedad en general. También se trata de establecer un consenso sobre cuáles son los parámetros que cualquier mercado regulado debería tener. La regulación no significa la eliminación de los controles sociales; significa pasar del intento de erradicación del mercado mediante la prohibición general a controles basados en sistemas de concesión de licencias, impuestos, y otros.

14 Babor, T. et al. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity — research and policy*. Oxford University Press.

15 Ver: Reglamento sobre medicamentos de uso humano (2012). www.legislation.gov.uk/uksi/2012/1916/contents/made



Un espectro de opciones políticas

ADAPTADO DE Marks, J. (1987). The Paradox of Prohibition. *Mersey Drugs Journal 1*.

Lograr una regulación correcta se trata de establecer los detalles correctamente. Sin embargo, en un nivel más amplio, se trata de apuntar a un marco de políticas que tenga más probabilidades de lograr los resultados sociales deseados. Esto puede describirse como una curva en U de intensidad regulatoria: en un extremo están los mercados criminales creados por la prohibición absoluta, pasando por modelos de prohibición menos punitivos y mercados legalmente regulados, hacia mercados libres en el otro extremo. La pregunta es, ¿qué tipo de modelo de regulación logrará con mayor eficacia el objetivo de reducir al mínimo los daños causados por las drogas?

En ambos extremos de este espectro se encuentran los mercados efectivamente no regulados, los cuales crean costos sociales y de salud inaceptablemente altos porque quienes controlan el comercio, legal o ilegal, están motivados casi exclusivamente por las ganancias. Entre estos extremos existe una gama de opciones regulatorias que pueden minimizar mejor los daños asociados con el uso de estimulantes u otras drogas.

La legalización y la regulación, por tanto, no significa simplemente "liberalizar" los mercados. Incluso los defensores más radicales de un "modelo de supermercado" aceptan la necesidad de controles básicos de productos y protecciones al consumidor, tales como ingredientes, controles de edad

y fechas de caducidad. Sin embargo, estamos proponiendo un modelo de regulación orientado a la salud pública. Este enfoque, basado en la creencia de que el gobierno tiene la responsabilidad de minimizar los daños y promover la salud, implica el uso de toda la gama de herramientas reguladoras disponibles para lograr sus objetivos

La forma y los límites de ese control, con razón, estarán sujetos a debate: reconocemos que para algunos reformadores intercambiar el poder de arresto y encarcelamiento por el de la "burocracia a nivel de calle" de un régimen de licencias es problemático.[16] También somos conscientes de que las injusticias sociales asociadas con la prohibición, que recaen con mayor fuerza sobre los marginados social y económicamente, no desaparecerán simplemente bajo un régimen alternativo. La regulación puede reproducir la injusticia si no se lleva a cabo con equidad y justicia a la vanguardia. Por tanto, es imperativo que los modelos de regulación no solo se centren en la salud pública, sino que tomen la promoción de la equidad social y la protección de los derechos como principios fundamentales.

Principios de regulación

En términos generales, una buena política de drogas debería:

- Respetar, proteger y promover los derechos humanos
- Proteger y promover la salud pública
- Promover la equidad social, mejorar las oportunidades de desarrollo y asegurar que las comunidades más afectadas por la prohibición estén incluidas en el desarrollo de políticas
- Reconocer las necesidades, desafíos y aspiraciones específicas de las comunidades más afectadas por los problemas de drogas
- Reducir el crimen, la corrupción y la violencia asociados con el suministro de drogas

16 Véase, por ejemplo, Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services.* New York; *Russell Sage and Valverde, M. (2003). Law's Dream of a Common Knowledge*. Woodstock: Princeton University Press.

- Proteger contra la influencia corporativa excesiva en la formulación de políticas
- Limitar los incentivos para la obtención de beneficios impulsados por el uso problemático
- Proteger a los jóvenes y vulnerables de posibles daños
- Incorporar indicadores claros de resultados, medidas de éxito y procesos de evaluación [17]

La evidencia de los daños causados por la prohibición es abrumadora: desde un gran gasto en vigilancia, hasta la violencia y la corrupción que caracterizan a todos los niveles de la cadena de suministro, hasta las barreras al tratamiento que puede crear el miedo a las sanciones penales. Sin embargo, también debe reconocerse que en un mercado sin control el riesgo de un mayor uso es real y, con ello, el riesgo de un mayor uso problemático (aunque uno no conduce inevitablemente al otro).[18] La UNODC estima actualmente que alrededor del 10% del uso de drogas ilegales puede definirse como problemático.[19] Esto no es diferente a las estimaciones de trabajo del consumo problemático de alcohol (dependiendo de cómo se defina).

Al igual que con el alcohol, hay una distribución de Pareto aquí: el 20% de quienes registran un mayon consumo de drogas, ingieren la mayoría de todas las sustancias y representan una cantidad desproporcionada de los daños experimentados. Si bien esto desmiente la afirmación de que el consumo de drogas ilegales es inevitablemente, o incluso habitualmente, una fuente de problemas graves, también apunta a la necesidad de que las políticas reconozcan que el uso nocivo, incluso cuando se concentra entre una pequeña proporción de todas las personas que usan estimulantes, debe ser un enfoque clave.

17 Para un análisis más extenso de estos principios, ver: Transform Drug Policy Foundation y St George's House (2020). Desafíos para un mundo donde las drogas están legalmente reguladas. transformdrugs.org/wp-content/uploads/2020/02/St-Georges-House-Report-WEB.pdf

18 En la investigación sobre el alcohol, recientemente se ha cuestionado la suposición de que un mayor consumo, invariable y uniformemente, impulsa un mayor consumo nocivo (conocido como "modelo de distribución única"). Véase, por ejemplo, Holmes, J., Ally, AK, Meier, PS et al. (2019). "La colectividad de las tendencias del consumo de alcohol en Gran Bretaña a lo largo de diferentes procesos temporales: un análisis de cuantil de edad-período-cohorte". *Addiction*, 114.11. doi.org/10.1111/add.14754

19 UNODC (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015. p.1. www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf; UNODC (2014). Informe Mundial sobre las Drogas 2014. p.1 www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf

La variedad y la intensidad de las herramientas reguladoras que deben implementarse dependen de los riesgos de un producto en particular en un entorno determinado. Cuanto más riesgosa sea una droga, más estrictos serán los controles que razonablemente se esperan

La variedad y la intensidad de las herramientas reguladoras que deben implementarse dependen de los riesgos de un producto en particular en un entorno determinado. Cuanto más riesgoso es un droga, más estrictos son los controles que razonablemente se esperan. Por ejemplo, esperaríamos que la hoja de coca estuviera regulada de manera menos estricta que la cocaína en polvo. De hecho, la política debe trabajar hacia desalentar de manera progresiva los productos y comportamientos de mayor riesgo, alentar a las personas hacia patrones de uso menos riesgosos y, a largo plazo, fomentar normas sociales en torno a un consumo menos dañino.

El contexto político y social determina inevitablemente la regulación. Por ejemplo, han surgido modelos distintos de regulación del cannabis en Uruguay, España, Canadá y diferentes estados de EE. UU.[20] Éstos reflejan en parte actitudes sociales ante el riesgo, pero también actitudes políticas hacia la competencia y el papel de las fuerzas comerciales en la configuración del mercado.

Los sistemas regulatorios deberían limitar el poder y la influencia de las empresas, pero la historia de la regulación del alcohol y el tabaco ilustra lo difícil que puede ser esto. Comenzar desde cero, como sería el caso de las drogas actualmente ilegales, ofrece la oportunidad de aprender de esas lecciones y aceptar que los intereses de la salud y el bienestar a menudo requerirán lo que parecen ser controles más estrictos que el caso, por ejemplo, del alcohol, incluso si los riesgos específicos de la sustancia son menores.

Como principio fundamental, la politica de drogas debe reflejar y abordar las condiciones específicas del país o región a la que se aplica. No existe un enfoque único para todos; las culturas de las drogas, los contextos económicos, los servicios de salud, los sistemas políticos y las estructuras de mercado no son los

20 Transform Drug Policy Foundation (2016). Cómo regular el cannabis: una guía práctica. pp.252–9. transformdrugs.org/product/how-to-regulate-cannabis-a-practical-guide/

mismos en todo el mundo y la política de drogas tiene que reflejar esta realidad. Los países que introduzcan una nueva reglamentación farmacéutica deberán trabajar dentro de las limitaciones específicas de su localidad. Como parte de esto, deberán:

- Abordar, mejorar y, cuando sea necesario, reparar las injusticias históricas que han surgido de la aplicación de la política de drogas en esa región.
- Negociar el entorno legal y político local. Por ejemplo, en los EE. UU. el cannabis sigue siendo ilegal a nivel federal, lo que coloca importantes restricciones a los reguladores a nivel estatal. En España, el modelo de club social cannábico ha tenido que cumplir con la política nacional de despenalización y evitar el incumplimiento de las obligaciones del tratado de la ONU.
- Alinearse con las leyes y regulaciones existentes para otras drogas o actividades de riesgo, como las que rigen los venenos, los medicamentos, la conducción, etc.
- Ser realista económicamente. Si los requisitos reglamentarios son demasiado costosos de implementar, entonces el modelo será insostenible.
- Ser políticamente factibles. Por ejemplo, la necesidad de mitigar la hostilidad de los oponentes políticos y los países vecinos ha dado forma al desarrollo del modelo regulatorio más restrictivo controlado por el gobierno para el cannabis en Uruguay.

El diseño de la reglamentación farmacéutica es complejo, especialmente cuando se reemplaza más de un siglo de práctica existente e instituciones arraigadas. Las opciones establecidas en este libro no pretenden ser definitivas ni completas. Más bien, son el punto de partida para una discusión más considerada, estableciendo opciones preferibles basadas en principios y conocimientos establecidos.

Cinco modelos de regulación

Anteriormente, Transform ha establecido cinco modelos básicos para regular el suministro de drogas, todos los cuales también se utilizan para productos y mercados existentes.[21] Estos se describen brevemente a continuación, con sugerencias sobre cómo se podrían aplicar a los estimulantes, comenzando con el modelo más estrictamente regulado primero y pasando al menos estrictamente regulado.

1. Prescripción médica

Para las personas que reciben tratamiento por dependencia (ilegal) de la heroína, la prescripción de sustitutos de menor riesgo, como la metadona o la buprenorfina, es ampliamente aceptada como una medida clave basada en la evidencia para reducir el daño.[22] En los casos en que las personas no responden a la terapia de sustitución de opioides (TSO), hay pruebas sólidas de que la prescripción de heroína farmacéutica (diamorfina) es eficaz y la prescripción de heroína ya está permitida en varios países.[23] La justificación y las mejores prácticas en torno a la prescripción de opioides no se pueden transferir directamente a los estimulantes; sin embargo, existe una base de datos y antecedentes más pequeños pero no insignificantes de prescripción de estimulantes en este contexto, aunque en su mayoría se limita a las anfetaminas (véase el Capítulo 7). La prescripción puede implicar recetas para llevar a casa o el requisito de que el consumo se realice bajo supervisión.

2. Venta en farmacia especializada

Los farmacéuticos están capacitados y tienen licencia para dispensar recetas, aunque generalmente no pueden escribirlas. También pueden vender medicamentos de bajo riesgo detrás del mostrador y están capacitados para brindar servicios de salud general y consejos de seguridad sobre recetas médicas y cómo usarlas. Los farmacéuticos trabajan dentro de un marco legal

21 Transform Drug Policy Foundation(2009). Después de la guerra contra las drogas: una propuesta para la regulación. transformdrugs.org/product/after-the-war-on-drugs-blueprint-for-regulation/

22 Babor, T. et al. (2016). *Drug Policy and the Public Good*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press.

23 Centro Europeo para el Monitoreo de Drogas y Drogadicción (EMCDDA) (2012). Perspectivas del EMCDDA: nuevo tratamiento asistido con heroína: pruebas recientes y prácticas actuales del tratamiento supervisado con heroína inyectable en Europa y más allá. www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment_en

claramente definido. Están capacitados, regulados y apoyados por organismos profesionales. En algunos lugares, los farmacéuticos ya están involucrados en regímenes de manejo de medicamentos. Por ejemplo, en el Reino Unido, se les ha exigido que supervisen el consumo *in situ* de algunas recetas de metadona como medida de precaución contra el desvío al mercado ilegal.

Las farmacias no suelen estar involucradas en la dispensación o venta de medicamentos para uso no médico. Sin embargo, un sistema basado en la provisión de farmacia podría proporcionar una forma eficaz de gestionar la disponibilidad de algunas drogas para uso no médico. Este es el caso de Uruguay, donde solo se puede acceder al cannabis minorista a través de las farmacias, aunque algunos han cuestionado si un modelo de farmacia estricto es apropiado para los riesgos del cannabis. Este enfoque también ha planteado preguntas a los farmacéuticos, algunos de los cuales no están contentos de pasar de su función de dispensación médica establecida al uso no médico de drogas, incluso cuando existe una clara justificación de reducción de daños para que lo hagan.

Un modelo de farmacéutico especializado en drogas no médicas puede abordar algunas de estas preocupaciones. Esta nueva especialidad profesional estaría sujeta a una formación y códigos de práctica similares a los de los farmacéuticos convencionales, pero con criterios de control de acceso, responsabilidades, conocimientos especializados y cualificaciones adicionales. Bajo este modelo minorista estrictamente controlado, profesionales de la salud capacitados y con licencia actúan como guardianes; hacen cumplir los controles de acceso, como restricciones de edad, intoxicación y cantidad comprada. Fundamentalmente, también estarían capacitados para ofrecer asesoramiento sobre riesgos, uso más seguro y acceso a los servicios cuando sea necesario.

3. Venta autorizada para consumo dentro de las instalaciones (“on-sales”)

Los “on-sales” permiten el consumo solo en el lugar donde se compra un producto. Los pubs y bares, por ejemplo, tienen licencia para el consumo de alcohol en el local. Esto permite un mayor control sobre el consumo que en el caso de las “off-sales”, por ejemplo, rechazar el servicio a los clientes ebrios o eliminar a los clientes que se comportan de manera agresiva. También permite a las autoridades que otorgan licencias influir en el entorno en el que se produce el consumo, en lugar de sólo controlar cómo se vende el producto. Este modelo

permite cierto grado de supervisión y control del consumo y crea un entorno en el que se pueden gestionar mejor los daños potenciales.

4. Venta autorizada para consumo fuera de las instalaciones ("off-sales")

Las "off sales" permiten el consumo de productos fuera de las instalaciones (por ejemplo, en el hogar), como en, por ejemplo, la venta de alcohol o tabaco en tiendas y supermercados. Es el sistema utilizado para la venta al por menor de cannabis recreativo en Canadá y la mayoría de los estados de EE. UU. que lo han legalizado. Las ventas externas están reguladas: siguen estando autorizadas y, como tales, deben realizarse de acuerdo con las condiciones de la licencia. Estas pueden aplicarse local por local, pero también pueden aplicarse producto por producto.

Las condiciones de la licencia pueden incluir controles de precios, requisitos para la capacitación de proveedores responsables, restricciones de publicidad y promoción, restricciones de edad, requisitos para el suministro de información sobre salud y seguridad, y no permitir ventas en el mismo lugar que otras sustancias.

Las ventas en línea son otra forma de "venta directa". Sin embargo, presentan desafíos adicionales. En la concesión de licencias de alcohol en el Reino Unido, por ejemplo, el "punto de venta" a efectos de la concesión de licencias es en realidad la tienda o almacén donde se recogen las existencias, no la "puerta" donde se entrega el producto. Esto crea el problema de que se determinan los criterios de acceso por edad (es decir, la venta solo a adultos) en el "punto de venta" en lugar de en el punto de la entrega. Sin embargo, un régimen de licencias bien diseñado debería poder abordar esto determinando el "punto de venta" como el punto de entrega, o exigiendo a un signatario designado o adulto para una entrega.

Las condiciones de la licencia pueden incluir controles de precios, requisitos para la capacitación de proveedores responsables, restricciones a la publicidad y promoción, restricciones de edad y requisitos para proveer información sobre salud y seguridad

5. Venta sin licencia

Las drogas de riesgo suficientemente bajo, como el café o el té de coca, requieren relativamente pocos o ningún control de licencias. Sin embargo, aún deben estar sujetos a la regulación convencional de alimentos o bebidas con respecto a ingredientes, prácticas de producción, etiquetado, etc. Al igual que con los alimentos, los requisitos sobre la información de etiquetado y envasado, así como las advertencias, pueden establecerse a través de una legislación general que opere fuera o junto a un sistema de licencias.

Regulación y motivaciones para el uso de estimulantes

Las distintas razones por las que las personas usan estimulantes se pueden dividir en tres amplias categorías de uso: funcional, recreativo y dependiente. Aunque estas categorías son útiles para los propósitos de esta discusión, el uso de comportamientos a menudo cambia con el tiempo. Por lo tanto, estas categorías describen con mayor precisión un espectro de motivaciones y comportamientos entre los que los individuos pueden moverse.

Uso funcional

Muchas personas usan estimulantes por sus beneficios funcionales: es decir, por ejemplo, para evitar el cansancio o ayudar a la concentración, la atención o el rendimiento en un entorno de trabajo (a veces descrito como "mejora cognitiva"). Los ejemplos incluyen el uso por parte de conductores de larga distancia, trabajadores de turnos nocturnos, trabajadores que tienen jornadas largas, empresarios que buscan una ventaja competitiva o estudiantes con una gran carga de trabajo que luchan por mantenerse concentrados. Históricamente (e incluso recientemente), las fuerzas armadas también han utilizado estimulantes para su uso funcional.[24]

Esta categoría también puede superponerse con los usos médicos, ya sea

24 Véase, por ejemplo, Bower, EA y Phelan, JR (2003).“Uso de anfetaminas en el entorno militar”. *Lancet Extreme Medicine* 362. **pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14698114/**

en relación con la medicación prescrita formalmente (por ejemplo, el uso de anfetaminas para la narcolepsia o TDAH), la automedicación informal o el uso cuasi médico y de estilo de vida (por ejemplo, el uso de las propiedades supresoras del apetito de las anfetaminas para control de peso).

Ya existe un mercado legal de estimulantes funcionales de bajo nivel, principalmente productos a base de cafeína. En muchos países se utilizan otros estimulantes "funcionales". Estos incluyen estimulantes tradicionales a base de plantas, como coca, khat o betel, y productos farmacéuticos, como modafinilo y efedrina (que en su mayoría están controlados pero disponibles con receta médica o, en muchos casos, se venden abiertamente).

Uso recreacional

Los estimulantes se utilizan ampliamente con fines recreativos, motivados por el placer del efecto de la droga en sí o por el hecho de que puede mejorar las actividades sociales (al, por ejemplo, permitir que los usuarios permanezcan despiertos toda la noche, aumentar la confianza, proporcionar energía para bailar o mejorar el desempeño sexual). Esto generalmente implica un mayor consumo por dosis que para uso funcional, pero también puede ser menos frecuente. Como tal, presenta un conjunto diferente de riesgos y desafíos con un mayor enfoque en los daños agudos, sobre todo porque la población de personas que usan estimulantes de manera recreativa tiende a ser más joven (aunque hay un uso significativo entre las personas mayores, especialmente conforme la generación *rave* envejece).

Entre esta agrupación hay una considerable flexibilidad en los comportamientos. Los estimulantes a menudo se pueden sustituir entre sí dependiendo de la situación, predisposición individual, disponibilidad o costo. A menudo se utilizan en combinación con otros fármacos no estimulantes. Algunos estimulantes tienden a consumirse en exceso, mientras que otros tienden a tomarse en una sola dosis. Aunque algunos patrones de uso aumentan el riesgo y pueden causar un daño agudo o la muerte, el uso recreativo y ocasional de estimulantes no está asociado con daños importantes para la salud de la mayoría de los consumidores. El uso es generalmente poco frecuente y está limitado por las normas sociales que surgen entre los grupos de pares en su contexto social. Estas normas se atenúan aún más mediante controles personales, basados

tanto en la experiencia como (cuando esté disponible) en la comprensión informada de los riesgos.

Uso dependiente

Una minoría de personas que consumen estimulantes lo hace de una forma que puede definirse como dependiente.[25] Las tasas de dependencia varían, como proporción de personas que consumen una sustancia determinada. Son, por ejemplo, mucho más altos para la cocaína y las anfetaminas que para la MDMA. Los problemas de dependencia se asocian más comúnmente con el uso de mayor intensidad de preparaciones de mayor potencia (como crack o metanfetamina) y / o patrones más riesgosos de consumo de liberación rápida, es decir, fumar e inyectarse, en oposición al uso oral o inhalar. La reducción de daños y las respuestas de tratamiento al consumo dependiente y de mayor riesgo se exploran con más detalle en el Capítulo 7.

En cualquier mercado de drogas regulado, la política debe diseñarse para reducir o prevenir, en la medida de lo posible, el desarrollo del uso dependiente o de alto riesgo. También debe garantizar que los servicios de tratamiento y reducción de daños efectivos estén disponibles para aquellos que consumen de manera problemática. Este debería ser el caso en un mercado de estimulantes legales, al igual que debería ser el caso del alcohol. La prevención implica no solo educación eficaz y la reducción del daño, sino también el establecimiento de condiciones universales (mediante el control de aspectos como la disponibilidad y el precio) que hacen menos probable el uso dependiente.

Reconocer que la distinción entre patrones de uso dependientes y otros no es simple tiene implicaciones políticas tangibles. En el caso del alcohol, por ejemplo, la regulación durante gran parte del siglo XX se basó en la creencia de que el "alcoholismo" era una enfermedad que solo afectaba a un pequeño número de personas y que los "alcohólicos" eran cualitativamente diferentes de todos los demás bebedores. Esto llevó a muchos países a adoptar políticas de *laissez-faire*

25 Transform es consciente de las complejidades en torno a las definiciones de dependencia y del riesgo de asumir una distinción clara entre uso dependiente y no dependiente. En términos generales, estamos aplicando el término como se usa en la definición de ICD-10 de "síndrome de dependencia" (ver aquí para una descripción general: **https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology**). En el tratamiento del alcoholismo, es habitual distinguir entre dependencia "leve", "moderada" y "grave" (ver, por ejemplo, **www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/introduction**). Esto es útil en la medida en que reconoce que los patrones de uso dependiente, aunque estén definidos con precisión, tienden a existir en un espectro más que en una relación binaria con el consumo "moderado".

Cafeína

La cafeína es la droga más popular del mundo, consumida principalmente en forma de café, té, refrescos y chocolate. Es un estimulante funcional que satura gran parte de la cultura contemporánea. Su uso casi ubicuo, su estatus legal y en gran parte no regulado y la normalización cultural proporcionan un contexto útil para el debate más amplio sobre los estimulantes.



Ejemplos de bebidas energéticas
Cada vez son más populares y, a menudo, se comercializan de forma agresiva debido a sus propiedades estimulantes. FOTO: Steve Rolles

Contenido tipico de cafeína

Café 50–200mg **Té** 50mg

Bebidas de cola de 30 a 60mg (lata de 355ml)

Bebidas energéticas 80–160mg

Pastillas de cafeína 50mg (según la marca)

La cafeína tiene un riesgo relativamente bajo, aunque en dosis más altas (500-600 mg) puede causar insomnio, nerviosismo, inquietud, irritabilidad, ansiedad, malestar estomacal, latidos cardíacos rápidos y temblores musculares. Sin embargo, es importante destacar que, debido a los efectos secundarios desagradables en dosis más altas, su uso tiende a ser autolimitado, lo que significa que las personas generalmente dejan de consumirlo antes de que cualquier efecto se vuelva peligroso.

Muchos consumidores de cafeína probablemente cumplirían con algunos de los criterios de diagnóstico para la dependencia, pero debido a los bajos riesgos, la prevalencia notablemente alta de la dependencia de la cafeína recibe poca atención. De hecho, la cafeína se normaliza en la medida en que rara vez se comenta junto con el uso de otros estimulantes. Es solo relativamente reciente que algunos gobiernos han comenzado a explorar o implementar una mayor regulación de ciertas bebidas energéticas con alto contenido de cafeína, incluida la imposición de advertencias sanitarias, la restricción de las ventas a menores de 16 años o la limitación de las ventas a las farmacias.

hacia el control del alcohol en la creencia de que la cantidad que bebía la población en su conjunto, la disponibilidad general de alcohol y la cantidad de marketing realizado por la industria no tendrían un impacto significativo en problemas de uso. Esta opinión ha sido ahora ampliamente desacreditada. [26]

Equilibrio de prioridades en conflicto

Regular los mercados de drogas significa equilibrar las prioridades en conflicto y gestionar el poder relativo de las diferentes partes interesadas.

Imperativos comerciales *vs* salud pública

Un desafío fundamental en la reglamentación farmacéutica es la gestión de los objetivos a menudo conflictivos del comercio y la salud pública. Sabemos por la experiencia del alcohol y el tabaco que, especialmente cuando están involucradas entidades corporativas a gran escala, los proveedores comerciales tenderán a priorizar la maximización de las ganancias sobre la promoción de la salud. Existe una larga y bien documentada historia de actores de la industria del alcohol y el tabaco que socavan vigorosamente los esfuerzos para restringir o regular sus actividades y buscan socavar la evidencia de investigaciones que respalda una regulación más estricta. Cualquier régimen de mercados de drogas regulados debe diseñarse para evitar que esto suceda y ser lo suficientemente robusto como para resistir la intensa presión que los poderosos actores comerciales pueden ejercer.

Al igual que las drogas legales, como el alcohol, los estimulantes no son productos ordinarios y los desafíos únicos que presentan los estimulantes justifican un mayor nivel de intervención gubernamental que el caso de otros consumibles. Esto es particularmente cierto dada la novedad de los mercados de estimulantes legales en esta etapa temprana, y nuestra relativa falta de conocimiento sobre cómo funcionarían bajo nuevas condiciones. Nuestro punto de vista es que, al buscar el equilibrio adecuado entre los intereses del comercio (que busca aumentar las ganancias mediante el uso creciente) y la salud pública (que busca minimizar los daños mediante el uso moderado), este

26 Para una visión general, ver Butler, S. et al. (2017). *Alcohol, Power and Public Health: A Comparative Study of Alcohol Policy*. Routledge, pp.1–25.

último siempre debe tener prioridad. La regulación debe desarrollarse con una comprensión clara de lo difícil que puede ser, aprendiendo especialmente de los éxitos y fracasos del control del tabaco, el alcohol y el cannabis emergente.

Nuevos actores comerciales *vs* comunidades impactadas

Los movimientos hacia la legalización del cannabis en América del Norte han puesto de relieve la importancia fundamental de promover la equidad social en un entorno regulado. Algunos estados de EE. UU., por ejemplo, han tratado de lograrlo de manera proactiva a través de una serie de medidas que incluyen la eliminación de registros anteriores por delitos de drogas, asegurarse que las licencias tengan un precio que reduzca las barreras de entrada en el nuevo mercado, limitar las licencias para prevenir monopolios y dar capacitación para personas de comunidades más pobres, minoritarias o previamente afectadas.[27] Si no se controlan, los mercados de productos básicos tienden inevitablemente al dominio de los grandes operadores comerciales. En el caso de los mercados de drogas, donde la prohibición ha llevado a décadas de criminalización y exclusión económica desproporcionadas, esta dinámica natural del mercado no puede dejarse sin restricciones. Más bien, el sistema regulatorio tiene que basarse activamente en la justicia socíal y garantizar que las comunidades afectadas formen parte del proceso de desarrollo de políticas.

Diferentes concepciones de libertad y autonomía

Toda regulación implica cierto grado de restricciones a la libertad individual. A menos que el objetivo sea un mercado libre para todos, la cuestión no es si deberíamos regular, sino dónde deberían trazarse las líneas de intervención justificables. Este es un problema político clave que no puede pasarse por alto. La posición clásicamente liberal es que el Estado no debería intervenir en los comportamientos privados a menos que se pueda demostrar que dañan a otras personas. La posición de la "salud pública" es que se justifica un grado

27 Transform Drug Policy Foundation (2020). Estados alterados: regulación sobre cannabis en los EE. UU. https://transformdrugs.org/publications/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us; Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia (2020). Capturando el mercado: regulación del cannabis en Canadá. transformdrugs.org/product/capturing-the-market/

de restricción adicional si protege a los ciudadanos de los riesgos para su salud o, de hecho, de las presiones no deseadas de la influencia comercial. En los extremos de ambos lados se encuentra el abandono del deber del gobierno (y la transferencia del control a entidades impulsadas únicamente por el lucro) o la intrusión inaceptable de un Estado paternalista (incluidos los guardianes autoproclamados de la salud pública) en aspectos de vida privada donde no tienen nada que hacer.

Toda regulación implica alguna restricción a la libertad individual. A menos que el objetivo sea un mercado libre para todos, la cuestión no es si deberíamos regular, sino dónde deberían trazarse las líneas justificables de intervención

Por supuesto, no existe una respuesta "correcta" a esta pregunta. Entre las comunidades de reforma de las políticas de drogas hay quienes están motivados principalmente por la protección de los derechos individuales, otros motivados por la perspectiva del potencial comercial y otros cuyo enfoque es la promoción de la salud pública. Transform, al tiempo que reconoce la validez de argumentos más libertarios, ve la política de drogas a través de una lente de reducción de daños y, por lo tanto, inevitablemente, enfatiza las soluciones políticas en las que la compensación entre la libertad personal o comercial y la protección de la salud pública se orienta hacia lo último.

Mercados ilegales residuales *vs* regulados

La política siempre es vulnerable a consecuencias no deseadas. En el caso de la política de drogas, una regulación lo suficientemente restrictiva como para lograr ciertos objetivos de reducción de daños puede ser demasiado restrictiva para proporcionar una alternativa viable a los mercados ilegales. Los controles demasiado onerosos pueden dar lugar a precios excesivamente altos o barreras inaceptablemente estrictas al acceso a los mercados. Cualquiera que sea el bien que se pueda esperar que hagan en teoría, si simplemente se eluden, la política ha fallado.

Por otro lado, si la política no es lo suficientemente restrictiva y surge un mercado comercial desenfrenado, esto limitará severamente la oportunidad de minimizar el daño. Afortunadamente, aunque ni la regulación del alcohol ni del

tabaco han sido perfectas, tenemos décadas de experiencia en las que basarnos, considerando el equilibrio adecuado de controles en torno a productos, precio, disponibilidad y marketing para intentar gestionar un mercado regulado de drogas riesgosas de manera efectiva.

Alinearse con culturas existentes *vs* dar forma a comportamientos futuros

Los nuevos sistemas regulatorios deben alinearse con las culturas existentes de consumo de drogas. Sin embargo, esas culturas han sido profundamente moldeadas por la prohibición y la tendencia a la supresión para crear subculturas alternativas que involucran productos y comportamientos de mayor riesgo. De manera pragmática, los mercados legales deberán configurarse de manera que atraigan a los consumidores que compran de fuentes ilegales, ya sea por razones de costo o de cultura. Esta no es una tarea fácil y hay que encontrar un equilibrio entre la urgencia de implementar reformas y el riesgo de avanzar demasiado apresuradamente.

Sin embargo, esto no significa que la política deba simplemente mantener el status quo. Más bien, la regulación puede modelar progresivamente las normas sociales y alentar los movimientos hacia comportamientos, productos y entornos de uso más seguros. La evidencia sugiere, por ejemplo, que los consumidores de drogas responden a los cambios en el precio y consumirán menos de un producto a medida que los precios suban, pasando potencialmente a otro producto menos riesgoso si el precio de este último cae.[28] Si bien la política es solo un elemento en la compleja mezcla cultural que da forma a los comportamientos relacionados con las drogas, es la palanca sobre la que los gobiernos tienen control y hay muchos ejemplos de la historia (por ejemplo, la prohibición de fumar en lugares públicos) donde las iniciativas políticas han tenido un efecto directo y transformador sobre el comportamiento.

Reconociendo los límites de la regulación

La regulación legal de las drogas no es una panacea. No eliminará el uso

28 Babor, T. et al. (2016). *Drug Policy and the Public Good*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, pág.166.

problemático de drogas o la dependencia y algunas personas continuarán siendo perjudicadas por su uso de drogas o como resultado del uso de drogas de otras personas. Además, las injusticias sociales actualmente exacerbadas por la prohibición de las drogas — la marginación, la estigmatización y el encarcelamiento masivo de comunidades, a menudo de color — no desaparecerán, aunque se reducirá en gran medida un instrumento importante de su aplicación.

La regulación tal como se contempla aquí tampoco eliminaría por completo los mercados de drogas ilegales. Como ocurre con el alcohol, el tabaco y muchos otros productos, siempre existe un mercado ilegal residual que, en el mejor de los casos, puede reducirse pero nunca erradicarse por completo. Además, un sistema regulador es tan bueno como su aplicación. Sin embargo, incluso una reducción parcial de los mercados ilegales y los daños relacionados con la prohibición todavía representa una gran ganancia neta para la sociedad en su conjunto.

La regulación de los mercados de drogas también es solo un aspecto del debate más amplio sobre políticas de drogas. El consumo de drogas y las políticas de drogas son parte de un sistema complejo de factores e influencias que se cruzan. Este sistema también cambia con el tiempo. Como Babor et al. han notado correctamente:

> *A diferencia de los problemas técnicos que pueden "resolverse" y luego pasar al ámbito de la administración gubernamental de rutina (por ejemplo, cómo purificar el agua o construir un puente sólido), los problemas sociales como las drogas ilícitas deben ser "resueltos" una y otra vez por cada generación. La política puede minimizar el daño que causan las drogas y el tipo de problemas que existen, pero no permite que la sociedad elija estar completamente libre de las drogas o de sus problemas.*[29]

Sin embargo, la complejidad no es motivo de inacción. Todo lo contrario. La prohibición no solo crea y agrava una variedad de daños sociales y de salud, sino que además genera obstáculos tanto conceptuales como prácticos para abordar las preocupaciones de salud muy reales en torno al uso problemático de drogas. Su reemplazo por un sistema regulatorio, al reorientar los recursos y cambiar los obstáculos políticos e ideológicos, permitiría la adopción de un enfoque de

29 Babor, T. et al. (2016). *Drug Policy and the Public Good*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press. pp.274–5.

salud pública que produciría beneficios a largo plazo. Esto facilitaría entornos de formulación de políticas más racionales y basados en evidencia, que solo pueden ayudar a abordar las condiciones sociales que subyacen al uso problemático y a abordar mejor los daños más amplios relacionados con las drogas.

El contexto político más amplio

El establecimiento de nuevos mercados regulados legalmente para las drogas actualmente ilegales requiere nuevas estructuras institucionales en diferentes niveles de gobierno: internacional (incluidas agencias globales y regionales como la ONU y la Unión Europea), nacional y local. Actualmente, están surgiendo tensiones entre estas estructuras multinivel, lo que pone de relieve el grado en que se están desgastando bajo la presión de la reforma. Debido a que las instituciones globales han tendido a mostrar poca inclinación a liderar, la reforma de la política de drogas a menudo ha sido impulsada por la innovación local. Las leyes de cannabis de Uruguay y Canadá no cumplen con las convenciones sobre drogas de la ONU; la regulación del cannabis a nivel estatal de EE. UU. está en conflicto con la ley federal; y una serie de iniciativas locales sobre la regulación del cannabis, incluyendo en Copenhague, más de 60 municipios de los Países Bajos y el País Vasco de España, están desafiando los marcos legales nacionales.

Internacional

La ONU juega un papel fundamental en el establecimiento de una política global de drogas, estableciendo las barreras dentro de las cuales operan las políticas nacionales de drogas. La prohibición se basa actualmente en los tratados de la ONU sobre drogas, que sitúan el tema directamente como uno de crimen y aplicación. En el contexto de la reforma global, esto debería cambiar. Un mercado legal de estimulantes debería regularse de manera que no solo minimice los daños a la salud, sino que también proteja los derechos y las necesidades de los productores, especialmente en las regiones de bajos ingresos. Esto requeriría nuevos acuerdos comerciales internacionales, así como una mayor consideración de las normas de derechos humanos relacionadas con las políticas de drogas dentro de los regímenes de algunos tratados clave. La responsabilidad de ocuparse de los problemas relacionados con las drogas debería pasar de la UNODC a la OMS, idealmente viendo el desarrollo de un acuerdo internacional similar al Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Los estándares de derechos humanos de la ONU son consistentes con el marco de regulación legal propuesto en este libro. No se puede decir lo mismo de la prohibición de las drogas. Un informe reciente de ONUSIDA, la OMS y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo declaró que "ninguna ley, política o práctica sobre drogas debe tener el efecto de socavar o violar la dignidad de ninguna persona o grupo de personas".[30] En realidad, la guerra contra las drogas ha provocado sistemáticamente abusos flagrantes de los derechos humanos, en clara violación de la dignidad humana.[31] La regulación legal crea una oportunidad para que los derechos individuales y colectivos sean protegidos de formas actualmente socavadas por la aplicación de la prohibición.

Claramente, una reforma integral requiere una revisión de los tratados de control de drogas de la ONU o un curso de acción geopolíticamente viable mediante el cual los Estados individuales, o grupos de Estados con ideas afines, puedan navegar más allá de las obligaciones de los tratados existentes. Este es un tema complejo, que se trata con más detalle más adelante en el libro.

Gobierno nacional

Si bien los mercados de drogas tienen un alcance global, los gobiernos nacionales deben tener el poder de determinar sus propias políticas de drogas, dentro de los amplios parámetros establecidos en el comercio internacional y las leyes de derechos humanos. En un panorama legal reformado, la responsabilidad principal de la política de drogas debería recaer en los departamentos de salud, más que en los de asuntos internos. Si bien el gobierno conservará las responsabilidades esenciales de supervisión y aplicación de la normativa, es un principio fundamental que el consumo de drogas (en la medida en que suponga un riesgo) es principalmente un problema de salud y debe tratarse como tal.

Sin embargo, debido a su complejidad (y como es el caso del alcohol) la política de drogas siempre será profundamente interdepartamental. Los departamentos de asuntos internos seguirán teniendo un papel clave en la aplicación de nuevas regulaciones; las tesorerías buscarán la generación de impuestos; debe haber un papel fundamental para el desarrollo internacional en la protección de los

30 Centro Internacional de Derechos Humanos y Políticas de Drogas, ONUSIDA, OMS y Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (ONU) (2019). Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html

31 Ver: Transform Drug Policy Foundation (2011). La guerra contra las drogas: socavando los derechos humanos. transformdrugs.org/product/count-the-costs-undermining-human-rights/

productores y el apoyo al comercio justo; los departamentos de educación tendrán un papel en la prevención y reducción de daños, y así con el resto. Por esta razón, un organismo de coordinación con un informe interdepartamental será esencial para garantizar la coherencia de los enfoques en todos los ámbitos políticos. Ya existen modelos para esto. En el estado de Washington y muchas provincias canadienses, la política del cannabis se ha delegado a las agencias existentes que supervisan la regulación del alcohol. Uruguay, en cambio, estableció un nuevo Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

Gobierno local

La implementación a nivel de la calle y la aplicación de la regulación recae invariablemente en las autoridades locales. La concesión de licencias generalmente permite a las autoridades locales determinar el número, la densidad y las prácticas operativas de los puntos de venta en su área, y adaptar esas decisiones a las necesidades locales.

Puede ser que algunas comunidades no deseen ver la venta legal de estimulantes en sus áreas, incluso si el suministro está legalizado a nivel nacional. Esta "opción local" se ha aplicado históricamente en los condados "secos" (sin alcohol) de los EE. UU. y Australia, y más recientemente con los puntos de venta de cannabis en los EE. UU. y las "cafeterías" de cannabis en diferentes municipios holandeses. En Estados Unidos, todos los estados que han regulado legalmente el cannabis recreativo permiten a las autoridades locales flexibilidad en las leyes de zonificación o la opción de prohibir por completo a los minoristas.[32]

El nivel de autonomía regulatoria que se deja a las comunidades individuales requiere un cuidadoso equilibrio. Es fundamental que las áreas locales tengan cierto grado de control sobre cómo se manifiesta la regulación de estimulantes en sus comunidades. Sin embargo, la diversidad de políticas locales también puede dificultar el acceso al mercado legal para algunas comunidades y fomentar que continúe un mercado ilegal no regulado o ventas secundarias informales. Los servicios de entrega y venta minorista en línea pueden ofrecer una solución parcial, pero vienen con sus propios desafíos regulatorios.

32 Transform Drug Policy Foundation(2020). Estados alterados: regulación sobre el cannabis en los EE. UU. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

¿Se puede lograr?

El sistema global de prohibición de las drogas parece tan arraigado que puede resultar difícil imaginar una alternativa. A pesar de sus notorias fallas, sus costos sociales y su papel en la profundización de las injusticias, la prohibición tiene la ventaja de ser el sistema existente. El cambio político es difícil en cualquier momento: cambiar los tratados globales de larga data, respaldados por instituciones tan vastas y difíciles de manejar como la ONU, y reforzados por Estados poderosos cuya influencia en el escenario global es inmensa es, sin duda, un desafío profundo. Pero, como todo cambio, es posible, y para avanzar hacia él necesitamos imaginar la alternativa: mapearlo y evaluar las diferentes formas que puede adoptar. Los futuros historiadores, un día, mirarán hacia atrás y se preguntarán por qué la guerra contra las drogas duró tanto: este libro tiene como objetivo ayudar a impulsar el momento del cambio proponiendo modelos específicos para un sistema diferente. No se trata de si, sino de cuándo fallará el sistema actual. Este libro espera establecer cómo debería verse el nuevo sistema.

Los capítulos que siguen están diseñados para llevar al lector a través de los pros y los contras de los diferentes modelos de regulación, al tiempo que establecen la versión que creemos que promete más. El Capítulo 2 analiza la justificación de diferentes enfoques regulatorios, evaluando lo que pueden lograr y a qué costos, y concluye con lo que propondríamos como un "modelo estándar" para la regulación de estimulantes. Los capítulos posteriores aplican este modelo a tipos específicos de estimulantes: anfetaminas, MDMA y cocaína; abordar cómo se aplican nuestros principios básicos en cada caso y qué variaciones puede haber. Los capítulos sobre reducción de daños y desarrollo sostenible toman dos temas transversales fundamentales y establecen cómo abordarlos en un nuevo contexto regulatorio.

La discusión que sigue está diseñada tanto para describir una hoja de ruta para la regulación como para estimular el debate sobre cómo se podría implementar o mejorar. Nos encontramos en una etapa inicial en esta área del debate sobre políticas de drogas, y las propuestas que se presentan aquí están diseñadas para colocar un marcador: describir lo que consideramos la mejor opción alternativa mientras se mantiene abierto el espacio para desafiarla e

Los historiadores del futuro, algún día, mirarán hacia atrás y se preguntarán por qué la guerra contra las drogas duró tanto tiempo.

invitar a los lectores a considerar cómo los elementos pueden desarrollarse más. Leído con esa perspectiva, creemos que este libro puede hacer una contribución importante para lograr las reformas que el mundo necesita con tanta desesperación.

FOTO: iStock



2
Los aspectos prácticos de la regulación

La regulación de estimulantes debe diseñarse, sobre todo, para proteger la salud pública, reducir las desigualdades sociales y garantizar una más eficiente reducción de daños

PASAR DE LA PROHIBICIÓN A LA REGULACIÓN NO ES SÓLO UNA CUESTIÓN DE PRINCIPIO, sino de detalles prácticos. Si aceptamos que la alternativa a la criminalización no es un acceso libre para todos, entonces tenemos que mirar de cerca qué controles son prácticos, justificados y éticos. Debido a que los estimulantes representan una amplia variedad de sustancias, efectos e impactos a largo plazo, no existe un modelo único para su regulación. Para que sean prácticas, las regulaciones deben lograr sus objetivos y ser lo suficientemente receptivas a los consumidores para que sean aceptadas. Para estar justificadas, no necesitan ir más allá de lo necesario para reducir el daño en un grado razonable. Y para ser éticas, no deben crear daños innecesarios ni exacerbar las desigualdades existentes.

Este capítulo establecerá los principios y preguntas clave para la regulación. Reconociendo que los detalles deben diferir con respecto a las sustancias específicas, discutirá cuestiones generales y modelos generales de control. Funciona desde el principio de que no existe un enfoque único para todos. Sobre esa base, la reglamentación de las drogas debe desarrollarse utilizando un enfoque escalonado, que adapte el modelo de reglamentación a los riesgos de uso.

Cuantificar los riesgos de las drogas

La regulación, como se analizó en el capítulo anterior, es esencialmente un desafío de la gestión de riesgos. Por lo tanto, comprender los riesgos farmacológicos de un droga en particular y cómo se relacionan con los riesgos ambientales y de comportamiento es crucial para determinar la respuesta regulatoria y política, y para la educación sobre riesgos para los consumidores. La formulación de políticas y leyes contemporáneas ha tendido a clasificar las drogas dentro de un pequeño número de categorías: a menudo, como en el caso del sistema de clasificación de drogas de la ONU, se combina la evaluación de riesgos no médicos con una evaluación de su utilidad médica, en una sola clasificación. Estos sistemas de clasificación o planificación legal han sido objeto de críticas de amplio alcance que incluyen que son arbitrarios y se basan en análisis de riesgo inexactos, ausentes u obsoletos; que omiten incluir alcohol y tabaco; y que son principalmente herramientas para establecer una jerarquía de castigos en lugar de dar forma significativa a una respuesta de salud pública.[1]

Más allá de estos desafíos, sin embargo, está el problema más fundamental de que los riesgos de las drogas se definen a lo largo de una serie de diferentes vectores de riesgo agudo y crónico (que incluyen, por ejemplo, la sobredosis y el potencial de dependencia). Las diferentes drogas también pueden tener riesgos secundarios muy diferentes relacionados con el embarazo, la discapacidad para conducir, la competencia en el lugar de trabajo o la violencia y el comportamiento antisocial. Las clasificaciones de drogas a lo largo de estos diferentes vectores de riesgo no necesariamente se alinearán (compare los riesgos crónicos y de sobredosis de la heroína y los cigarrillos, por ejemplo). Se agregan más niveles de complejidad por el hecho de que el riesgo de las drogas pueden estar profundamente determinados por su preparación, la salud del consumidor y otros factores individualizados (incluida la edad, el peso, el género, problemas de salud preexistentes) y los comportamientos de consumo (frecuencia de uso, dosificación, modo de uso, uso de múltiples drogas, entorno de uso, etc.). Un sistema de clasificación de riesgo generalizado de tres o cuatro niveles no es una herramienta política útil en este contexto; potencialmente puede servir como un tótem político, pero es en gran parte un sin sentido en términos prácticos. Los esfuerzos más sofisticados para clasificar los daños causados por las drogas según diferentes vectores de riesgo que luego se

1 Comisión Global de Política de Drogas (2019). Clasificación de las drogas: cuando la ciencia se quedó atrás. www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances

Niveles de riesgo

	Productos farmacológicos	Modelo de regulación
Nivel 1 riesgo bajo	• Hoja de coca / té / productos orales • Té de efedra • Bebida con cafeína	**Comercio minorista** • Controles estándar de productos de consumo • Información comercial sobre envases • Controles de edad / ventas con licencia / restricciones de marketing para algunos productos
Nivel 2 riesgo medio	• Pastillas de MDMA • Pastillas de anfetaminas • Polvo de cocaína	**"Modelo estándar"** • Monopolio estatal minorista estilo farmacia • Envases estilo farmacéutico • Racionamiento de productos • Prohibición de marketing
Nivel 3 alto riesgo	• Anfetamina fumable / inyectada • Cocaína inyectada o crack de cocaína ahumada / base de pasta / basuco • Otros estimulantes fumados / inyectados de alto riesgo	**Modelo de reducción / tratamiento de daños** • Sin disponibilidad minorista • Opciones para prescripción sustitutiva / de mantenimiento • Lugares de consumo supervisados

combinan en un índice de una sola figura adolecen de las mismas deficiencias conceptuales, incluso antes de que se tengan en cuenta los impactos del entorno de políticas legales sobre los riesgos.[2]

No obstante, para el propósito de este libro, hemos dividido los productos farmacológicos estimulantes en tres grandes niveles con el fin de explorar opciones regulatorias. Sin embargo, en lugar de centrarnos solo en las evaluaciones de riesgo farmacológicas convencionales más limitadas que se utilizan para informar una jerarquía de castigos, hemos basado la división de niveles en la preparación y en vectores de riesgo relacionados con el comportamiento que pueden informar de manera más significativa los aspectos prácticos de la regulación. Esta diferencia de enfoque se destaca a través de la clasificación de la cocaína en nuestro modelo de niveles de riesgo. Si bien la hoja de coca, la cocaína en polvo y el crack de cocaína se agrupan juntos en los sistemas de clasificación a nivel de la ONU, y en el Reino Unido y

2 Rolles, S., Measham, F. (2011). "Cuestionar el método y la utilidad de clasificar los daños causados por las drogas en las políticas de drogas". *International Journal of Drug Policy* 22.4. doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.04.004

los EE. UU., en cambio, los hemos colocado en tres niveles de riesgo diferentes, lo que refleja la realidad muy diferente del riesgo entre estos productos. Sin embargo, esta categorización de tres niveles conlleva inevitablemente un grado de generalización. Es importante tener claro que aún existen diferencias significativas en los riesgos entre los productos clasificados dentro de un nivel dado, y que los límites entre los niveles a veces pueden ser difusos.

Palancas políticas disponibles para el gobierno

La regulación no puede, por sí misma, determinar exactamente cómo se consumirán los estimulantes, por quién y a qué nivel en la población. Sin embargo, representa un mecanismo fundamental por el cual los mercados y los comportamientos de consumo pueden verse influenciados. En términos generales, las palancas de regulación incluyen controles sobre: la formulación de productos (a través de controles en la preparación o envasado); precio (mediante controles de impuestos o precios); disponibilidad (mediante la concesión de licencias a los proveedores y puntos de venta y controles sobre los consumidores, como el acceso por edad, el racionamiento o los lugares permitidos para el consumo); y marketing. Los temas de desarrollo relacionados con la producción de drogas se tratan en el Capítulo 6.

Este capítulo discutirá los desafíos y opciones regulatorias que se aplican a estas diferentes áreas de control.

Controles de producto

La producción legal autorizada de MDMA, cocaína y anfetaminas con fines médicos y científicos ya se produce en los marcos legales nacionales, regionales y mundiales existentes que regulan la producción farmacéutica de manera más general. Como tal, los desafíos futuros en torno a la producción legal se pueden abordar en gran medida ampliando la producción dentro de estos sistemas existentes. Los temas más espinosos, más allá de la logística de aumentar la producción para nuevos mercados potenciales, son políticos, legales y burocráticos.

El control de calidad de los medicamentos farmacéuticos se gestiona bajo

las regulaciones regionales de Buenas Prácticas de Fabricación (BMP) para garantizar la seguridad de los consumidores. En un mercado regulado, todos los medicamentos farmacéuticos para uso no médico tendrían que producirse bajo los mismos estándares de calidad, inspección y prueba (y cualquier medicamento importado debería cumplir con los estándares BMP que operen en el punto de venta).

Cualquier producto de alto valor presenta algún grado de amenaza de delitos adquisitivos, incluidas las drogas, independientemente de si los productos están destinados a mercados médicos o no médicos. El alcohol, el tabaco y el cannabis legal han sido objeto de robo en el punto de producción, en tránsito o en la venta. Los medicamentos estimulantes farmacéuticos, con una relación valor/peso más alta y un mercado de reventa que probablemente sea más accesible que, por ejemplo, los medicamentos con usos médicos comparativamente especializados, podrían resultar un objetivo atractivo para los delitos oportunistas.

Sin embargo, los protocolos de seguridad para la producción, tránsito y venta existentes de medicamentos de alto valor (para estimulantes o cualquier otro uso) están bien establecidos. Las mismas medidas de seguridad que funcionan para la producción de drogas de alto valor para usos médicos funcionarán con la misma eficacia para la producción de drogas para usos no médicos (sobre todo teniendo en cuenta que, como se señaló, en muchos casos los productos son idénticos y también se venderán en farmacias especializadas).

Es probable que las cuestiones legales relacionadas con el comercio internacional o el tránsito de drogas producidas para usos no médicos sean más problemáticas que las cuestiones prácticas relativamente trilladas en torno al control de calidad y la seguridad. Será necesario desarrollar nuevos estándares y marcos a nivel internacional para asegurar un control efectivo en estas áreas, y será necesario superar los obstáculos planteados por la actual arquitectura de control de drogas de la ONU (para una discusión sobre esto, ver más adelante en el libro).

La cuestión de *quién* llega a producir productos para el nuevo mercado de estimulantes también es primordial, incluso si podemos estar seguros de que los productos resultantes serán de calidad comparable. El hecho de que las corporaciones ya tengan licencia para producir fármacos para los mercados

Buenas Prácticas de Fabricación

"Buenas Prácticas de Fabricación", o BPM, describe los estándares mínimos legales que los fabricantes de medicamentos farmacéuticos deben cumplir para garantizar que los productos sean consistentemente de altos estándares y sean apropiados para su uso previsto. Los estándares de BMP son establecidos a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como a nivel regional, a través de organizaciones como la Agencia Europea de Medicamentos, que armoniza las actividades de BMP en toda la región.[i] El cumplimiento de las BPM puede evaluarse mediante procedimientos de notificación e inspección, y el incumplimiento está sujeto a sanciones, incluida la suspensión de la licencia. [ii]

Las BPM se establecen en reglamentos y orientaciones, que describen los principios y estándares que deben aplicarse a lo largo del proceso de producción, incluyéndose en: higiene; materiales; equipamiento usado; y entrenamiento. El objetivo principal de las BPM es reducir los riesgos para los consumidores, por ejemplo, los que plantean el etiquetado inadecuado o las mezclas de productos, y específicamente los riesgos que no pueden eliminarse mediante pruebas del producto final.[iii]

Como ejemplo, las pautas establecidas en los EE. UU. por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) se pueden resumir con las "cinco p". Estos describen las áreas clave en las que la FDA requiere que los fabricantes cumplan con los estándares mínimos especificados, aunque son ampliamente aplicables como principios a las BPM de manera más general (los ejemplos que se dan aquí no son exhaustivos):

- **Personas**: el personal debe tener responsabilidades claras y estar completamente capacitado y supervisado
- **Procedimientos**: los procedimientos deben registrarse e informarse, y cubrir todas las áreas clave
- **Productos**: los fabricantes deben tener especificaciones para cada etapa del desarrollo del producto
- **Instalaciones y equipos**: deben estar registrados, validados y permitir una limpieza eficaz
- **Procesos**: deben estar claramente documentados e informados, con los pasos críticos identificados[iv]

---

i Organización Mundial de la Salud (sin fecha). Preguntas y respuestas de BMP. www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/gmp/en/; Agencia Europea de Medicamentos (sin fecha). Buenas Prácticas de Fabricación. www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/compliance/good-manufacture-practice

ii Véase, por ejemplo, UK gov.uk (2019). Buenas prácticas de fabricación y buenas prácticas de distribución. www.gov.uk/guidance/good-manufacturing-practice-and-good-distribution-practice

iii Organización Mundial de la Salud (2014). Buenas prácticas de fabricación de la OMS para productos farmacéuticos: principios fundamentales. Anexo 2, OMS Serie de Informes Técnicos 986, 2014. https://www.who.int/publications/m/item/who-good-manufacturing-practices-for-pharmaceutical-products-main-principles-a; World Health Organization (sin fecha). Preguntas y respuestas de BMP. www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/gmp/en/

iv Hill, E. (2019). Buenas prácticas (GxP) en la industria farmacéutica. *Qualsys*. quality.eqms.co.uk/blog/good-practice-in-the-pharmaceutical-industry

médicos significa que la dinámica corporativa ya está arraigada y que los grandes actores están bien establecidos.

Como se ha visto con la transición de los mercados de cannabis medicinal a no médico en los EE. UU. y Canadá, favorecer a las empresas existentes puede facilitar la administración de un nuevo mercado para los reguladores, pero no es necesariamente el mejor enfoque para garantizar una división equitativa o un reparto equitativo del espacio de mercado.[3] Estos son desafíos importantes que deben afrontar las autoridades en su búsqueda por desarrollar nuevos procedimientos de concesión de licencias (véase también el Capítulo 6 sobre cuestiones de desarrollo en la producción de medicamentos).

Controles de preparación

Los riesgos asociados con un determinado estimulante están influenciados tanto por la forma de preparación del fármaco (ya sea una pastilla, un polvo, una bebida, etc.) como por el *modo de administración* (ya sea por inyección, fumado / inhalado, inhalado o ingerido oralmente). Para cualquier medicamento, una dosis más alta significa efectos más intensos y mayores riesgos. Sin embargo, la preparación y el modo de administración también influyen en los riesgos al cambiar la velocidad de aparición y duración de los efectos de las drogas, así como los riesgos físicos agudos y crónicos asociados con fumar, inyectarse, etc.

La disponibilidad de diferentes preparaciones está directamente influenciada por la regulación y, por extensión, también lo están los modos de administración. Ciertas formulaciones de píldoras, por ejemplo, dificultan el consumo de la droga por vía oral; las formulaciones de gel líquido no se pueden triturar ni inhalar; las preparaciones profármacos (que solo se vuelven psicoactivas después de la metabolización, como Lisdexanfetamina) no pueden ofrecer el efecto inmediato de inyectarse.

La regulación puede fomentar un consumo más seguro al hacer que los medicamentos estimulantes estén más disponibles (o más baratos) en preparaciones más seguras y menos disponibles (o más costosos) en formas

3 Ver: Slade, H. (2020). Estados alterados: regulación sobre el cannabis en los EE. UU. Transform Drug Policy Foundation. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

más riesgosas. La promoción de alternativas más seguras no debe buscar alentar a nuevos consumidores. Más bien, debería buscar cambiar los comportamientos entre los usuarios de alto riesgo existentes, o guiar a las personas que potencialmente se convertirían en usuarios de alto riesgo en el futuro en una dirección más segura. Por ejemplo, una mejor regulación debería fomentar un cambio, tanto a nivel de población como a nivel individual, desde el tabaquismo de alto riesgo y la inyección de estimulantes hacia preparaciones orales más seguras y de liberación más lenta. La adopción o transición hacia formas y modos de uso más seguros es un objetivo fundamental de la regulación para la reducción de daños.

Un enfoque de reducción de daños también debe garantizar que las personas que consumen drogas estimulantes tengan un conocimiento preciso de la dosis que se consume y de los efectos y riesgos probables de consumir en una forma determinada. Esto incluiría, por ejemplo, qué tan intenso es probable que sea el efecto, qué tan rápido se sentirá o cuánto tiempo durará. La escasa comprensión de los efectos de los fármacos es un factor de riesgo en sí mismo, al igual que la potencia desconocida e impredecible de los fármacos, especialmente en lo que respecta a las preparaciones farmacéuticas. Ambos se ven agravados por la producción y el suministro ilegales no regulados. Los productos regulados, claramente etiquetados, vendidos por proveedores autorizados y capacitados, no pueden prevenir completamente los comportamientos de alto riesgo, pero sí los harán menos probables.

El consumo (ya sea de drogas o de cualquier otro producto) rara vez es del todo racional: una serie de deseos, percepciones erróneas y sesgos cognitivos influyen en todo lo que hacemos. Sin embargo, es más probable que se tomen decisiones más seguras cuando los consumidores tienen acceso a la información. Por lo tanto, es una responsabilidad básica de cualquier régimen regulatorio proporcionar tanta información como sea posible. El conocimiento permite a las personas que consumen drogas tomar decisiones más informadas sobre sus conductas de riesgo personales. De hecho, el acceso a conocimientos precisos sobre los riesgos para la salud y la reducción de daños es un elemento clave del derecho fundamental a los más altos estándares posibles de salud.[4]

4 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU) (2000). Observación general No. 14: El derecho al más alto nivel posible de salud. párrafo 12 (a) (iv). tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en; Centro Internacional de Derechos Humanos y Políticas de Drogas, ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud y Programa de Desarrollo de la ONU (2019). Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas.p.8. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html

Resumen del vector de riesgo para el modo de administración de drogas

Inyección

La inyección es el modo de administración más riesgoso. Expone inmediatamente al usuario a la totalidad de la dosis y minimiza su capacidad para controlar (dosificar) la dosis, aumentando el riesgo de sobredosis. La inyección implica el riesgo de lesiones tisulares, infección y transmisión de virus por la sangre si se comparte el equipo de inyección. La intensidad de la experiencia y el inicio rápido del efecto de las drogas, se asocia con mayores niveles de uso compulsivo y dependencia.

Fumar / inhalar

Al igual que la inyección, la inhalación expone al usuario al efecto del fármaco casi de inmediato (aunque la biodisponibilidad se reduce ya que parte del fármaco se pierde en la exhalación). Sin embargo, permite un mayor grado de control sobre la titulación y la intoxicación, por lo que el riesgo de sobredosis es menor. No todas las drogas estimulantes se pueden fumar con eficacia (las preparaciones de cocaína base / crack y la metanfetamina pueden ser, pero no la dexanfetamina, la cocaína en polvo o MDMA). La inhalación de fármacos quemados presenta un riesgo adicional de daño crónico a los pulmones.



Los riesgos de inhalación se pueden reducir si se inhala en forma de vapor en lugar de combustión / humo, pero los dispositivos de vapeo actuales no pueden transportar suficiente droga por inhalación (cocaína, anfetamina o MDMA) para hacer de esta una opción práctica (aunque podría desarrollarse con potentes estimulantes sintéticos en el futuro).

Inhalar (insuflación)

El polvo, o algunos estimulantes en forma de solución, se pueden inhalar y absorber a través de las membranas mucosas nasales durante un período de minutos. Esto produce un efecto más lento que al inyectarse o fumar. Si bien la insuflación generalmente conlleva un riesgo físico menor que inyectarse o fumar, el consumo prolongado conlleva un riesgo moderado de daño crónico a las membranas nasales.

Consumo oral

Los medicamentos que se toman por vía oral se absorben durante un período de tiempo más largo (una hora o más) en el intestino. Las preparaciones de liberación más lenta consumidas por vía oral generalmente tendrán un riesgo menor que sus equivalentes de liberación rápida, ya que la velocidad de inicio y el nivel de exposición en un momento dado son moderados. Sin embargo, la duración de la exposición y la intoxicación suele ser prolongada.

Las drogas, incluida la hoja de coca y la cocaína en polvo, también pueden mantenerse en la boca y absorberse a través de las encías o por vía sublingual.



ICONOS [DESDE ARRIBA]: "Drogadicción" y "Tabaquismo" de Luis Prado; "Cocaína" de Maxim David; "Estómago" de Michael Thompson; todo de Noun Project thenounproject.com

Para apoyar la toma de decisiones informada, los medicamentos estimulantes solo deben estar disponibles en unidades estandarizadas claramente etiquetadas. La estandarización de las medidas ayudaría a garantizar que los consumidores sepan qué y cuánto están tomando. También, como estamos cada vez más familiarizados con la venta minorista de bebidas alcohólicas, permitiría proporcionar información relacionada directamente con esas unidades. Los detalles sobre la preparación y la dosis de cada fármaco se exploran en los capítulos correspondientes.

Controles de precios

El consumo de drogas en un entorno legal estará determinado por toda una gama de variables ambientales, de las cuales el precio es solo una.[5] Sin embargo, sabemos por la investigación sobre el alcohol y el tabaco que la fijación de precios es quizás la palanca de influencia más importante que tienen los gobiernos cuando se trata de dar forma a los comportamientos de consumo, y existe una extensa literatura sobre los posibles impactos de diferentes enfoques.[6]

Bajo un sistema de regulación legal, los gobiernos pueden influir en el precio mediante una variedad de mecanismos:

- **Fijación directa de precios**: el gobierno especifica precios fijos (que pueden incluir o no impuestos) a los que deben venderse determinados productos.
- **Precios mínimos**: límites fijos de precios inferiores (que pueden o no incluir impuestos), permiten cierto grado de competencia y flexibilidad del mercado dentro de parámetros definidos evitando la competencia excesiva en precio. El precio unitario mínimo (MUP), por ejemplo, se ha

5 Kilmer, B., Caulkins, J.P., Liccardo, R. et al. (2010). ¿Estado alterado? Evaluando como la legalización de la marihuana en California puede influir en el consumo y el presupuesto público. RAND Corporation. www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP315.html

6 See, e.g.: Wagenaar, A.C., Salois, M.J. and Komro, K.A. (2008). "Efectos del precio de las bebidas alcohólicas y los niveles de impuestos sobre la bebida: un metanálisis de 1003 estimaciones de 112 estudios". *Addiction* 104. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149811; Gallus, S., Schiaffino, A., La Vecchia, C. et al. (2006). "Precio y consumo de cigarro en Europa", *Tobacco Control* 15. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565459. También hay una literatura emergente sobre los impactos de la fijación de precios del cannabis en jurisdicciones legalizadas, pero esto está menos desarrollado debido a su relativa novedad (los primeros modelos formales de regulación no médica solo comenzaron en 2014) y la falta de amplitud en los controles de precios explorados hasta ahora, principalmente limitados a los mercados norteamericanos más comercializados.

utilizado para limitar la competencia de precios bajos en el mercado del alcohol.[7]

- **Impuesto fijo por unidad (o "específico")**: se aplica un impuesto que cobra una cantidad por una unidad de droga determinada, por ejemplo, por 10 miligramos de cocaína, MDMA o anfetamina. Se puede aplicar a nivel de producción, a nivel minorista o ambos. Generalmente, un sistema tributario específico es más eficaz para regular la potencia que un modelo *ad valorem* (ver más abajo) porque establece una relación directa entre la potencia de un producto y el derecho cobrado.
- **Impuesto *ad valorem***: el impuesto se calcula como un porcentaje fijo del precio minorista del producto. En este caso, dos productos de diferentes potencias pueden gravarse al mismo nivel siempre que su precio de venta al público sea el mismo.
- **Impuesto local**: impuesto a nivel municipal u otra jurisdicción subnacional (condado, provincia, etc.) para cubrir cualquier carga de costos localizada asociado con el comercio. Esto puede ayudar a cubrir cargas / costos regulatorios específicos localizados, o abordar preocupaciones locales, pero puede incentivar la desviación o el desplazamiento geográfico de los mercados. No es necesario que sea a un ritmo fijo y se puede dar flexibilidad a los municipios.
- **Precios diferenciales**: cualquiera de los controles de precios anteriores se puede aplicar de diferentes formas a distintos productos, o productos similares en diferentes ubicaciones.

Aplicar controles de precios no es un asunto sencillo. Los mercados de drogas legalmente regulados operarían dentro del contexto más amplio de la ley de mercado y competencia y, en consecuencia, la mano del gobierno está restringida. El gobierno escocés, por ejemplo, se enfrentó a un desafío legal sostenido por parte de la industria del alcohol después de que intentó introducir un precio unitario mínimo para el alcohol. En última instancia, solo se implementó con éxito después de que la Corte Suprema del Reino Unido determinara que una medida menos restrictiva (aumento de los impuestos) no lograría el objetivo de

7 En un ejemplo de buena práctica reguladora, el gobierno escocés encargó a NHS Scotland que llevara a cabo una evaluación integral de MUP después de la implementación. Sus resultados se publican aquí: www.healthscotland.scot/health-topics/alcohol/evaluation-of-minimum-unit-pricing-mup/overview-of-evaluation-of-mup/timeline-of-evaluation-of-mup

combatir "el consumo problemático de alcohol al que siempre se dirigieron los objetivos del gobierno" con tanto éxito.[8]

Al desarrollar políticas de precios para estimulantes, estos obstáculos técnicos y, muy posiblemente, desafíos similares de organizaciones con intereses económicos creados, deberían superarse. La escala de este desafío no debe subestimarse: los modelos regulatorios deben ser lo suficientemente robustos para resistir la presión que los Estados inevitablemente enfrentarán por parte de las empresas y de los sistemas globales de regulación del mercado bajo los cuales operan. Sin embargo, a diferencia de los ejemplos del alcohol y el tabaco, tenemos la ventaja de comenzar desde una "pizarra en blanco" legislativa, lo que permite que la regulación incorpore las lecciones aprendidas de la historia e incorpore medidas para mitigar la influencia corporativa excesiva. Es vital que estas medidas se implementen desde el comienzo de cualquier nuevo sistema regulatorio, ya que las experiencias recientes de regulación del cannabis en América del Norte han puesto de relieve que la dinámica del mercado se establece desde muy temprano y los actores corporativos pueden afianzar nuevos mercados legales de drogas a gran velocidad.[9]

En realidad, las consideraciones políticas también distorsionarán el diseño de las intervenciones de precios. Incluso cuando es probable que se obtengan resultados positivos en la salud pública, los gobiernos tienden a evitar las medidas que ponen en riesgo los ingresos fiscales, especialmente si dichos flujos de ingresos están bien establecidos y son sustanciales, como es el caso del alcohol y el tabaco. El miedo a la impopularidad pública y el poder de presión de la industria siguen siendo consideraciones políticas inevitables que no se alinean perfectamente con los objetivos de salud pública de reducir o moderar el consumo. En el caso de los estimulantes, sin embargo, es probable que exista mucho más apoyo político para una regulación eficaz que en el caso del alcohol, que está mucho más arraigado tanto en la cultura como en el tejido económico.

Un modelo minorista de monopolio estatal (que se analiza más adelante en el capítulo) tiene una serie de ventajas para abordar estos problemas. Más obviamente, bajo un monopolio estatal hay menos incentivos comerciales para priorizar la maximización de ganancias, lo que significa que la política de precios

8 *Asociación de Whisky Escocés y otros v El Abogado del Estado y otros (Escocia)* [2017] UKSC 76. www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2017-0025-judgment.pdf

9 Slade, H. (2020). Capturando el mercado: Regulación de cannabis en Canadá. Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia. pp.42–46. transformdrugs.org/product/capturing-the-market/

puede enfocarse en los intereses de la salud pública (aunque la historia ha demostrado que las prioridades de los monopolios estatales con alcohol, tabaco y loterías aún pueden estar distorsionadas por la continua necesidad de generar ingresos). También es probable que el comercio minorista de monopolio estatal aumente los ingresos totales para el Estado en comparación con un modelo de solo tributación o un modelo minorista privado con precios fijos o mínimos.[10]

Ajustes de precios y cambios en la demanda

En términos generales, para las drogas actualmente ilegales, podemos asumir que las leyes básicas de la oferta y la demanda se mantienen: esencialmente, como con el alcohol y el tabaco, a medida que aumenta el precio, el consumo tiende a caer y, a medida que baja, el consumo tiende a aumentar.[11] Sin embargo, transferir esta realidad básica a la política no es nada sencillo. Los cambios de precios tienen impactos muy diferentes en diferentes subpoblaciones de consumidores y en diferentes mercados para diferentes medicamentos. Se han observado amplias variaciones en la elasticidad precio de la demanda, es decir, el grado en que la demanda responde a los cambios en el precio, con diferentes grupos de personas que consumen drogas y con diferentes patrones de consumo. Por lo tanto, se necesita precaución al hacer generalizaciones o simplificar demasiado cómo el precio puede influir en los comportamientos.

Además, tanto los patrones como la prevalencia del consumo de drogas a menudo aumentan y disminuyen independientemente del precio. En Estados Unidos, por ejemplo, el precio de la cocaína en polvo ha caído un 80% durante los últimos 30 años, pero el consumo ha caído.[12] En el Reino Unido, por el contrario, la cocaína se ha vuelto más barata (en la medida en que la pureza ha aumentado, pero los precios por gramo se han mantenido relativamente estáticos) y el uso ha aumentado.[13] Los niveles de consumo de la población están influenciados por una serie de variables distintas del precio, que incluyen: moda y cultura; calidad y seguridad percibidas; actitudes sociales; estigma en torno al uso; marketing

10 Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B. et al. (2018). *Drug Policy and the Public Good*. New York: Oxford University Press.

11 Hughes, C., Hulme, S., Ritter, A. (2020. "La relación entre el precio y la pureza de los medicamentos y el daño a nivel de población". *Trends & issues in crime and criminal justice* no. 598. Australian Institute of Criminology. https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi598

12 ONDCP (2015). Estrategia Nacional de Control de Drogas. Base de datos 2015. https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/2015_data_supplement_final.pdf

13 Public Health England (2017). Situación de las drogas 2017: Punto focal sobre drogas del Reino Unido. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10755/UK_Focal_Point_Annual_Report.pdf

(al menos para drogas legales donde se permite el marketing); disponibilidad geográfica y temporal; así como disponibilidad y precio de medicamentos o actividades alternativas.

La carga económica del gasto en drogas en relación con el ingreso total disponible del consumidor individual es un factor clave. Si los precios iniciales son suficientemente bajos y si el uso es moderado u ocasional, es probable que el gasto total sea bajo. En este caso, incluso un cambio bastante dramático en el precio puede tener un impacto limitado en la demanda. Es probable que este sea el caso de la MDMA. Dado el costo por dosis relativamente bajo (el precio promedio global de una sola píldora, a menudo suficiente para dos dosis de adultos, se informa en menos de €10, aproximadamente $12) y el uso generalmente poco frecuente de la MDMA, es probable que los cambios en el costo por dosis influirán menos en la demanda que en el caso de drogas más caras como la cocaína, especialmente si se consumen con más frecuencia.[14]

Por el contrario, donde el consumo tiende a ser más frecuente (como es el caso del alcohol y el tabaco), y / o el costo por dosis es mucho más alto (como con la cocaína, por ejemplo), el gasto total en relación con la renta disponible es mayor y los cambios de precio pueden tener impactos más significativos. Donde duplicar el precio de las pastillas de MDMA solo podría aumentar el costo del consumo de drogas por una noche en $10, la duplicación del precio de la cocaína podría significar un desembolso de $50-100 más. Si se consumía cocaína semanalmente, a diferencia de la MDMA mensualmente, la diferencia se vuelve aún más pronunciada.

Las medidas de fijación de precios no están exentas de desventajas. Si bien se ha demostrado que los aumentos de impuestos y los precios mínimos en el mercado del alcohol y el tabaco son eficaces para moderar ciertos comportamientos de consumo, no están exentos de problemas. Subir artificialmente el precio de cualquier producto tiende a ser regresivo en la medida en que los impactos recaen de manera desproporcionada sobre las personas con ingresos más bajos. Esto puede considerarse positivo en la medida en que algunos grupos de alto riesgo (por ejemplo, los jóvenes) tienden a tener ingresos más bajos. Además, debido a que los daños causados por las drogas tienen un impacto desproporcionado en los grupos de bajos ingresos (como en la llamada "paradoja

14 Los precios de este libro se refieren generalmente en dólares estadounidenses. A menos que se indique lo contrario, cuando se utiliza $, se refiere al precio en dólares estadounidenses. Winstock, AR, Barratt, MJ, Maier, LJ y col. (2019). Encuesta Mundial de Drogas: 2019 Informe de hallazgos clave. pp.65–66. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

del daño por alcohol"), la reducción del consumo en esos grupos sociales puede tener un mayor beneficio general.[15] No obstante, este enfoque también puede considerarse legítimamente como injusto o discriminatorio hacia las personas con ingresos más bajos en general, en particular aquellas que consumen de manera moderada. El aumento de precio puede moderar el uso en grupos de bajos ingresos, pero también puede tener consecuencias no deseadas, como un aumento de la delincuencia relacionada con la financiación de compras o una reducción del gasto en, por ejemplo, una dieta saludable. Otro supuesto general es que las personas con patrones dependientes de consumo de drogas responden menos a los aumentos de precios que otros consumidores. En este caso, los posibles efectos negativos de los aumentos de precios pueden ser aún más significativos.

La disponibilidad y los costos de las drogas sustitutas o las actividades recreativas también son un factor. El aumento del precio de una droga puede desplazar a los consumidores hacia alternativas más baratas, cuyos resultados pueden ser positivos o negativos según los riesgos relativos. El desplazamiento también puede tener lugar acercando o alejando a los consumidores de métodos de administración más riesgosos pero más rentables para el mismo fármaco, como el consumo fumado o inyectado. Bajo la prohibición, el patrón ha tendido a ser el desplazamiento hacia drogas o preparaciones de mayor riesgo; la regulación legal puede funcionar para lograr lo contrario.

Impacto de los precios de los estimulantes legales en el mercado ilegal

El precio de las drogas estimulantes suministradas legalmente tendrá naturalmente un impacto en el tamaño del mercado ilegal residual. Las variables distintas de los precios son importantes, pero un factor clave es la diferencia relativa de precios; en otras palabras, la capacidad del comercio ilegal de rebajar los precios legales. Cuanto más cerca esté el precio minorista de un producto farmacéutico legal dado al costo de llevarlo al mercado, menor

15 Véase, por ejemplo, Bellis, M. et al. (2016). "La paradoja del daño del alcohol: utilizar una encuesta nacional para explorar cómo el alcohol puede afectar de manera desproporcionada a la salud de las personas desfavorecidas". *BMC Public Health* 16: 111, doi.org/10.1186/s12889-016-2766-x; Katikireddi, V. et al. (2017)."El estatus socioeconómico como un efecto modificador del consumo de alcohol y su daño: análisis de datos de cohortes vinculado". *Lancet: Public Health* 10.2(6). https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30078-6; O'May, F. et al. (2016). "Perspectivas de los bebedores empedernidos sobre el precio unitario mínimo del alcohol en Escocia: un estudio de entrevista cualitativa". *Sage Open DOI* 10.1177/2158244016657141

será la oportunidad de ganancia que existe para el comercio ilegal paralelo. Sin embargo, la brecha entre los costos de producción y los precios minoristas puede variar enormemente entre los medicamentos. En el caso de algunas drogas, la más obvia de la cocaína, la brecha es desproporcionadamente grande en comparación con los productos más convencionales, e incluso un producto legal sustancialmente más barato puede ofrecer oportunidades de subvaloración. En el caso del tabaco, donde los impuestos son altos (por ejemplo, en el Reino Unido, donde los impuestos representan más del 70% del precio minorista), el incentivo para las ventas ilegales es significativo.[16] De hecho, en 2013 se estimó que el 9% del mercado de cigarrillos del Reino Unido y el 38% del tabaco de liar eran de contrabando o falsificación.[17]

La capacidad de contrabando y falsificación también está determinada por los aspectos prácticos. El alcohol, simplemente porque es voluminoso y pesado, es más difícil de contrabandear que el tabaco. En comparación, los medicamentos farmacéuticos en forma de píldora y en polvo son aún más fáciles y rentables de transportar y, por lo tanto, son más susceptibles de tránsito y venta ilegales.

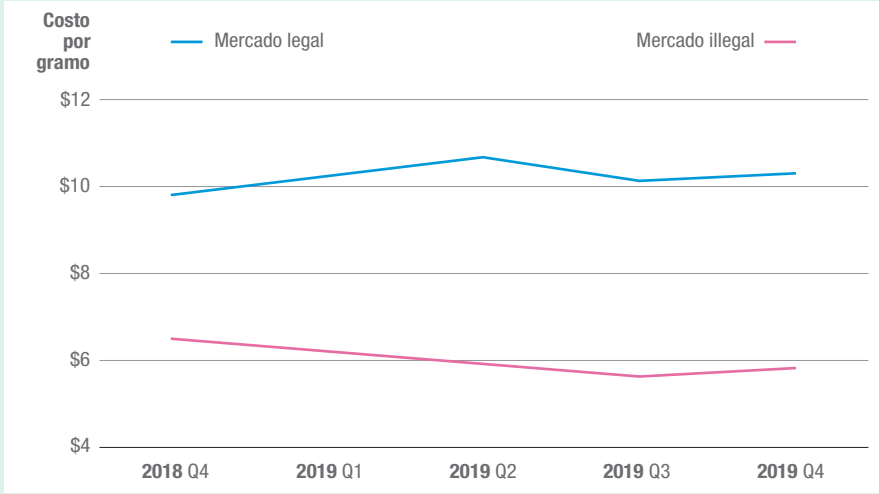
Los productores ilegales tienen una ventaja de mercado al no tener que incurrir en costos por el cumplimiento de los requisitos reglamentarios y los controles de calidad. Tampoco son responsables de las externalidades de su producción, como la deforestación en las regiones cocaleras o el vertido de subproductos tóxicos durante la producción de MDMA. No obstante, necesitan incorporar el riesgo de incautación y sanciones penales en sus costos, y están en desventaja por las economías de escala y las eficiencias industriales más fácilmente disponibles para las empresas legales.

En realidad, la oferta legal no puede desplazar por completo a los mercados ilegales, a menos que implique una provisión efectivamente no regulada al precio de costo o por debajo del mismo. Esto, claramente, incurriría en costos de salud pública inaceptables. Por lo tanto, es inevitable un mercado ilegal paralelo a cierta escala, como lo ilustra la continua existencia de mercados ilegales de alcohol y tabaco en la mayor parte del mundo. No obstante, los precios legales no tienen por qué ser completamente inferiores a los del mercado ilegal para lograr avances efectivos, ya que el precio no suele ser el único ni el principal atractivo.

16 European Commission (2019). Tablas de impuestos especiales: Parte III - Tabaco elaborado. p.13. https://circabc.europa.eu/sd/a/243aea0b-5565-4462-b686-dc3ac625e773/III%20Tobacco%20January%202019.pdf

17 Morse, A. (2013).Avances en la lucha contra el contrabando de tabaco: Informe de la Contraloría y Auditoría General. Oficina Nacional de Auditoría. www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/06/10120-001-Tobacco-smuggling-Full-report.pdf

Precio del cannabis en Canadá en los mercados legales e ilegales



FUENTE: Estadísticas en Canadá, 2019

Canadá, que legalizó y reguló la producción, el suministro y el uso de cannabis no medicinal para adultos en octubre de 2018, ofrece un estudio de caso instructivo en relación con los precios. A pesar de hacer avances significativos en los mercados ilegales, después de un año de regulación legal, quedó claro que la aceptación del mercado legal del cannabis seguía siendo más lenta de lo que muchos esperaban, y que los precios comparativamente altos de los productos legales han sido parte (aunque no toda) de la razón.[i] A principios de 2020, el precio promedio del cannabis en el mercado ilegal era menor que el del año anterior ($5,73 por debajo de $6,44), mientras que los precios promedio del cannabis en el mercado legal eran ligeramente más altos ($10,30 por encima de $9,69), lo que significa que la brecha era más ancha de lo que había sido poco después de la legalización.[ii] Es difícil lograr un equilibrio adecuado, y está claro que los precios excesivamente altos no tentarán a los consumidores hacia fuentes legales, y el aumento en los diferenciales de precios puede incluso empujarlos hacia el otro lado.

Si el cannabis legal hubiera sido significativamente más barato, es probable que se hubieran logrado mayores avances en contra del mercado ilegal, pero es posible que hubiera habido mayores riesgos coincidentes por fijar precios demasiado bajos, como un mayor consumo general. En cualquier sentido, solo a través de la regulación el Estado tiene la capacidad de ajustar esos precios y encontrar una posición en la que se puedan lograr los resultados óptimos.

i Estadísticas de Canadá (2019). Precios del cannabis de colaboración colectiva. www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200123/dq200123c-eng.htm

ii Slade, H. (2020). Capturando el mercado: Regulación de cannabis en Canadá. Transform Drug Policy Foundation y México Unido Contra la Delincuencia. p.37. transformdrugs.org/product/capturing-the-market/

Los datos de las encuestas sobre el cannabis han sugerido que la mayoría de los consumidores valoran la calidad sobre el precio, mientras que los datos de las encuestas sobre la cocaína han sugerido que los consumidores pagarán más por productos de origen ético. [18]

Controles de empaque

El empaque es un aspecto tan omnipresente de la experiencia del consumidor que es fácil no notar cuánto influye en nuestras decisiones. Desde hace muchos años, se ha debatido hasta qué punto los productos potencialmente peligrosos, como el tabaco y el alcohol, deberían limitarse en términos de lo que el envase puede, o no puede, decir o sugerir. En el caso del tabaco, el argumento a favor de las grandes advertencias sanitarias y del empaquetado genérico ha ganado un terreno considerable. Al mismo tiempo, el etiquetado del alcohol sigue siendo objeto de mucho debate, pero de un control mucho más ligero.

El núcleo del argumento es doble. En primer lugar, si el envase de dichos productos debe servir para fomentar su uso (más allá o como consecuencia secundaria del objetivo de fomentar el cambio de o la fidelidad a una marca). En segundo lugar, la medida en que el paquete debe utilizarse como "propiedad inmobiliaria" para la información sanitaria. Claramente, redunda en interés de la salud pública que los envases no fomenten su uso y que proporcionen tanta información como sea posible. Por el contrario, a los productores y minoristas les interesa que los envases atraigan la compra y no desanimen a los consumidores potenciales con advertencias que llamen la atención sobre el riesgo.

Los modelos potenciales para el envasado de productos estimulantes van, al menos en teoría, desde el tipo de etiquetas deslumbrantes y atractivas que aparecen en muchos productos alcohólicos hasta los diseños funcionales de los productos farmacéuticos o los envases simples que ahora se requieren para los productos de tabaco en algunos países. Ante la preocupación de que un mercado regulado promueva la salud pública, nuestras recomendaciones están orientadas a esta última.

18 Estadísticas de Canadá (2019). Encuesta Nacional del Cannabis, segundo trimestre 2019. http://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190815/dq190815a-eng.htm;
Winstock, A., Snapp, Z. and Quintero, J. (2019). GDS2019: La mayoría de los consumidores de cocaína apoyan un comercio justo y estarían dispuestos a pagar más. Encuesta Mundial sobre Drogas. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-most-consumers-of-cocaine-support-a-fair-trade-and-would-be-willing-to-pay-more/

Empaque a prueba de niños

La intoxicación infantil accidental es un riesgo pequeño pero real. Los diseños que reducen dichos riesgos son obligatorios para los medicamentos recetados y de venta libre, los cigarrillos electrónicos y sus recargas, así como para los pesticidas y los productos químicos domésticos. Dicho empaque debe utilizarse por defecto para todas las preparaciones de estimulantes farmacéuticos y para todos los estimulantes no farmacéuticos excepto los de menor riesgo (como el café o el té de coca). Cuando corresponda, se podría establecer un requisito adicional para el almacenamiento comercial o doméstico en gabinetes sellados o cerrados.

Empaque a prueba de manipulaciones

El empaque "a prueba de manipulaciones" contiene un sello que hace evidente si el contenedor ha sido abierto o manipulado de otra manera. Dicho envase sería esencial para cualquier estimulante farmacéutico, en parte debido al alcance de la adulteración ilegal y las ventas secundarias. Los ejemplos incluyen blísteres, ampollas selladas y otras formas de envases sellados. Esto es más importante con los medicamentos en forma de polvo que con las píldoras, ya que son más fáciles de manipular.

Propuesta de diseño de envases de cocaína

Tapa a prueba de niños y a prueba de manipulaciones

Envases blancos sin marca

Etiquetado de contenido claro

Otros elementos (no visibles) incluyen:

- etiquetado de contenido braille
- fechas de caducidad
- código QR

Dirección web para obtener información médica adicional



El frasco no es atractivo Pantone 448C, como se usa para el empaquetado genérico de tabaco, con una ventana transparente en el reverso para mostrar el nivel de contenido

Sello de seguridad holográfico en la tapa de la caja, con logotipo de advertencia, actúa como una medida contra la falsificación y a prueba de manipulaciones

Advertencias de salud de alta visibilidad, logotipos de advertencia y consejos de seguridad

Inserto de papel doblado con información detallada de salud

DISEÑO: Halo Media

Información en el empaque

Durante gran parte del siglo pasado, el diseño de envases de tabaco y alcohol ha servido en gran medida para fomentar su uso.[19] El empaquetado de ingeniería inversa para que contenga información clara sobre riesgos ha demostrado ser un desafío, con los esfuerzos voluntarios de las respectivas industrias a menudo lamentablemente inadecuados y los legisladores reacios a imponer cambios por temor a la presión de la industria y acusaciones de interferencia del "Estado paternalista". Sin embargo, esta situación ha comenzado a cambiar con el empaquetado del tabaco en los últimos años, en primer lugar, con la aparición de advertencias sanitarias destacadas y, más recientemente, con la adopción del empaquetado genérico en un número creciente de países.

Proponemos que el diseño de los envases y los requisitos de información para los estimulantes farmacéuticos se ajusten a las normas establecidas para los medicamentos farmacéuticos, con envases sencillos, sin logotipos u otros elementos de marketing. El diseño del empaque debe limitarse a la información sobre el producto y la seguridad. Esto debería estar claramente establecido por la legislación. La información debe incluir:

Información de contenido

- Contenido: uso de nombres técnicos, pero también términos populares para claridad
- Dosis: contenido total y contenido por unidad (por ejemplo, píldora)
- Medidas contra la falsificación: hologramas, etc., como se ve con los timbres fiscales en algunos productos de alcohol / cannabis / tabaco
- Fechas de caducidad

Información sobre reducción de daños

- Efectos clave y efectos secundarios
- Efectos negativos potenciales
- Posibles efectos diferentes en distintos usuarios (con variaciones según edad, sexo, usuarios experimentados o novatos, o masa corporal) por dosis

19 Moodie C. y col. (2012). Empaquetado de tabaco simple: una revisión sistemática. Consorcio de Investigación en Salud Pública. https://www.phrc.online/assets/uploads/files/PHRC_006_Final_Report.pdf

Riesgos generales

- Riesgos agudos para la salud
- Riesgos crónicos para la salud
- Riesgos para personas con afecciones médicas existentes

Riesgos secundarios

- Riesgos relacionados con la conducción, el manejo de maquinaria y la competencia laboral
- Riesgos potenciales para las embarazadas
- Ingestión accidental por niños

Uso

- Métodos de consumo más seguros
- Productos y preparaciones más seguros
- Cómo moderar el uso

Contraindicaciones

- Riesgos de consumo con el uso de otras drogas no médicas o el uso con medicamentos recetados o no recetados

El empaque también debe contener información sobre dónde obtener más ayuda y consejos.

Claramente, el volumen de información sobre salud, riesgo y reducción de daños que se enumera no puede caber en la etiqueta de un solo producto. Las soluciones a esto podrían involucrar uno o más de los siguientes:

- Rotar una serie de mensajes clave en el etiquetado de los paquetes (de manera similar a los mensajes de salud en los paquetes de cigarrillos o advertencias sanitarias de cannabis en los envases de cannabis en Canadá) [20]

- Informes similares a los que se encuentran en la mayoría de los productos farmacéuticos podrían usarse, con una sola hoja de papel doblada con información detallada del producto insertada incluso en los contenedores más pequeños. Se podría exigir la inclusión de un prospecto estandarizado, que sería económico de producir, con todos los productos estimulantes minoristas como referencia cuando sea necesario.

20 Gobierno de Canadá (2019). Mensajes de advertencia sobre la salud del cannabis. www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations/regulations-support-cannabis-act/health-warning-messages.html

- Se podría incluir un enlace web destacado o un código QR que apunte a un recurso en línea adecuado.

Sin embargo, debe incluirse en todos los embalajes la información básica sobre seguridad y responsabilidad: "manténgalo fuera del alcance de los niños", "use bajo su propio riesgo", etc.

En algunos escenarios, como bajo un modelo de licencia de comprador (ver más abajo), puede ser apropiado registrar a una persona en el empaque. Esto podría gestionarse mediante códigos de barras o etiquetas digitales anónimas. Enfatizaría que el producto es para uso exclusivo de la persona mencionada y que son directamente responsables de él. El etiquetado del producto podría estar vinculado a sanciones, como la pérdida de la licencia de comprador, si el producto termina en manos de un tercero.

Sustentabilidad

La sustentabilidad en los envases de productos farmacéuticos ha tendido a ser una prioridad relativamente baja en comparación con otros elementos de diseño, pero sin duda es posible garantizar que las consideraciones de sustentabilidad se tengan en cuenta de manera más eficaz, incluso mediante:

- Minimizar el uso de materiales de embalaje en general
- Uso de materiales de menor impacto ambiental y / o reciclados siempre que sea posible, como papel / cartón reciclado, plásticos PET reciclados, alternativas de plástico de fibra moldeada
- Prestar atención a la eliminación al final de su vida útil: garantizar que los productos sean fácilmente reciclables (por ejemplo, papel / cartón y plásticos PET) o biodegradable (por ejemplo, plásticos compostables o alternativas) para evitar la incineración o el vertido

La novedad de este sector ofrece la oportunidad de conseguir una normativa de envasado sostenible establecida desde el principio. Esta oportunidad se perdió en el emergente mercado legal de cannabis no medicinal de Canadá, alabado por los defensores de la salud pública por sus diseños a prueba de niños, marca mínima y contenido destacado y mensajes de salud, pero criticado por no imponer un diseño sostenible que conduce a un desperdicio de envases y uso excesivo de plásticos.

Controles de proveedores y puntos de venta (licencias minoristas)

El licenciamiento de los puntos de venta, y los requisitos establecidos para las personas que trabajan en esos locales, juega un papel fundamental a la hora de influir en la forma en que las personas consumen los productos. La concesión de licencias por establecimiento es el proceso estándar en la mayoría de los países para regular el alcohol y el tabaco, donde se aplican dichos controles minoristas. Las licencias generalmente se administran a nivel local para responder a las necesidades locales. Permite a las autoridades encargadas de la concesión de licencias determinar el número de puntos de venta en un área determinada, la forma y la disposición de los puntos de venta, el tipo de promociones permitidas en un punto de venta determinado, los requisitos de capacitación del personal, entre otros.

Los requisitos de licencia clave que se aplicarían a los vendedores de estimulantes reflejan los que se aplican actualmente a los farmacéuticos y minoristas de alcohol, tabaco o cannabis (legal). Sin embargo, las lecciones de los éxitos y las deficiencias de estos diferentes modelos deberían permitir establecer un sistema más sólido y eficaz desde el principio.

Los principales objetivos de un sistema de licencias minoristas deberían ser:

- Promover la salud y el bienestar y minimizar los daños a los consumidores y al público en general.
- Proteger a los niños, los jóvenes y otras poblaciones vulnerables de los riesgos relacionados con las drogas.
- Minimizar la delincuencia, el comportamiento antisocial y el desorden público relacionado con el consumo de drogas o los mercados de drogas.
- Asegurar una asignación equitativa de licencias, incluyendo entre las personas afectadas de manera desproporcionada por la aplicación de la ley de la prohibición de las drogas.

Las medidas específicas que deban tomarse para conseguir estos objetivos dependerán tanto del tipo de punto de venta como de la naturaleza de los productos que se comercialicen. Los estimulantes de menor potencia, incluidos los productos vegetales como el café, la coca o el té de efedra, requieren

una regulación de menor intensidad de acuerdo con sus menores riesgos. Las preparaciones farmacéuticas en píldoras o en polvo, por el contrario, requieren controles mucho más estrictos.

Tipos de puntos de venta

Los puntos de venta se pueden autorizar solo para la venta (incluso en línea) o para la venta y el consumo en las instalaciones. Los diferentes tipos de puntos de venta tienen desafíos regulatorios comunes y distintos, que se exploran a continuación. Cuál, o qué combinación, de estos se aplicará, dependerá del medicamento que se venda, así como del contexto local.

Solo minorista (licencia fuera de las instalaciones)

Las licencias fuera de las instalaciones pueden adoptar varias formas: abarcan tanto productos médicos como recreativos. El alcohol se vende muy a menudo en tiendas y supermercados para su consumo en otros lugares, al igual que el tabaco. Por el contrario, las farmacias especializadas tienen licencia para vender medicamentos, casi siempre para consumo externo. Con respecto a los estimulantes, cuando hablamos de ventas fuera de las instalaciones, generalmente nos referimos a un modelo de tipo de venta de farmacia. No imaginaríamos un sistema en el que hubiera algo análogo a la venta de alcohol para estimulantes, particularmente aquellos que presentan mayores riesgos.

Venta minorista para consumo en las instalaciones (con licencia)

La estrecha asociación entre las drogas estimulantes y la economía nocturna lleva a explorar cómo se pueden vender y consumir tales drogas en clubes y lugares para fiestas. Desde el punto de vista del consumidor existe una atracción obvia por alguna forma de disponibilidad minorista local. La puesta en venta también permitiría vincular las actividades prácticas de reducción de daños (como el control de temperatura y el suministro de agua) directamente a la compra. Sin embargo, entre la gama de expertos con los que hablamos había preocupaciones significativas con respecto a los aspectos prácticos de las ventas para el consumo en las instalaciones y una clara preferencia por fomentar la compra por adelantado en puntos de venta dedicados.

Hacer que los medicamentos estén disponibles para su compra en, por ejemplo, clubes nocturnos sería un desafío en la práctica. El uso

No imaginaríamos un sistema en el que hubiera algo análogo a la venta de alcohol para estimulantes, particularmente aquellos que presentan mayores riesgos

planificado de medicamentos con compra anticipada tenderá a ser más seguro que la toma de decisiones más espontánea de drogas que la disponibilidad minorista en clubes podría facilitar. Los clientes potenciales pueden haber consumido alcohol u otras drogas antes de llegar a un club o lugar de fiesta, lo que dificulta la provisión de consejos de reducción de daños y crea desafíos para las reglas sobre el no servicio a las personas que ya están intoxicadas. También existe el desafío de manejar los riesgos particulares del uso de estimulantes junto con el alcohol. Habría más desafíos prácticos con respecto a dónde y cómo se ubicaría cualquier punto de venta físico en un lugar, cómo se podría comercializar o promover, cómo se podría regular el racionamiento, el intercambio o las ventas secundarias, entre otros.

Algunos de estos desafíos podrían, en teoría, superarse, incluso si las regulaciones necesarias pudieran parecer excesivamente onerosas y restrictivas. Por ejemplo, los lugares exclusivos para miembros facilitarían el control sobre quién compra y en qué cantidades. Alternativamente, los puntos de venta de farmacéuticos especialistas móviles podrían vender productos estimulantes en festivales bajo ciertas condiciones (incluida la restricción de las horas de venta al día). Estas ideas podrían potencialmente ponerse a prueba como parte de una segunda fase reguladora. Sin embargo, de acuerdo con el enfoque más precautorio que se propugna aquí, la recomendación sería limitar los puntos de venta al por menor únicamente (tiendas físicas, potencialmente respaldadas por servicios en línea / de entrega) en primera instancia.

Venta en línea (entrega a domicilio)

Es posible que algunas personas, por motivos de salud, discapacidad, geográficos u otros, no puedan acceder fácilmente a los puntos de venta físicos. Si tales puntos de venta fueran la única opción, excluiría a esas personas del acceso al mercado legal y posiblemente incentivaría la compra ilegal o el desvío de drogas obtenidas legalmente hacia un mercado informal paralelo. Este es particularmente el caso si las ventas estuvieran racionadas. En este contexto, parece inevitable que sea necesario establecer algún tipo de mercado en línea con entregas a domicilio para garantizar que se pueda satisfacer la demanda de manera equitativa.

Además, la realidad es que las ventas en línea ya constituyen una proporción significativa de los mercados de drogas ilegales.[21] Sin embargo, en la medida de lo posible, la venta minorista en línea regulada debe tratar de mantener los beneficios clave de la venta cara a cara descritos anteriormente. Los elementos clave podrían incluir:

- Identificación y verificación de la edad del comprador
- Suministro de información en línea útil y accesible, con orientación clara sobre la reducción de daños.
- Entrega a la persona designada – con firma requerida

Ubicación y densidad de los puntos de venta

Las autoridades encargadas de la concesión de licencias pueden regular la concentración de puntos de venta en una zona geográfica determinada. La evidencia sobre la densidad de puntos de venta de alcohol muestra que una mayor concentración de puntos a menudo se asocia con un mayor consumo de alcohol, mal uso y daños relacionados.[22] El impacto de la densidad de puntos de venta no es lo mismo para diferentes sustancias: una alta densidad de puntos de venta de alcohol con licencia, por ejemplo, tiende a fomentar un consumo más intenso en una sola sesión y aumenta el riesgo de conflicto entre un gran número de personas en estado de ebriedad en un área pequeña. Las restricciones sobre la densidad de puntos de venta apuntarían a influir positivamente y moderar los patrones de uso al ayudar a prevenir la sobredisponibilidad y la excesiva "normalización" del acceso que puede fomentar un mayor uso.

Al mismo tiempo, un nivel demasiado bajo de disponibilidad incentivará inevitablemente los mercados ilegales o las ventas secundarias para satisfacer la demanda. Este desafío se ha experimentado en los Países Bajos, donde en los municipios con cero o una baja densidad de cafeterías de cannabis, es más probable que las personas recurran al mercado ilegal no regulado para su suministro. Sin embargo, la proximidad a las cafeterías no parece estar

21 EMCDDA y Europol (2017). Drogas y la darknet: Perspectivas de aplicación de la ley, investigación y políticas. p.10. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6585/TD0417834ENN.pdf

22 Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D. y Patra J. (2009). "Horas y días de venta y densidad de puntos de venta de alcohol: impactos en el consumo de alcohol y daños: una revisión sistemática". *Alcohol and Alcoholism* 44.5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19734159

relacionada con la prevalencia o la intensidad del consumo de cannabis, ni con el consumo de otras drogas ilegales. [23]

La utilidad de las comparaciones de la venta minorista de cannabis y alcohol con la venta minorista de estimulantes potenciales es limitada. El mercado de estimulantes es mucho más pequeño que el del alcohol, el tabaco o el cannabis, tanto en términos de número de consumidores como de frecuencia de uso y compra. El número de puntos de venta necesarios en primera instancia será, por tanto, menor. Además, la conveniencia de una tienda minorista cercana es menos prioritaria bajo la regulación más estricta del modelo minorista de farmacia especializada propuesto en este libro para la mayoría de los productos estimulantes. Este modelo está diseñado específicamente para fomentar un uso de drogas más meditado y planificado (asociado con un menor riesgo) y desalentar la compra y el consumo más espontáneos e impulsivos.

Se podrían imponer restricciones a la ubicación de tiendas cerca de áreas específicas, como escuelas u otros lugares donde se reúnen los jóvenes. En los Países Bajos, las "cafeterías" de cannabis no están permitidas dentro de un radio de 250 metros de las escuelas (lo que lleva al cierre de algunos puntos de venta existentes) y los gobiernos locales tienen el poder de decidir si las aceptan en su área. Del mismo modo, algunos estados de EE. UU. también imponen restricciones sobre la proximidad de los puntos de venta de cannabis a las escuelas. El estado de Washington, por ejemplo, ha prohibido los negocios de cannabis dentro de los 300 metros de áreas específicas donde es probable que haya niños, incluidas las escuelas.[24] Dichos controles pueden, en realidad, tener un propósito político más simbólico que una necesidad de salud pública, y deben permitir flexibilidad en áreas especialmente densamente pobladas.

Apariencia y señalización

Es muy probable que el vínculo bien establecido entre la exposición al marketing del alcohol y el tabaco y el aumento del uso de esas drogas se aplique a los estimulantes. El marketing incluye la apariencia y la señalización del escaparate y, por lo tanto, debe ser funcional en lugar de promocional, utilizando

23 Centro Europeo para el Monitoreo de Drogas y Drogadicción (EMCDDA) (2008). Un lector de cannabis: problemas globales y experiencias locales: Volumen 1. p.150. www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis-volume1_en

24 Junta de Licores y Cannabis del Estado de Washington (sin fecha). Distancia de las entidades restringidas. lcb.wa.gov/mjlicense/distance_from_restricted_entities

descripciones estandarizadas sin publicidad. Las "cafeterías" de cannabis de los Países Bajos están sujetas a tales restricciones, que prohíben la publicidad o hacen referencias externas explícitas al cannabis (aunque la señalización con connotaciones obvias: imágenes rastafari, hojas de palma e incluso las palabras "cafetería" se han convertido en el estándar).

De manera similar, el estado de Washington solo permite dos letreros para puntos de venta de cannabis recreativo, de no más de 1,600 pulgadas cuadradas, que identifican el nombre del punto de venta, la ubicación y la naturaleza del negocio. Los letreros pueden contener imágenes o logotipos, pero no pueden contener representaciones de plantas o productos, representar personajes de dibujos animados o usar cualquier otra imagen que pueda ser atractiva para los niños.[25] También se aplicarían restricciones sobre la apariencia interna de los puntos de venta.

El amplio conocimiento adquirido a partir de la regulación del tabaco demuestra claramente que los entornos minoristas influyen en la compra.[26] Existe, por ejemplo, la evidencia de que la exposición a exhibiciones de productos de tabaco en las tiendas y en los puntos de venta socava el control de los impulsos entre los fumadores adultos y conduce a una mayor aceptación del tabaquismo entre los niños y adolescentes.[27] El uso de los llamados "muros de poder", vastas filas de productos de tabaco colocados directamente detrás de las áreas de caja, claramente fomenta las compras espontáneas. Su desarrollo ilustra cómo, en ausencia de una regulación efectiva, el interés comercial aprovechará las oportunidades para maximizar las ventas. Sin embargo, varios países se están moviendo tardíamente para regular las exhibiciones de tabaco en las tiendas, pero sin prohibir realmente la venta. Finlandia, Islandia, el Reino Unido y Australia, entre otros países, ahora requieren que las tiendas mantengan los productos de tabaco en gabinetes opacos o debajo del mostrador.

---

25 Junta de Licores y Cannabis del Estado de Washington (sin fecha). Preguntas frecuentes sobre la publicidad de la marihuana. lcb.wa.gov/mj2015/faq_i502_advertising

26 Wakefield, M., Germain, D. y Henriksen, L. (2008). "El efecto de los paquetes de cigarrillos al por menor se muestra en la compra impulsiva". *Addiction* 103.2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18042190; Carter, OB, Mills, BW y Donovan, RJ (2009). "El efecto de las exhibiciones de paquetes de cigarrillos al por menor en compras no planificadas: resultados de entrevistas inmediatas posteriores a la compra". *Tabaco Control* 18.3. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19264731; Germain, D., McCarthy, M. y Wakefield, M. (2010). "Sensibilidad de los fumadores a las exhibiciones de tabaco al por menor y al abandono: un estudio de cohort". *Addiction* 105.1. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19804457

27 Paynter, J. y Edwards, R. (2009). "El impacto de la promoción del tabaco en el punto de venta: una revisión sistemática". *Nicotine Tob Res*. 11.1. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19246438; Lovato, C., Watts, A. y Stead, LF (2011). "Impacto de la publicidad y la promoción del tabaco en el aumento de los comportamientos de tabaquismo de los adolescentes". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10 doi.org/10.1002/14651858.CD003439.pub2



Tienda de cannabis en British Columbia, Canadá

FOTO: Northwest. Wikimedia Commons. bit.ly/3iOzRRW. Compartido bajo una licencia CC by SA 4.0 creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0.

Los mismos principios deberían aplicarse a los estimulantes. Solo deben venderse en espacios comerciales separados y dedicados, donde se apliquen y puedan implementarse los controles adecuados.

Requisitos de capacitación

En el caso de los productos farmacéuticos, los minoristas deben recibir capacitación para cumplir con sus obligaciones legales en cuanto a las condiciones de licencia, restricciones de edad, ventas a clientes intoxicados, etc. También se les debería exigir que proporcionen información y asesoramiento a los clientes sobre cuestiones como un consumo más seguro y dónde encontrar ayuda o asesoramiento.

La formación de este tipo puede ser voluntaria. En muchos países, la industria del alcohol tiene códigos de "minorista responsable" y ofrece planes para la formación del personal. Sin embargo, para garantizar una formación

de alta calidad, debe ser un requisito legal.[28] Para las farmacias minoristas especializadas, dicha capacitación formaría parte de las cualificaciones profesionales específicas, pero la claridad sobre la responsabilidad de garantizar la implementación también debería establecerse en las condiciones de funcionamiento, ya que se aplican a puntos de venta específicos.

Controles de compra

Edad del comprador

El principio familiar de que las ventas de alcohol y tabaco deben tener un límite de edad también se aplica a los estimulantes. La libertad de elección sobre las decisiones sobre el consumo de drogas solo se aplica razonablemente a los adultos. Además, los riesgos para la salud a corto y largo plazo asociados con el consumo de drogas son significativamente mayores para los niños: cuanto más joven es la persona que consume drogas, mayores son los riesgos. Los límites de edad, por lo tanto, están justificados tanto por el principio de que el uso de estimulantes no debe ser una cuestión de libre elección para los niños como por el hecho de que es probable que sea particularmente perjudicial para ellos.

De manera prometedora, las restricciones de edad para la compra de cannabis en los EE. UU. y Canadá han mostrado altos niveles de cumplimiento.[29] Sin embargo, dentro del objetivo de garantizar que las ventas a menores se mantengan en un mínimo absoluto, las sanciones deben ser proporcionadas. Algunas áreas que han legalizado el cannabis también han introducido disposiciones sobre sentencias desproporcionadamente severas para el suministro de cannabis a menores. En Canadá, por ejemplo, y en la legislación propuesta para Nueva Zelanda, las sentencias máximas para el suministro a niños son dramáticamente más altas que las sanciones equivalentes por alcohol o tabaco.[30]

28 Mosher, JF, Toomey, TL, Good, C. et al. (2002). "Leyes estatales que exigen o promueven programas de capacitación para los que sirven alcohol y los gerentes de establecimientos: una evaluación de los procedimientos legales y administrativos". *Journal on Public Health Policy* 23.1. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12013719

29 Buller, DB, Woodall, WG y Starling, R. (2016). "Evaluación de pseudo-menores de edad del cumplimiento de las regulaciones de identificación en puntos de venta minoristas de marihuana en Colorado". *J Stud Drogas alcohólicas* 77.6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088169/

30 Gobierno de Canadá, Departamento de Justicia (2019). Legalización y regulación del cannabis. www.justice.gc.ca/ eng/ cj-jp/cannabis/; Gobierno de Nueva Zelanda (2019). Proyecto de Ley de Legalización y Control del Cannabis: Borrador para Consulta. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088169/

Por supuesto, bajo la prohibición, los mercados de drogas no tienen límites de edad, y puede ser más fácil para los jóvenes acceder a sustancias ilegales que a las legalmente reguladas. Un estudio encontró que, en los estados de EE. UU. donde el cannabis no medicinal ha sido regulado legalmente, hubo una disminución asociada del 8% en la probabilidad de consumo de cannabis (y del 9% de consumo frecuente de cannabis) entre los jóvenes. Los autores observaron que sus hallazgos eran "consistentes con ... el argumento de que es más difícil para los adolescentes obtener marihuana ya que los traficantes de drogas son reemplazados por dispensarios autorizados que requieren prueba de edad".[31]

Pocas personas dirían que los niños deberían tener libre acceso a los intoxicantes. Sin embargo, existe un debate vivo sobre dónde y cómo se establecen los umbrales de edad. En el caso del alcohol, por lo general oscila entre los 16 y los 21, según el contexto (aunque en el Reino Unido la edad mínima para consumir alcohol, a diferencia de la compra, es de solo cinco años). También varía en lugares que han legalizado el cannabis no medicinal desde 18/19 (Uruguay y la mayoría de las provincias), a 21 (en los estados de EE. UU. y Quebec). Los umbrales de edad son imperfectos y dependen de una variedad de opciones pragmáticas, que van desde la evaluación de riesgos para la salud hasta las normas sociales y la cultura política.

Las prohibiciones de acceso por edad inadecuadas o impracticables pueden crear consecuencias y socavar, en lugar de aumentar, los controles sociales y las normas responsables. Hacer que la edad mínima para la compra de cannabis sea superior a la del alcohol puede, por ejemplo, dar preferencia al alcohol para el período de edad intermedio. En los EE. UU., el umbral de edad de 21 años para el cannabis es compatible con el alcohol. En Canadá, a las provincias se les permitió establecer un umbral más alto que la edad mínima federal de 18 años. Varias provincias eligieron 19 para cumplir con sus normas provinciales sobre alcohol. Sin embargo, Quebec (donde se puede comprar alcohol a los 18) lo elevó a 21, lo que podría alentar el consumo de alcohol y empujar a los adultos jóvenes que consumen cannabis a un espacio criminal.

Si bien los límites de edad más altos pueden, si se siguen, retrasar el primer uso (y por lo tanto reducir el daño a largo plazo), también pueden alentar comportamientos más riesgosos. En los EE. UU., la Iniciativa Amethyst, apoyada

31 Anderson, DM, Hansen, B., Rees, DI y Sabia, JJ (2019). "Asociación de leyes de marihuana con el uso de marihuana en adolescentes". *JAMA Pediatrics*. jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2737637

por 136 rectores y presidentes de universidades y colegios de EE. UU., sostiene que el umbral de la edad del alcohol de 21 ha creado "una cultura de 'borracheras' clandestinas y peligrosas que a menudo se llevan a cabo fuera de las instalaciones". Además, "al optar por utilizar identificaciones falsas, los estudiantes hacen compromisos éticos que erosionan el respeto por la ley".[32]

Es vital que, sea cual sea la legalidad de sus acciones, [los jóvenes] puedan acceder sin temor a un tratamiento adecuado y programas de reducción de daños.

En realidad, independientemente de las restricciones que existan, algunos jóvenes accederán a las drogas y es vital que, sea cual sea la legalidad de sus acciones, puedan acceder sin temor a un tratamiento adecuado y programas de reducción de daños. El Comité de los Derechos del Niño de la ONU ha recomendado la implementación de estrategias de reducción de daños.[33] Incluso en un mercado regulado, estos desafíos permanecerían.

Los controles de la edad legal solo pueden ser parte de la solución cuando se reducen los daños a los jóvenes relacionados con las drogas. Pueden limitar la disponibilidad, pero no eliminarla. La regulación eficaz y los controles de acceso también deben estar respaldados por esfuerzos de prevención concertados. Éstos deberían incluir educación sobre drogas dirigida y basada en evidencias que equilibre la necesidad de fomentar estilos de vida saludables, incluida la abstinencia, sin ignorar la necesidad de reducir el riesgo y, quizás lo más importante, la inversión en capital social.

Compra racionada

Una solución a muchos de los desafíos anteriores es racionar la compra de estimulantes. A simple vista, esto presenta una resolución clara: las complejidades de los juicios en el punto de venta en torno a la edad, o la probabilidad de que los bienes comprados se revendan ilegalmente, se pueden resolver simplemente exigiendo que los consumidores tengan una licencia para comprar, y que sus compras estén racionadas.

32 Iniciativa Amethyst (sin fecha). Declaración: Es hora de repensar la edad para beber. Archivado en: http://web-old.archive.org/web/20200516125727/http://theamethystinitiative.org/statement/

33 Comité de los Derechos del Niño de la ONU (2013). Acuerdo general No. 15 (13) sobre el derecho del niño al disfrute al más alto estándar de salud (art. 24). CRC/C/GC/15. www.refworld.org/docid/51ef9e134.html

Sin embargo, la sugerencia de que los compradores, así como los minoristas, deberían obtener una "licencia" constituye uno de los problemas más desafiantes para la regulación de estimulantes. En la mayoría de los países, ni los consumidores de tabaco ni de alcohol requieren una licencia de compra, entonces, ¿por qué este enfoque debería ser apropiado para otras drogas? La propuesta plantea cuestiones difíciles en torno tanto a la libertad personal como a los límites adecuados de la vigilancia estatal. El objetivo de la regulación es reducir el daño, no extender innecesariamente la supervisión estatal al dominio privado, por lo que es necesario explorar y comparar las distintas implicaciones del racionamiento.

El beneficio principal de la licencia de comprador es que permite una aplicación más eficaz de los límites impuestos a la cantidad que una persona puede comprar en un momento dado. Esto tiene la doble función de ayudar a moderar el uso individual, así como de limitar el riesgo de ventas secundarias no reguladas. Los controles de racionamiento se utilizan a menudo para limitar la compra de alcohol y tabaco libres de impuestos, aunque rara vez al por menor nacional. Sin embargo, existen algunos ejemplos de racionamiento en el mercado general.

Por el contrario, los límites de compra han sido una característica común de la regulación del cannabis. En los Países Bajos, una persona solo puede comprar 5 gramos en cualquier "cafetería" (reducido de un límite anterior de 30 gramos), aunque no hay nada, salvo el inconveniente, que le impida realizar compras múltiples en diferentes establecimientos. En Uruguay, los consumidores están limitados a 40 gramos por mes, controlados a través de un modelo de comprador con licencia vinculado a un registro centralizado (aunque existen vías alternativas de acceso a través de disposiciones de cultivo doméstico y clubes sociales de cannabis). En los Estados Unidos, los estados con mercados legales de cannabis no medicinal tienen límites de compra variados para concentrados de cannabis, que van desde 3,5 gramos en Nevada hasta 15 gramos en Michigan. Los límites de compra de cannabis a base de hierbas son muy similares: principalmente 1 onza, excepto en Maine y Michigan, donde es de 2,5. En Maine, este límite se aplica expresamente "en cualquier momento o dentro de un día", mientras que, en Michigan, el límite se aplica a "una sola transacción".[34]

34 Slade, H. (2020). Estados alterados: regulación sobre el cannabis en los EE. UU. Transform Drug Policy Foundation. pp.14-15. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

Racionamiento de alcohol en Groenlandia

En 1978, Groenlandia implementó el racionamiento de las ventas de alcohol, habiendo experimentado previamente con varias formas de control del alcohol. Aprobado por votación popular, el sistema otorgó a los ciudadanos mayores de 18 años 72 fichas por mes. Una ficha valía una botella de cerveza de 33 cl, mientras que una botella de licor de 750 cl requería 24 fichas. El sistema buscaba "empujar" a los consumidores hacia determinadas bebidas: por ejemplo, el número de fichas necesarias para comprar vino se redujo de seis a tres, para fomentar "un patrón de consumo más mediterráneo".

El sistema de racionamiento tuvo impactos tanto positivos como negativos. Un problema inmediato fue la aparición de un mercado secundario de tokens. Una hoja de 72 tokens se vendió por hasta 1.200 coronas ($150-200 en ese momento), lo que significa que los bebedores irregulares pudieron beneficiarse vendiendo sus tokens. Se establecieron puntos comerciales (incluso con señalización visible), incluidos los supermercados exteriores. El enjuiciamiento por el comercio de tokens fue "raro o inexistente".

También hubo un aumento en los robos entre algunas personas que bebían mucho (que ahora tenían que comprar alcohol y fichas adicionales), así como un mayor uso de líquido para encendedores y otros sustitutos del alcohol. Los impactos negativos del sistema de puntos golpearon más duramente a los más pobres. La agencia de libertad condicional de Groenlandia señaló que muchos clientes vulnerables estaban terminando en "necesidad social", debido al hecho de que tenían incluso menos ingresos disponibles que antes. También aumentó el contrabando de alcohol y la elaboración de cerveza casera. A pesar de su popularidad inicial, el sistema de racionamiento se volvió profundamente impopular y finalmente fue derogado por un gobierno que enfrentaba la reelección y un déficit en el erario público. Tras la derogación, el déficit se convirtió en superávit, y el enorme aumento de las ventas de alcohol aportó una ganancia inesperada de $12,9 millones.

A pesar de estos problemas, hubo resultados positivos. Entre 1978 y 1980 el consumo de alcohol se redujo en un 32% mientras que el gasto de los consumidores aumentó en ropa y electrónica. También se informó de reducciones en los casos de negligencia infantil, una menor dependencia general del bienestar social y una caída drástica de los delitos violentos; entre 1978 y 1980, los asesinatos se redujeron a más de la mitad (de 15 a 7), las "disputas domésticas" cayeron un 20%; los delitos sexuales cayeron un 19% y las agresiones cayeron un 27%. Por supuesto, la correlación no es lo mismo que la causalidad y estos desarrollos también pueden haber estado relacionados con cambios en las relaciones con el alcohol que condujeron al racionamiento.

Tras la derogación (y a pesar del lanzamiento de una campaña de marketing de bebidas con moderación), las tasas de consumo informadas aumentaron aproximadamente un 60% en los meses siguientes. Los delitos sexuales en la capital se triplicaron y los incidentes domésticos

Todas las referencias en este recuadro son para: Schechter, EJ (1986). "Sistemas de control y racionamiento de alcohol en Groenlandia". *Contemporary Drug Problems* 13. heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/condp13&div=34

se duplicaron en 1983, los intentos de asesinato aumentaron de 26 a 34, los casos de agresión aumentaron de 405 a 449 y las admisiones a la sala de emergencias se triplicaron en dos meses. Cuántas de estas tendencias, positivas o negativas, se debieron directamente a cambios en el sistema del alcohol está abierto a dudas. Del mismo modo, si el sistema podría haberse modificado para trabajar de manera más efectiva no está claro: si hubiera más tokens disponibles, los impactos podrían haber disminuido en los consumidores de gran volumen; sin embargo, hacerlo habría sido contrario al presunto propósito de todo el esquema.

Los esquemas de racionamiento de alcohol solo pueden proporcionar un cierto grado de comprensión del posible racionamiento de drogas estimulantes. El racionamiento representó una intervención dramática en un área de consumo social previamente poco regulada. De hecho, esto apunta a quizás la mayor debilidad al comparar la política del alcohol con la posible política de estimulantes en el futuro: en la mayoría de las sociedades modernas, el alcohol se consume, y está socialmente integrado, en una escala que es casi incomparable con cualquier otro estimulante que no sea la cafeína. La regulación de estimulantes, en este sentido, proviene de la dirección totalmente opuesta a los controles recientes sobre el alcohol.

Sin embargo, el término "una sola transacción" ha causado algunas dificultades. En Colorado, el propietario de una empresa enfrentó cargos criminales por facilitar el "bucle" (clientes que compran la cantidad máxima de cannabis y luego simplemente regresan más tarde para comprar más). Algunos estados han sido más claros en sus regulaciones: en Oregón el límite se aplica "en cualquier momento o dentro de un día", mientras que las regulaciones de California expresamente establecen "en un solo día".[35] Sin embargo, esta política es más difícil de implementar de manera efectiva sin una licencia de comprador o algún otro medio confiable para rastrear las compras individuales.

En realidad, es poco probable que el racionamiento de cannabis existente tenga un impacto significativo en el consumo. Los límites de compra ya son relativamente generosos, y las personas que buscan consumir más que los límites pueden simplemente hacer compras múltiples, recurrir a ventas secundarias o proveedores ilegales, o cultivar las suyas propias. Es probable que ocurra lo mismo con las personas que consumen estimulantes. El racionamiento, por lo tanto, puede ayudar a moderar el uso hasta cierto punto, pero para las personas cuyo uso es más intenso o dependiente, puede haber consecuencias negativas no deseadas, incluida la desviación hacia fuentes ilegales más problemáticas.

35 Véase la nota 34 a pie de página.

Sin embargo, es probable que el racionamiento sea más útil para prevenir las compras al por mayor a gran escala para la reventa ilegal en los mercados secundarios. También puede facilitar un contacto cara a cara más frecuente con proveedores especializados, brindando así mayores oportunidades de asesoramiento específico sobre reducción de daños. No obstante, esto requiere un equilibrio cuidadoso, ya que la obligación de realizar compras con mayor frecuencia puede disuadir a las personas de cambiar de proveedores ilegales.

Un tema aparte que debe considerarse al establecer límites de compra es que los niveles de consumo pueden variar drásticamente entre las personas que usan estimulantes. Por ejemplo, la Encuesta Mundial sobre Drogas sugiere que alrededor de las tres cuartas partes de las personas que consumen cocaína lo hacen 10 veces al año o menos, y consumen entre medio y un gramo por ocasión. Esto sugiere que un gramo al mes abastecería a la mayoría de las personas. Permitir hasta 12 gramos por año, y hasta 2 gramos en cualquier mes, para atender períodos de mayor uso, puede proponerse como límite de racionamiento razonable. Sin embargo, aunque esto podría satisfacer la demanda de la mayoría de las personas que consumen cocaína, la mayor parte de la cocaína la consume el 20% restante de los consumidores más intensos. Este "principio de Pareto" se observa para la mayor parte del consumo de drogas, lo que significa que la política no puede simplemente apuntar a dar forma al consumo promedio, sino al consumo (y, fundamentalmente, al daño) tal como se distribuye entre la población real. Para los consumidores más pesados (y riesgosos) de cocaína, un gramo al mes claramente solo cubriría una pequeña fracción de sus necesidades.

Licencias de comprador y esquemas de acceso por membresía

Un modelo de licencia de comprador tiene ventajas e inconvenientes. En el lado positivo, puede restringir el acceso a personas que cumplan con criterios específicos, obviamente la edad, pero también, como en el modelo uruguayo de cannabis, la residencia local o nacional puede prevenir el "turismo de drogas". Obtener una licencia de comprador también podría requerir la asistencia a un programa de educación sobre drogas (similar al requisito de aprobar una prueba de la ley de tránsito como condición para obtener una licencia de conducir). En este sentido, el derecho de acceso al mercado legal estaría condicionado a la comprensión de los riesgos y el uso responsable. Por

supuesto, tales requisitos serían contraproducentes si simplemente disuaden a las personas de cambiarse al mercado legal.

Una licencia de comprador similar a las bases de datos farmacéuticas existentes (por ejemplo, Pharmanet) permitiría un racionamiento más sofisticado que los simples límites a las compras individuales. Podría permitir un nivel máximo de compra por semana, mes o año y evitar compras múltiples en el mismo o en diferentes puntos de venta. También podría indicarle al proveedor compras de mayor frecuencia, que potencialmente podría ofrecer asesoramiento específico. Los datos anonimizados sobre los patrones de compra y uso entre diferentes poblaciones también serían de gran utilidad para la investigación sanitaria y social, ya que ayudarían a dar forma a intervenciones de políticas de drogas más efectivas y respaldarían la evolución de los modelos regulatorios en el futuro.

Uruguay adoptó un modelo similar para el cannabis, con el objetivo de limitar el acceso a los residentes uruguayos mayores de 18 años y restringir las compras individuales a 40 gramos por mes. Para hacer cumplir esto, los compradores deben registrarse con la autoridad reguladora dedicada. Se ha asegurado que el sistema utilizará tarjetas de registro anonimizadas y el anonimato está garantizado en virtud de una ley nacional existente que se ha establecido para supervisar las bases de datos gubernamentales.

Por supuesto, tales garantías no aliviarán las preocupaciones de todos, y para que un sistema de este tipo funcione, sería necesario proporcionar garantías de que los datos no se utilizarán, en ese momento o más tarde, de una manera que perjudique a la persona que decide sacar una licencia. Este, sin duda, es el principal riesgo de un sistema de comprador con licencia. Nuevamente, el problema involucra tanto principios como aspectos prácticos. En principio, la gente puede preguntarse por qué el Estado debería controlar su consumo de algunas drogas, pero no de otras (o, de hecho, cualquier droga). En la práctica, si las preocupaciones sobre los datos personales superan las preocupaciones sobre la compra ilegal, entonces el enfoque cae en el primer obstáculo. La protección de datos (y el abuso de datos personales) es un problema muy real y legítimo, y es poco probable que desaparezca pronto. Además, ¿qué pasaría con los datos de los compradores si cambiara la legislación? Los registros de consumo de drogas pueden, en la actualidad, tener una influencia negativa en el empleo, las disputas familiares, seguros, los viajes, entre otros. ¿Cómo se

aplicaría eso si un gobierno que opta por volver a criminalizar las drogas tenga una base de datos de consumidores registrados?

Una segunda cuestión clave se refiere al poder conferido a las autoridades que otorgan licencias. ¿Cómo se puede garantizar la equidad social con respecto a quién es considerado para una licencia, a quién podrían excluir tales decisiones y cuáles podrían ser las consecuencias de tal exclusión? Existe un riesgo real de que poblaciones ya marginadas se vean excluidas directa o indirectamente, o que el sistema proporcione un medio adicional de vigilancia e intrusión en asuntos privados. Además, si se recopilan datos sobre el comportamiento de compra, habrá preocupaciones justificables sobre qué identificadores sociales se incluyen (por ejemplo, sobre raza, género, sexualidad) y cómo se utilizan. Un sistema de licencia de comprador también es probable que excluya a los visitantes y turistas a corto plazo. Esto tiene la ventaja de ayudar a prevenir el 'turismo de la droga', pero también podría fomentar las ventas ilegales.

Una tercera preocupación es una cuestión más práctica de costos y burocracia. Establecer un sistema de licencias de comprador sería caro, al igual que su mantenimiento seguro. Estos son costos que necesariamente se trasladarían a los consumidores o al contribuyente en general. Esto podría contribuir a la exclusión de las personas con ingresos más bajos (si los costos se incluyen en cualquier tarifa de licencia) o ser políticamente insostenible si se incluye en los impuestos generales. Este desafío podría mitigarse asegurando que el acceso tenga un umbral suficientemente bajo (en términos de costos, tiempo o carga burocrática de la aplicación) y mediante la divulgación y la educación proactivas. Sin embargo, parece difícil imaginar cómo esto podría ayudar a las personas más marginadas, incluidas las personas sin hogar, los migrantes y / o las personas desplazadas con un lugar de residencia inseguro.

Una cuarta preocupación es simplemente si el Estado tiene derecho a exigir una licencia para la compra o el uso de cualquier sustancia psicoactiva. El principio de la licencia de conducir, por ejemplo, se basa en el hecho de que conducir un automóvil es, en todos los casos, un riesgo potencial para otras personas. Este no es el caso del consumo de drogas. Si bien puede convertirse en un riesgo, esto no es inevitable. Por lo tanto, la imposición de una restricción previa — y el sometimiento de las personas que usan estimulantes a una vigilancia estatal previa — es problemática.

Vale la pena señalar que es probable que se implemente cualquier modelo

¿Cómo se puede garantizar la equidad social con respecto a quién es considerado para una licencia, a quién podrían excluir tales decisiones y cuáles podrían ser las consecuencias de tal exclusión?

de acceso legal después de una despenalización más amplia de la posesión personal y el uso de drogas. Esto tendrá un impacto en la forma en que se aborda el uso de drogas en la ley, así como en las percepciones culturales y el estigma en torno a las personas que consumen drogas. Por lo tanto, los temores de cómo la inclusión en una base de datos de licencias de compradores de drogas podría afectar la vida actual, pueden quedar fuera de lugar cuando se trasladen a un futuro posterior a la despenalización. Sin embargo, las preocupaciones discutidas aquí son importantes y no pueden ser fácilmente descartadas, incluso si pueden mitigarse mediante un cuidadoso diseño de políticas. Asegurarse de que se incluyan disposiciones estrictas en la legislación para garantizar que las autoridades no puedan acceder a los datos o hacer un uso indebido de ellos, o que se use tecnología de bases de datos anónimas, como *blockchain*, puede ofrecer más garantías. Sin embargo, persisten las cuestiones de principios y los riesgos para la equidad social.

Un modelo alternativo serían los clubes de compradores basados en membresías que recurran a elementos de los clubes sociales de cannabis en España y Uruguay.[36] Clubes como este permiten elementos clave de un modelo de licencia de comprador, pero sin una onerosa vigilancia estatal. Como es el caso del alcohol en muchas partes del mundo, el club mismo está regulado como un vendedor autorizado, pero en este caso los gerentes serían responsables de supervisar el racionamiento. Los datos de membresía y compra aún deberían recopilarse, pero podrían permanecer privados (al menos dentro del club de membresía).

La gestión de un sistema de racionamiento eficaz plantea cuestiones difíciles sobre cómo equilibrar la necesidad de prevenir la intrusión estatal excesiva u opresiva en el ámbito privado con la necesidad de garantizar que cualquier sistema de regulación aborde eficazmente los riesgos y vulnerabilidades identificados y promueva la salud y el bienestar. Las preocupaciones en torno a un modelo de licencia de comprador también deben sopesarse con las

36 See: Murkin, G. (2015). Clubes sociales de cannabis en España: Legalización sin comercialización. Transform Drug Policy Foundation. https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/cannabis-in-spain-briefing-2018.pdf

preocupaciones en torno a los impactos de modelos minoristas alternativos y más abiertos.

No existe una solución perfecta y, desde algunas perspectivas, puede verse más como una cuestión de elegir la opción "menos peor". Dados los desafíos, es difícil ver cómo se podría introducir un sistema de comprador con licencia completa sin garantías adicionales considerables y estrategias de mitigación que aborden la protección de datos y la equidad social. Sin embargo, estos podrían abordarse a través de pruebas piloto y pruebas de concepto dentro de un paso preliminar hacia la despenalización.

Controles sobre las ubicaciones permitidas para su uso

Cuando se autoriza la venta para el consumo fuera de las instalaciones, queda pendiente la cuestión de cómo debería regularse ese consumo. Una ansiedad común es que la disponibilidad de drogas regulada legalmente haría que el consumo fuera mucho más visible y socialmente intrusivo. En realidad, los nuevos regímenes regulatorios permitirían que el consumo de drogas fuera menos visible que en la actualidad. Existe una variedad de controles de consumo de drogas existentes, que incluyen:

- Locales autorizados para el consumo (como es el caso del alcohol en pubs y bares)
- Áreas designadas para fumadores al aire libre
- Leyes que restringen el consumo de alcohol y fumar en espacios públicos y privados específicos

Las funciones de estas restricciones difieren. Las restricciones al tabaquismo suelen estar justificadas sobre la base de los efectos secundarios conocidos del humo en la salud; el consumo público de alcohol se restringe más a menudo por razones de orden público y, en menor medida, por la basura y las comodidades.

Donde gozan de un amplio apoyo, tales restricciones generalmente se observan bien. La experiencia sugiere que, cuando se ejerce de manera eficaz, dicha regulación puede ayudar a fomentar nuevas normas sociales, asegurando que se necesite una aplicación menos onerosa a medida que pasa el tiempo.

La experiencia sugiere que cuando se ejerce de manera eficaz, dicha regulación puede ayudar nuevas normas sociales asegurando que se necesite una aplicación menos onerosa a medida que pasa el tiempo

Antes de que se introdujera la prohibición de fumar en lugares públicos en el Reino Unido en 2007, el apoyo a la medida era mixto: solo el 51% del público la apoyó en la primavera de 2004.[37] Sin embargo, la prohibición no solo condujo a un cumplimiento generalizado, se registró un cumplimiento de 98,2 % en los primeros 18 meses, sino que también se ha relacionado con reducciones correspondientes en el consumo, y el 20% de los fumadores dicen que la prohibición les ayudó a reducir la cantidad que fuman.[38]

Restricciones similares podrían aplicarse, con razón, a otras drogas si existe un consenso de que es probable que el consumo público sea perjudicial, antisocial o un riesgo para la salud de otros. En ese sentido, las prohibiciones del consumo público podrían extenderse para cubrir el consumo de cualquier droga. Las restricciones sobre la intoxicación pública y el desorden que ya existen para la embriaguez podrían, por coherencia, aplicarse igualmente a cualquier forma de intoxicación, incluso con estimulantes.

Por otro lado, es poco realista suponer que el consumo de algunos estimulantes pueda (o necesariamente deba) controlarse de la forma en que se hace actualmente el tabaquismo y la bebida. La ingestión de una pastilla, por ejemplo, es imposible de restringir y, en sí misma, no representa un riesgo para el orden público o las comodidades. El acto de consumo es breve y es posible que los efectos no se sientan durante algún tiempo, lo que hace que el propósito de los controles de consumo sea en gran medida no aplicable.

Esnifar es más fácilmente comparable a beber en público. Una justificación para los controles del consumo público (cualquiera que sea la opinión de cada uno) es que los miembros del público pueden simplemente no desear presenciar el consumo de drogas en espacios compartidos. Además, debido a la velocidad del

37 Acción sobre el Cigarro y la Salud (2005). Nueva gran encuesta muestra apoyo para una ley comprensiva libre de humo en Reino Unido. ash.org.uk/media-and-news/press-releases-media-and-news/major-new-poll-shows-public-support-across-uk-for-comprehensive-smokefree-law/

38 Triggle, N. (2017). 8 Triggle, N. (2017). "Prohibición de fumar en pub: 10 gráficos que muestran el impacto". *BBC News* 1 de julio.www.bbc.co.uk/news/health-40444460

efecto, se puede argumentar que es más probable que la inhalación pública sea seguido por molestias públicas que en el caso de otros tipos de consumo.

Sin embargo, de manera realista, la aplicación de tales reglas puede ser difícil en la práctica, especialmente si las personas utilizan cucharas, dispositivos de inhalación tipo bala o aerosoles nasales. También se da el caso de que la aplicación de cualquier control público de consumo o intoxicación puede estar desproporcionadamente dirigida a las comunidades marginadas.

Como se explora más adelante en este libro, el consumo conjunto de alcohol y cocaína es un riesgo particular que la regulación debería tratar de minimizar. Pero esto es difícil, si no imposible, en la mayoría de los entornos sociales, dada la ubicuidad del alcohol. También es muy difícil desde la perspectiva de la concesión de licencias de lugares, dada la ubicuidad de la venta minorista de alcohol con licencia. Las reglas que prohíben el uso de estimulantes en pubs y bares probablemente seguirían siendo las condiciones de las licencias de alcohol o, de hecho, en los lugares tipo "cafetería" de cannabis.

Moore et al., han propuesto la posibilidad de lugares sin alcohol que sean "amigables con la MDMA", basándose, en parte, en experiencias con MDMA en las secciones de la escena informal de las fiestas rave.[39] Pero lo que podría funcionar para la MDMA parece menos probable que sea viable para la cocaína, cuando el consumo con alcohol es más común y más buscado. También hay una pregunta sobre la viabilidad comercial de los lugares libres de alcohol que son tolerantes a otras drogas. Si un lugar tolera el uso de drogas estimulantes, pero no se beneficia de su venta (la cual, según las propuestas del "modelo estándar" de este libro, se daría por adelantado en un punto de venta farmacéutico especializado) y tampoco está ganando dinero con la venta de alcohol, tendría que depender de las tarifas de entrada, las bebidas no alcohólicas, la comida (que, en cualquier caso, es menos probable que interese a las personas que utilizan estimulantes) u otras formas de venta minorista o de entretenimiento. Existen grandes interrogantes sobre la viabilidad comercial de un modelo de este tipo, ciertamente para muchos lugares existentes.

Fumar o inyectarse estimulantes, aunque representa sólo una pequeña fracción del uso total de estimulantes, crea un desafío regulatorio

39 Moore, K., Wells, H. and Feilding, A. (2019). Caminos a la regulación: MDMA. Beckley Foundation. pp.106–111. beckleyfoundation.org/mdma-report/

desproporcionadamente grande. Las personas que se dedican a fumar o inyectarse estimulantes de alto riesgo requieren una consideración particular tanto para proteger su propia salud y bienestar como para abordar los impactos del uso público en las comunidades locales. Puede parecer razonable implementar prohibiciones sobre fumar en público o inyectarse estimulantes, pero es probable que estas solo logren reducir los daños reales si también se establecen respuestas más amplias de reducción de daños. Éstos incluyen:

- Programas accesibles de intercambio de agujas y jeringas
- Prestación de servicios de tratamiento y reducción de daños de bajo umbral, incluidos los centros de prevención de sobredosis (también denominados salas de consumo)[40]
- Programas de divulgación
- Acceso a apoyo social y asistencial, incluido el derecho básico a la vivienda

Sin estas políticas en vigor, las prohibiciones del consumo público, al tiempo que protegen los servicios públicos, corren el riesgo de exacerbar los costos para las personas sin hogar, adictos con una dependencia severa y otros grupos de alto riesgo que pueden tener pocas alternativas. La protección pública y la reducción de daños no son esfuerzos separados; son dos caras de la misma moneda y deben tratarse como tales desde una perspectiva de política (véase el capítulo 7).

Monopolio estatal de venta al consumidor

La venta minorista de todos los medicamentos, excepto los de menor riesgo (nivel 1), estaría regulada en la mayoría de los casos mediante licencias. Este enfoque se basa en el principio de que el estado impone condiciones a la venta de la droga que reflejan sus riesgos particulares, pero más allá de eso deja el mercado abierto. La concesión de licencias es una forma de gobernanza a distancia: el mercado opera de acuerdo con los mismos principios que los de cualquier otro producto básico, pero con limitaciones impuestas por el Estado

40 Véase: Transform Drug Policy Foundation (2020). Salas de consumo de drogas más seguras o centros de prevención de sobredosis (OPC) **transformdrugs.org/overdose-prevention-centres/**

a aspectos específicos de las operaciones minoristas, que generalmente se transfieren a las autoridades reguladoras locales. En los sistemas de licencias estándar, las autoridades locales imponen condiciones sobre cómo, cuándo y dónde pueden operar los minoristas.

Al mismo tiempo, se pueden imponer limitaciones generales al contenido de, por ejemplo, material publicitario (como es el caso del alcohol y el tabaco en muchos países); además, los códigos de práctica voluntarios supervisados por actores comerciales a menudo cubren temas como la capacitación de proveedores.

La clave de estos sistemas es la suposición de que, en su base, el mercado sigue siendo comercial y las empresas privadas son libres de operar, aunque dentro de las limitaciones impuestas por el gobierno. Sin embargo, un modelo alternativo es que el Estado mismo controle todo o parte del mercado, actuando como productor, importador y / o minorista. En este modelo, los establecimientos minoristas no están simplemente sujetos a condiciones regulatorias por parte de las autoridades locales: son propiedad y están administrados por agencias estatales.

Estos monopolios estatales dentro de los mercados de drogas son menos comunes, pero de ninguna manera desconocidos. Por ejemplo, operan para la venta minorista de alcohol en la mayoría de los países escandinavos y en varias provincias canadienses (según distinciones técnicas, a veces denominadas monopsonios estatales).[41] La justificación de los monopolios estatales se basa en el principio de que las sustancias psicoactivas pueden (en algunos casos, aunque no en todos) provocar dependencia, daños a la salud a largo plazo y una serie de externalidades negativas (por ejemplo, violencia relacionada con el alcohol). Por lo tanto, no califican como el tipo de productos "ordinarios" que pueden dejarse en un mercado caracterizado por dinámicas comerciales habituales, como la competencia agresiva de precios, la comercialización generalizada y el desarrollo no regulado de productos novedosos. Los modelos de "monopolio estatal" reconocen explícitamente que el producto que se regula es cualitativamente diferente, en lo que respecta a los riesgos públicos y privados, a otros productos básicos. Tanto es así que deberían estar sujetos a un nivel de regulación significativamente más estricto.

41 Borland, R. (2003). "Una estrategia para controlar la comercialización de los productos del tabaco: un modelo de mercado regulado". *Tobacco Control* 12, p.377. tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/374.full.pdf

Los monopolios estatales se aplican con menos frecuencia a la producción (sobre todo porque el alcohol y el tabaco a menudo se importan). Los riesgos clave para la salud pública que surgen de la comercialización son más importantes en el extremo del mercado minorista que en el de producción. Han existido monopolios estatales de producción (la industria tabacalera de China, por ejemplo, o la industria del vodka de Rusia hasta 1992), pero el modelo más común es que los productos comerciales se vendan al por menor a través de un monopolio estatal, como es el caso de las ventas nórdicas de alcohol y el cannabis para usos no médicos en Nueva Escocia y Quebec.

La noción de Estados que actúan directamente como proveedores de drogas estimulantes plantea muchas preguntas. Se puede argumentar que la propiedad estatal de cualquier mercado de productos básicos es incorrecta en principio, y que la venta al por menor de productos básicos debería ser un asunto de la empresa privada únicamente. Otros, aunque no se oponen al control estatal directo de los mercados per se, pueden sentirse incómodos con la idea del control estatal de los mercados de drogas no médicas específicamente. Esta reticencia se ha visto en otros contextos, por ejemplo, en el rechazo al financiamiento estatal de la terapia de sustitución de opioides y la terapia asistida con heroína. La sugerencia de que el Estado está facilitando de alguna manera el consumo de drogas de riesgo o, en los extremos más sensacionalistas, se convierte en "narcotraficante en jefe", es algo que muchos pueden encontrar difícil de aceptar.

Sin embargo, como se señaló anteriormente, los monopolios estatales de alcohol no son inusuales y solían ser más comunes a principios del siglo XX. Muchas provincias canadienses han optado por modelos de venta minorista de cannabis de monopolio estatal. En todos los casos, este enfoque se ha justificado principalmente por motivos de salud pública.

Al desarrollar un modelo para una venta minorista de tabaco mejor regulada, el profesor Ron Borland propuso un sistema según el cual el Estado no es propietario de la producción, sino que es el único operador desde el punto de venta al por mayor. Según este modelo, "las empresas de libre empresa conservarían el derecho a fabricar, pero se crearía una agencia [estatal] para comercializar productos de tabaco".[42] Las entidades comerciales podrían

42 Borland, R. (2003). "Una estrategia para controlar la comercialización de los productos del tabaco: un modelo de mercado regulado". *Tobacco Control* 12, p.377. tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/12/4/374.full.pdf

competir por contratos para producir medicamentos (en este caso tabaco), pero dentro de parámetros estrictamente definidos en cuanto a potencia, preparación, envasado, etc.

Uruguay adoptó un modelo similar a este (incluida la venta al por menor para particulares a través de farmacias) para su mercado de cannabis regulado legalmente. Borland propone que los minoristas comerciales aún podrían operar un sistema de ventas con fines de lucro, pero su contrato sería con la agencia estatal que proporcionó el producto, no con los productores privados. En otras palabras, en lugar de imponer condiciones a la venta al por menor de productos suministrados comercialmente (como es el caso del alcohol en muchos países), los minoristas celebrarían contratos de suministro con el propio gobierno.



La Société québécoise du cannabist opera un monopolio sobre el comercio minorista de cannabis en Quebec

FOTO: Jeangagnon. Wikimedia Commons. bit.ly/3iUHuq4. Compartido bajo una licencia CC BY-SA 4.0 creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en.

Hay muchas variaciones en el concepto amplio de monopolio estatal y muchos desafíos. La dependencia del gobierno en los ingresos por ventas tiene el potencial de distorsionar la política, particularmente cuando los flujos de ingresos son importantes y están establecidos. Sin la disciplina de la competencia del mercado, la disponibilidad puede volverse inadecuada para

Un modelo de monopolio estatal podría servir como un "interruptor estratégico" para establecer nuevas normas sociales para el mercado legal

cumplir con los objetivos clave (como la supresión del mercado ilegal) o carecer de la flexibilidad necesaria para satisfacer los cambios en la demanda. Sin embargo, los mercados regulados de estimulantes serían una propuesta a los mercados de alcohol y tabaco donde estos problemas han surgido en el pasado. Serían de menor escala, pero también estarían diseñados e implementados desde cero dentro de un modelo de salud pública que busca moderar el uso y minimizar los daños en lugar de los comerciales que buscan maximizar las ganancias. En este sentido, un modelo de monopolio estatal podría servir como "disyuntor estratégico" para establecer nuevas normas sociales para el mercado legal. [43]

Principios generales

Este capítulo ha establecido algunas de las ideas y principios generales que informan los modelos regulatorios propuestos en los siguientes capítulos. En realidad, se necesitaría un trabajo adicional considerable para desarrollar la legislación precisa requerida en cualquier contexto dado. Esta exploración no es la última palabra, de ninguna manera. Sin embargo, se han establecido algunos principios básicos:

- Esa regulación de estimulantes debe diseñarse sobre todo para proteger la salud pública, reducir las desigualdades sociales, proteger y promover los derechos humanos y asegurar una reducción de daños más efectiva (ver más sobre los principios de regulación en el Capítulo 1).
- Que los modelos de licencias existentes, con adaptaciones, son susceptibles a funcionar para la venta minorista controlada de estimulantes.
- Esa precaución es necesaria en las primeras etapas de la regulación, incluso si la intención es aliviar las restricciones más adelante.

43 Seddon, T. (2020). "Inmoral en principio, impracticable en la práctica: reforma de la ley del cannabis, The Beatles y el informe Wootton". *The British Journal of Criminology.* p.15. doi.org/10.1093/bjc/azaa042

- Que lograr el equilibrio entre las exigencias personales, la autonomía y la responsabilidad del Estado de reducir el daño requiere algunas opciones difíciles, a menudo imperfectas, pero estas decisiones no son tan difíciles como para hacer imposible el proyecto.

Las décadas de prohibición de las drogas hacen que sea difícil imaginar y planificar escenarios alternativos. No debemos tomarnos el desafío de esa tarea a la ligera. No es fácil establecer una nueva infraestructura regulada para un mercado tan desafiante como el de los estimulantes, o prever cómo podría hacerse viable. Sin embargo, el statu quo ya no se puede tolerar, por lo que es vital que estas alternativas no solo se describan, sino que se debatan, desarrollen y exploren con toda seriedad.

Modelo estándar

No existe (ni, dadas las variaciones locales y regionales, debería haber) un modelo único para la regulación eficaz de todas las drogas, y hay una gama de modelos que podrían, si se implementan cuidadosamente, cumplir con los principios clave de la buena política de drogas establecida en el Capítulo 1. Sin embargo, dado dónde nos encontramos en términos de presiones comerciales, aspectos prácticos regulatorios y la necesidad de establecer sistemas que puedan obtener el mayor apoyo posible, creemos que la regulación de los estimulantes de nivel 2 de riesgo debe ser diferente de lo que generalmente ha sido el caso del alcohol y el tabaco.

En particular, concluimos que la mejor opción para equilibrar las necesidades de acceso con la necesidad de evitar la sobrecomercialización es establecer un monopolio estatal sobre, como mínimo, la venta minorista de productos estimulantes de nivel 2. Es decir: en lugar de simplemente otorgar licencias a los operadores privados para vender estimulantes en el mercado abierto, el Estado debería poseer y regular directamente los puntos de venta minorista. Además, en lo que respecta a los estimulantes, el punto de venta principal debería ser una farmacia especializada.

La intensidad de la regulación siempre debe reflejar los riesgos asociados con la droga que se está controlando. Estos incluyen riesgos para la salud a corto y

largo plazo, así como otros factores sociales y de comportamiento. Sobre esa base, si bien existen fortalezas y debilidades asociadas con todas las opciones de regulación, nuestra opinión considerada es que un monopolio minorista estatal es el más práctico y forma eficaz de regular los mercados estimulantes de nivel 2 dado el contexto económico, político y social más amplio en el que se produciría la regulación.

Un modelo minorista de monopolio estatal permite un control total y directo sobre las palancas reguladoras clave que deben ejercer las autoridades que actúan por el bien público. Esto proporciona control sobre el precio, la disponibilidad y el marketing, al tiempo que evita la necesidad de una infraestructura compleja y onerosa de cumplimiento y ejecución para evitar que las entidades comerciales exploten las debilidades de la estructura reguladora.

En términos prácticos, mientras que los monopolios sobre el alcohol se han impuesto, en casi todos los casos, en mercados previamente regulados mediante licencias, aquí habría una pizarra en blanco regulatoria. Dadas las alternativas (un mercado ilegal incontrolado en un extremo, un mercado comercial apenas controlado en el otro), creemos que un monopolio estatal es la mejor opción disponible.

También concluimos que, en la mayoría de los casos, los estimulantes deben venderse a través de farmacias especializadas. Discutiremos con más detalle cómo este principio se aplica y varía entre medicamentos específicos en capítulos posteriores. Sin embargo, nuestro modelo general propone que las ventas deben ser para consumo fuera de las instalaciones, en puntos de venta especializados al estilo de las farmacias, con personal capacitado capaz de brindar asesoramiento sobre reducción de daños.

Este "modelo estándar" resume nuestro modelo regulador preferido para las preparaciones farmacéuticas de MDMA, cocaína y anfetaminas. Los productos estimulantes a base de plantas de menor potencia como la hoja de coca estarían regulados bajo un modelo comercial menos restrictivo, y los productos fumados o inyectados más riesgosos se manejarían bajo un modelo de reducción de daños no minorista.

También es importante considerar cómo el desarrollo de un mercado legalmente regulado para estimulantes impactará en el desarrollo

internacional. Estos temas se exploran en el Capítulo 7, donde brindamos más recomendaciones para asegurar que el desarrollo sostenible sea una prioridad central de la reforma de las políticas de drogas.

Modelo estándar de regulación

Modelo de mercado global

- Las compañías farmacéuticas con licencia producirían productos farmacéuticos de acuerdo con los parámetros establecidos por una Agencia Reguladora de Medicamentos (DRA, por sus sigles en inglés)
- Las empresas compiten por contratos de producción de DRA
- DRA es el único comprador y distribuidor de puntos de venta físicos o en línea. La venta se llevaría a cabo bajo un modelo de monopolio estatal, donde solo las farmacias especializadas administradas por el gobierno tendrían una licencia para vender productos farmacéuticos específicos
- Todos los ingresos / impuestos minoristas corresponderían al gobierno local o nacional

Controles de producción

- Los productos farmacéuticos especificados por la DRA serían producidos por compañías farmacéuticas con licencia de la DRA
- Los temas de seguridad y de control de calidad relacionados con la producción y el tránsito de productos farmacéuticos operarían bajo el régimen existente o marcos normativos equivalentes para las drogas farmacéuticas (que actualmente ya incluyen cocaína, anfetaminas y MDMA para usos médicos y científicos), ampliados y adecuadamente adaptados

Controles del producto

Preparación / dosificación

- Unidades de dosificación estandarizadas para formulaciones en píldora o en polvo (e información sobre riesgos / dosis relacionados con estas unidades)
- Cantidad de contenido de fármaco en miligramos escrita en píldoras individuales
- Las píldoras están marcadas para permitir una fácil división en unidades de dosis más pequeñas.
- Polvo proporcionado en viales transparentes con líneas de calibración de dosificación (control de dosis aproximado a través de la cuchara dosificadora incluida)

Precio

- Precios establecidos por DRA — con flexibilidad para algunas variaciones por autoridades regionales / locales / municipales
- Precios inicialmente establecidos en o cerca de los encontrados en el mercado ilegal
- Flexibilidad para alterar los precios con base a una experimentación cautelosa: solo se realiza en pequeños incrementos a intervalos cuidadosamente espaciados, acompañados de una estrecha evaluación / monitoreo
- Evaluación de la regulación de precios considerando los impactos en la prevalencia y los comportamientos de uso (frecuencia, productos consumidos / desplazamiento, uso de alto riesgo) y los tamaños relativos de los mercados legales / ilegales paralelos y los ingresos

Empaque

- Envases de estilo farmacéutico sin marca
- Estándares de información de contenido obligatorios y advertencias de salud destacadas
- Diseño a prueba de niños / a prueba de manipulaciones
- Estándares de sustentabilidad en la producción y residuos de envases

Controles de proveedores y puntos de venta

Tipo de puntos de venta	• Puntos de venta físicos de función única que venden solo drogas para usos no médicos, siguiendo el modelo de farmacia / dispensario médico, respaldados por puntos de venta minoristas en línea de función única para los mismos productos farmacéuticos no médicos. Los establecimientos minoristas operarían bajo un monopolio estatal • Opción de venta minorista y entrega en línea paralela
Ubicación y densidad del punto de venta	• Ubicación de los puntos de venta físicos determinada por las autoridades locales o municipales, que operan dentro de los parámetros establecidos por la DRA (con respecto a la densidad máxima o mínima de los puntos de venta) u otras restricciones (como la proximidad a las escuelas)
Aparencia y señalización del punto de venta	• Señalización y apariencia externa mínima y puramente funcional
Responsabilidades y requisitos de formación	• Los proveedores que trabajan dentro de un monopolio estatal (empleados estatales) deben hacer cumplir las restricciones regulatorias que incluyen: controles de acceso por edad, no ventas a personas intoxicadas y límites de compra • Los proveedores, además, deben tener una calificación y capacitación profesionales para ofrecer información y asesoramiento personalizados sobre la salud y la reducción de daños a los consumidores, incluyendo la remisión a los servicios de apoyo / medicamentos relevantes

Controles de comprador / consumidor

Edad del comprador	• Edad mínima determinada a nivel nacional: no debe ser menor de18. Puede ser imperativo sincronizar con la edad de acceso al alcohol si es mayor de 18 años en algunas jurisdicciones
Racionamiento de ventas	• La disponibilidad por compra debe racionarse a una cantidad razonable solo para uso personal (ver la discusión sobre el racionamiento y las licencias de compra más arriba)
Ubicaciones permitidas para su uso	• Los problemas relacionados con el consumo / uso en espacios públicos se abordarían utilizando la legislación existente (o debidamente enmendada) que cubra la intoxicación pública o el comportamiento antisocial • El consumo podría tolerarse formalmente en ciertos espacios sociales comerciales, incluso si las drogas no estuvieran disponibles para la venta y la venta siguiera estando prohibida.

Mercadotécnia

Empaque	• Envases de estilo farmacéutico sin marca, con contenido obligatorio e información / advertencias destacadas sobre salud / riesgo
Vendedores / puntos de venta	• Sin actividad de marketing o promoción para tiendas minoristas o en línea más allá de la disponibilidad funcional y la información de precios para clientes adultos

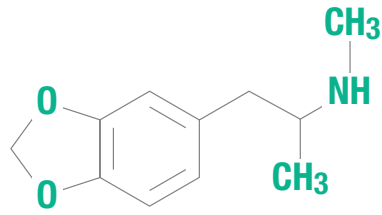
FOTO: iStock



3
MDMA

La historia de la MDMA demuestra la ineficacia de anteponer la aplicación de la ley, focalizada a las personas que consumen o suministran, al frente de la respuesta de política de drogas

¿Qué es la MDMA?



MDMA metilendioxi-metilanfetamina $C_{11}H_{15}NO_2$

MDMA es la abreviatura de **M**etileno **D**ioxi- **M**etil **A**nfetamina, un miembro de un grupo más grande de medicamentos llamados fenetilaminas.[1] Su estructura molecular es similar a la de la metanfetamina, su relativa cercana, pero la variación aparentemente pequeña en la estructura molecular hace que sus propiedades estimulantes del SNC, similares a las anfetaminas, se complementen con otros efectos psicológicos muy distintivos que la diferencian de la mayoría de los otros estimulantes. La MDMA, comúnmente conocida como "éxtasis", es popular por crear un sentido de empatía o intimidad, comunión y apertura emocional, lo que explica su popularidad perdurable en la escena de la música *dance* y los usos médicos en entornos terapéuticos.

1 Descrito por el Centro Europeo para el Monitoreo de Drogas y Drogadicción (EMCDDA) como "Sustancia química que comprende un grupo fenilo unido a una cadena lineal de dos átomos de carbono y que termina en un grupo amino. El nombre ampliado es 2-feniletilamina. La familia de las fenetilaminas incluye una variedad de sustancias que pueden ser estimulantes, entactógenos o alucinógenos." EMCDDA (Sin fecha). Perfil de drogas: Glosario. **www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/glossary#Phenethylamine**

Hay varios fármacos en el grupo de la fenetilamina, con estructuras moleculares similares y algunos efectos similares; incluyendo MDA (metilendioxianfetamina), MDEA (metilendioxietilanfetamina) y MBDB (N-metil-1- (1,3-benzodioxol-5-il) -2-butanamina). Estos tienen algunos efectos similares a la MDMA y anteriormente se vendieron en el mercado ilegal como "éxtasis", pero nunca alcanzaron el mismo nivel de popularidad y son mucho más raros que la MDMA en los mercados ilegales actuales.

Historia

La MDMA fue sintetizada por primera vez en 1912 por la compañía farmacéutica Merck.[2] Sin embargo, sus efectos distintivos en los seres humanos permanecieron sin ser reconocidos durante décadas hasta que fue redescubierto por el psicofarmacéutico experimental Alexander Shulgin. Shulgin volvió a sintetizar la droga y experimentó en sí mismo, publicando el primer informe sobre los efectos de la MDMA en humanos en 1978, y señaló cómo producía "un estado alterado de conciencia fácilmente controlable con connotaciones emocionales y sensuales".[3]

A finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, el uso de MDMA se limitaba en gran medida al ámbito terapéutico experimental. Durante esta fase inicial, se estima que medio millón de dosis se administraron solo en entornos psicoterapéuticos en América del Norte, a pesar de la ausencia de ensayos clínicos rigurosos para establecer la seguridad y la eficacia.[4] Esta fase inicial de la investigación terminó efectivamente en 1985 cuando la MDMA se convirtió en un medicamento de Lista 1 en los EE. UU. Esto se convirtió en una prohibición mundial cuando la MDMA se incluyó posteriormente en el Anexo 1 del Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 en 1986.

A principios de la década de 1980, la MDMA también había comenzado a

2 Freudenmann, R. W., Öxler, F., y Bernschneider Reif, S. (2006). "El origen del MDMA ('éxtasis') revisitado: La verdadera historia reconstruida de documentos originales". *Addiction* 101.9. pp.1241–1245; Bernschneider-Reif, S., Öxler, F., & Freudenmann, R. W. (2006). "El origen de MDMA ('éxtasis') – separando los hechos del mito". *Die Pharmazie — An International Journal of Pharmaceutical Sciences* 61.11. pp.966–972.

3 Shulgin, A.T. and Nichols, D.E. (1978). "Characterization of Three New Psychotomimetics" en Stillman, R.C. y Willette, R.E. (1978). *The Psychopharmacology of Hallucinogens*. New York: Pergamon. pp.74–83.

4 Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS). (2019). *Investigator's Brochure (1ª Edición)*. p.49. http://mapscontent.s3-us-west-1.amazonaws.com/research-archive/mdma/MDMA-Investigator-Brochure-IB-11thEdition-MAPS-2019-07-10.pdf



Cristal de MDMA
FOTO: The Loop / Sam De Neijs

establecerse entre algunas escenas de fiestas más específicas de Estados Unidos, incluidos los *Deadheads* (seguidores de *Grateful Dead*), la escena musical house de Chicago y algunas escenas gay localizadas, especialmente en Texas. Pero alcanzó un perfil dramáticamente más alto cuando se asoció estrechamente con la escena emergente de las fiestas rave europeas a fines de la década de 1980, estableciendo una conexión con la cultura de baile y de clubs de música electrónica *underground* y luego *mainstream* que continúa hasta el día de hoy.

Cultura *rave*

La cultura *rave* europea se caracterizó inicialmente por eventos de baile clandestinos, a veces espontáneos y, a menudo, gratuitos. Alojado en lugares ad-hoc que incluyen almacenes, graneros, campos y otros espacios semi-abandonados y al aire libre (a menudo sin ventas ni marketing de alcohol), la MDMA se convirtió en la droga de elección. Las pastillas eran relativamente fáciles de transportar y producían efectos que se adaptaban a la escena de las fiestas nocturnas.

A medida que se hizo más común a fines de la década de 1990 y principios de la de 2000, la nueva cultura de la música *dance* se volvió más comercial, conforme los empresarios se movieron para aprovechar una oportunidad cada vez más lucrativa. La popularización de la escena fue en parte el movimiento familiar

de una subcultura hacia la corriente principal, con la explotación comercial predecible que sigue. Sin embargo, también ocurrió a pesar de estar acompañada de decididos esfuerzos de represión impulsados no solo por el tipo de pánico moral que a menudo acompaña al surgimiento de nuevas culturas de drogas, sino por un objetivo comercial de la cultura por parte de la industria del alcohol. En el Reino Unido, por ejemplo, mientras que la conocida Ley de Justicia Penal y Orden Público (1994) buscaba suprimir las *raves* gratuitas (ver más abajo), los locales de bebidas alcohólicas, tanto bares como discotecas, comenzaron a apuntar al nuevo mercado mediante el rediseño de los lugares para incluir pistas de baile, DJs, iluminación estilo club, etc., y mediante el desarrollo de nuevas bebidas (a menudo denominadas "alcopops") que se comercializaron utilizando imágenes autoconscientemente "clubby".[5]

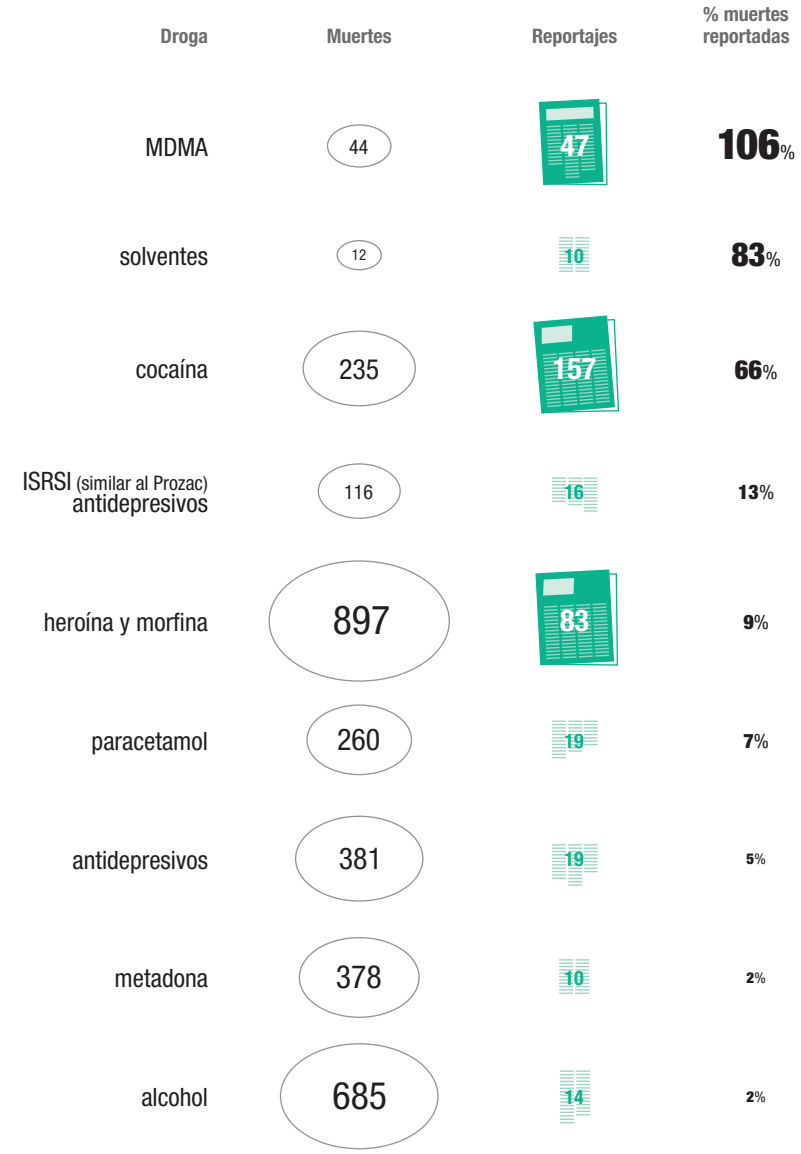
La rápida penetración del uso de MDMA en segmentos importantes de la economía nocturna europea durante la década de 1990 provocó una oleada de cobertura mediática sensacionalista, que, en el Reino Unido, se caracterizó por informes de alto perfil sobre muertes relacionadas con la MDMA, especialmente de mujeres jóvenes. Si bien son relativamente pocas, las muertes relacionadas con la MDMA recibieron una cobertura mediática enormemente desproporcionada en comparación con las muertes relacionadas con otras drogas, y especialmente en comparación con el alcohol. Como se indica a la derecha, mientras que en 2008 se notificaron el 9% de las muertes por heroína y el 2% de las muertes por intoxicación por alcohol, el 66% de las muertes relacionadas con la cocaína y el 106% de las muertes por éxtasis (ya que algunas muertes no relacionadas se identificaron erróneamente como debidas a MDMA) fueron reportados en los medios de comunicación. En relación con esto, investigaciones previas en periódicos escoceses también han encontrado que la notificación de muertes por drogas "puede estar sesgada hacia casos que involucran ciertas drogas o tipos de usuarios", particularmente muertes de adolescentes y específicamente muertes como resultado de MDMA.[6]

Esta rápida expansión tanto del uso de MDMA como de la notificación de sus consecuencias negativas dio lugar a una variedad de respuestas políticas, que a menudo empujaban en direcciones contrarias al mismo tiempo. Por un lado,

5 See, Nicholls, J. 2009. "The politics of alcohol: a history of the drink question in England". Manchester University Press. p.224; and Hadfield, P. 2006. "Bar wars: contesting the night in contemporary British cities". Oxford University Press. p.51.

6 Forsyth, A.J. (2001). "¿Distorsionado? Una exploración cuantitativa de los reportes de fatalidad de las drogas en la prensa". *International Journal of Drug Policy* 12. p.450. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00092-5

Muertes por intoxicación de drogas en UK(2008) vs cobertura popular de la prensa



ADAPTADO DE McCandless, D. (2009).). Las drogas y el BNP: presentar la información es hermoso. *The Guardian* 6 de noviembre. http://www.theguardian.com/news/datablog/2009/nov/06/drugs-bnp,Cifras tomadas de: Guardian Datastore, Office for National Statistics, Google News Timeline, Daily Mail.l.



Los medios sensacionalistas avivan los temores de la amenaza de la MDMA para los jóvenes

FUENTE: Franklin, S. (1988). *The Sun*. 2 de noviembre.

surgieron enfoques pragmáticos de reducción de daños, que se centran en crear entornos de fiesta más seguros y distribuir información que fomente comportamientos y patrones de uso más seguros. Por otro lado, se lanzaron una serie de medidas enérgicas contra el suministro de MDMA y la interdicción de sus precursores junto con el aumento de los esfuerzos de seguridad de "tolerancia cero" en los clubes nocturnos y festivales de música para evitar que las drogas ingresen o se consuman en el lugar.

También se tomaron medidas legislativas para reducir las *raves* impulsadas por la MDMA. En el Reino Unido, la Ley de Justicia Penal y Orden Público (1994) creó poderes policiales para desalojar a los *ravers*, evitar la entrada a los *raves* sospechosos y confiscar equipos de sonido. La Ley buscaba justificar sus medidas aplicándose a reuniones de 100 o más personas (desde entonces modificada en Inglaterra y Gales a 20) en las que "se reproduce música

amplificada durante la noche ... [y] ... es probable que cause grave angustia a los habitantes de la localidad". No todos los tipos de reuniones musicales estaban destinados a ser el objetivo, por lo que se aclaró notoriamente que la "música" incluye sonidos "caracterizados total o predominantemente por la emisión de una sucesión de ritmos repetitivos".[7]

La legislación ha sido interpretada como un intento de combatir una "amenaza ... al orden social" más amplia por parte de las fiestas *rave*, vistas como una infiltración en lugares idílicos del campo y en desacuerdo con los valores sociales, de la misma manera que el furor por las nuevas drogas ilegales a menudo se pueden caracterizar como una percibida infiltración de un "otro" a la sociedad civilizada.[8] La legislación fue una parte clave de los desarrollos en el Reino Unido que vieron, simultáneamente, "la comercialización y criminalización del espacio de baile de mediados de los noventa".[9]

La legislación adoptada en otros lugares incluye la descaradamente denominada "Reducción de la vulnerabilidad de los estadounidenses al éxtasis" (RAVE) en los Estados Unidos. La Ley se refirió a las "decenas de miles de jóvenes ... iniciados [aparentemente sin agencia] en la cultura de las drogas en fiestas o eventos *rave* (fiestas de baile sin alcohol que duran toda la noche, por lo general con música de baile fuerte y con golpeteos)". La Ley continuó afirmando que "muchos promotores *rave* hacen todo lo posible para tratar de presentar sus eventos como fiestas sin alcohol que son lugares seguros para que los adultos jóvenes vayan a bailar con amigos". Al establecer multas sustanciales para cualquiera que permitiera que los espacios se usaran para *raves*, la ley se dirigió específicamente a los "promotores *rave*" retratados como que se aprovechan de los jóvenes al convencerlos de que el uso de drogas era seguro, para luego venderles agua a un precio excesivo y barras luminosas.[10]

Tanto en el Reino Unido como en los EE. UU., la MDMA y la cultura de la danza se

7 Reino Unido: Ley de Justicia Penal y Orden Público de 1994, Parte V Orden Público: Invasión colectiva o molestias en el suelo, §63–66: Poderes con relación a los raves. www.legislation.gov.uk/ukpga/1994/33/part/V/crossheading/powers-in-relation-to-raves

8 Hill, A. (2002). "Casa de ácidos y thatrcherismo: ruido, la mafia y el camp inlglés". *British Journal of Sociology*. 53.1. pp.94–95. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11958680

9 Measham, F. (2004). "Campo de juego: reflexiones históricas y socio-culturales sobre las drogas, lugares con permisos de entretenimiento, comercialización y control". *International Journal of Drug Policy* 15. p.340. doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.002

10 EE. UU.: Librería del Congreso: Ley 107 (2001–2002). §2633 — Ley para Reducir la Vulnerabilidad de los Americanos al Éxtasis. www.congress.gov/bill/107th-congress/senate-bill/2633.



Esfuerzos para mantener seguras a las personas que consumen drogas en festivales y fiestas, a menudo respondían a daños agravados por el suministro ilegal y la criminalización FOTOS: Steve Rolles, 2017

fusionaron en un solo enemigo, la cultura *rave*, que se considera que socava los valores tradicionales y domina la agencia de los jóvenes. El efecto principal de tales respuestas fue menos suprimir la cultura *rave* que acelerar el movimiento de la cultura hacia los espacios de clubes comercializados.[11] Otro efecto de la comercialización de la cultura de la danza con MDMA fue el "resurgimiento del alcohol". Antes de la criminalización de las raves en el Reino Unido, existía un "sesgo anti-alcohol": de hecho, fue un período en el que sectores de jóvenes veían el alcohol como una droga de personas mayores y, por lo tanto, poco cool.[12] De ahí la rápida respuesta de marketing, facilitada por el traslado de la cultura de la danza a los espacios comerciales, en los que las empresas alcohólicas buscaban "apelar a una nueva generación de bebedores" a través de nuevos productos, nuevos espacios y nuevas formas de promoción.[13]

11 Moore, K., Wells, H. and Feilding, A. (2019). Caminos a la regulación: MDMA. Beckley Foundation p.36. beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2019/12/MDMA_Roadmap_To_Regulation-Digital-Copy-0512.pdf

12 Para un ejemplo reciente, ver: Mass-Observation (1940). *The Pub and the People*. London: Victor Gollancz.

13 Measham, F. (2004). "Campo de juego: reflexiones históricas y socio-culturales sobre las drogas, lugares con permisos de entretenimiento, comercialización y control". *International Journal of Drug Policy* 15. p.342. doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.002; Reynolds, S. (1998). "Energy Flash: a journey through rave music and dance culture". London: Macmillan. pp.43, 45.



A pesar de ello, la escena de la danza creció y se diversificó, aunque con el alcohol en gran parte reabsorbido como droga dentro de la cultura. A medida que crecía la gama de géneros y subgéneros, y a pesar de la "captura" éxitosa de elementos de la cultura del baile por parte de la industria del alcohol a través del patrocinio a gran escala de eventos, la MDMA permaneció indeleblemente asociada con la escena. Para la década de 2010, la industria podría describirse como completamente globalizada, especialmente bajo el apodo de EDM (música electrónica de baile), con el tamaño de los clubes creciendo enormemente, destinos enteros emergiendo como lugares para el turismo de baile, festivales que aparecen en todo el mundo y eventos que crecen para abarcar extravagancias corporativas a escala de estadio con etiquetas de precio correspondientemente altas. Incluso si una escena subterránea de menor escala continuaba en paralelo, una cultura inextricablemente ligada al uso y las imágenes visuales de MDMA se había convertido en un fenómeno global.

Respuestas de aplicación de la ley

Los intentos de disuadir o prevenir físicamente el uso de MDMA en la vida nocturna y los entornos festivos han fracasado en gran medida. Las pastillas y las drogas en polvo son pequeñas y fáciles de ocultar, lo que significa que solo una proporción relativamente pequeña será interceptada incluso por las medidas de seguridad más draconianas. Esta realidad debe ser tomada en cuenta por cualquier régimen regulatorio futuro, y proporciona un argumento importante para que la gestión de los espacios económicos nocturnos

incorpore consideraciones de seguridad de la MDMA (y otras drogas); dada la realidad del uso, la cuestión no es cómo detenerlo, sino cómo manejarlo para minimizar los daños.

Si evitar que las drogas entren en clubes nocturnos y locales de música ha resultado difícil, para los festivales y eventos al aire libre a gran escala ha sido en realidad imposible. Sin embargo, los intentos de hacer cumplir los requisitos de licencia de "tolerancia cero" han contribuido a menudo a un aumento no intencionado del riesgo, incluso a través de:

- La mala provisión de entornos más seguros y servicios de reducción de daños por parte de los organizadores de eventos reacios a reconocer públicamente que el uso de drogas está ocurriendo
- Incidentes de personas preocupadas por la entrada de la puerta (a veces incluyendo perros rastreadores) que consumieron todas sus drogas a la vez antes de ingresar
- Personas que buscan evadir la seguridad en la entrada comprando a distribuidores desconocidos en el lugar de fuentes establecidas más confiables
- Personas que consumen drogas de forma encubierta para evitar ser detectadas, lo que dificulta la administración de la dosis

Las experiencias recientes en Australia también señalan hasta qué punto una respuesta desproporcionada a la "amenaza" del consumo de MDMA puede conducir a resultados realmente perturbadores. En Nueva Gales del Sur, la práctica de realizar inspecciones forzosas al desnudo, a menudo a niños menores de 16 años, en la entrada a los festivales ha causado indignación. En este caso, vemos la prevención del uso de MDMA aparentemente justificando un comportamiento que podría describirse como abuso sexual sancionado por el Estado.[14]

Las respuestas de aplicación de la ley que apuntan a la producción y el suministro de MDMA han demostrado ser igualmente ineficaces, torpes o contraproducentes frente a la creciente demanda.

14 Ver, por ejemplo, McGowan, M. (2019). "¿Por qué está pasando esto? La evidencia impactante genera presión para la reforma del registro al desnudo en NSW". *The Guardian* 6 de diciembre. www.theguardian.com/australia-news/2019/dec/07/why-is-this-happening-shocking-evidence-builds-pressure-for-strip-search-reform-in-nsw

A principios de la década de 2000, una represión a la producción de aceite de safrol en China, el precursor clave para la fabricación de MDMA en ese momento, llevó a que la producción se trasladara a Camboya, donde los controles eran más débiles. Las incautaciones aumentaron en Camboya desde 2006 hasta una serie de redadas en plantas de procesamiento de bosques y enormes incautaciones en 2008, que sumaron más de 30 toneladas de aceite, suficiente para producir cientos de millones de pastillas de MDMA, redujeron drásticamente la producción.[15] Esto provocó una escasez mundial de suministro de MDMA que duró varios años. A pesar de haber sido aclamado como un gran éxito en la aplicación de la ley, tuvo una serie de resultados en última instancia perjudiciales, tanto desde la perspectiva de la aplicación como de la salud pública. El vacío en el mercado creado por la escasez de MDMA pronto fue explotado por empresarios que desarrollaban o introducían una serie de sustancias psicoactivas novedosas (NPS, por sus siglas en inglés) con efectos estimulantes similares a la MDMA, pero con efectos desconocidos y potencialmente más tóxicos, muchos de los cuales eran erróneamente vendidos como MDMA.

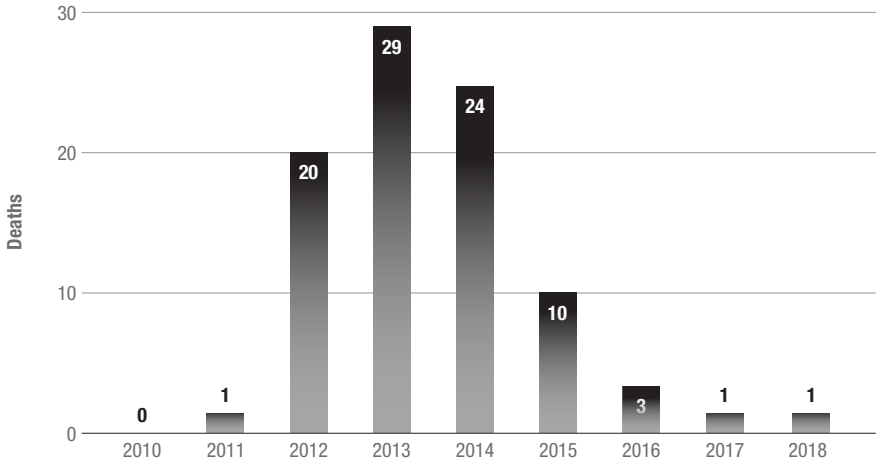
Los intentos de disuadir o prevenir físicamente el uso de MDMA en la vida nocturna y en festivales han fracasado en gran medida

En 2009, los datos de incautaciones de la UE sugirieron que la mayoría de las pastillas de MDMA en circulación contenían poca o ninguna MDMA. En este momento, comenzó a ocurrir lo que Smith et al. describe como el "cambio de marca del éxtasis como un producto de mayor calidad y precio más alto" en forma de cristal o polvo, capitalizando el "desencanto con pastillas de éxtasis... baratas y fácilmente disponibles, pero de calidad deficientes...", sinónimo de la sequía de MDMA.[16] Entre las NSP que surgieron durante este período se encontraban las piperazinas (TMFPP, mCPP y BZP; consulte el estudio de caso de BZP) que, según se informa, en 2009 estaban "presentes en la mayoría de las tabletas de 'éxtasis' vendidas en Europa", así como la mefedrona, que escaló rápidamente en popularidad en 2009 como sustituto de MDMA.[17] Tanto la mefedrona como las piperazinas estuvieron disponibles legalmente durante períodos de tiempo en muchos países, ya que la legislación nacional de control

15 Barron, L. (2015). "La falta de safrol no puede detener la amenaza". *The Phnom Penh Post* 8 de enero. www.phnompenhpost.com/national/lack-safrole-cant-stop-menace

16 Smith, Z., Moore, K. and Measham, F. (2009). "MDMA, polvo, pastillas y cristal: La persistencia del éxtasis y las políticas de la pobreza". *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.14. doi.org/10.1108/17459265200900004

17 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europea de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.8. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf



Muertes relacionadas con la PMA en Inglaterra y Gales, 2011-18

FUENTE: Office for National Statistics (2019). Muertes relacionadas con intoxicación por drogas por sustancias seleccionadas. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2018registrations/relateddata

de drogas luchaba por mantenerse al día con la creciente variedad de NSP que ingresaban al mercado. A diferencia de la mayoría de los otros sustitutos, que desde entonces se han desvanecido en gran medida en la oscuridad, el mercado de la mefedrona ha sobrevivido al resurgimiento de la MDMA en 2011-13 hasta cierto punto; sus efectos son lo suficientemente distintos de la MDMA para ayudar a establecer su propio nicho en la cultura de las drogas, especialmente en la escena de las fiestas gay.

Otro NPS que a veces se vendió erróneamente como MDMA durante este período fue PMA/PMMA, que tiene algunos efectos estimulantes similares a los de la MDMA, pero es notablemente más tóxico y riesgoso. Debido a que actúa más lentamente (sus efectos tardan dos horas en aparecer, el doble que la MDMA), las personas a menudo la vuelven a tomar pensando que era una pastilla de MDMA débil, lo que provoca una sobredosis, eventos de emergencia y, a veces, la muerte. Las muertes relacionadas con PMA / PMMA en Inglaterra y Gales corresponden inversamente con la sequía de MDMA, solo disminuyendo a medida que la MDMA regresó significativamente al mercado nuevamente después de 2013.

Sin embargo, para 2010, la fuerte demanda de MDMA y la oportunidad de

lucro que ofrecía llevaron a un nuevo proceso de producción desarrollado por empresarios del mercado ilegal. Este nuevo proceso utilizó un nuevo precursor, llamado PMK-metilglicidato, que pasó por alto la necesidad de los precursores de safrol prohibidos internacionalmente. Esta innovación, posiblemente una consecuencia directa del "éxito" anterior de la interdicción del aceite de safrol, significó que se dispuso de un suministro abundante y barato de MDMA de alta calidad. Esto, a su vez, provocó una caída en el precio y un aumento en la pureza y los niveles de contenido de MDMA en las píldoras, que comenzó en 2011-12 y se ha acelerado desde 2013.

El uso de MDMA también ha aumentado desde este punto y ha coincidido con tasas de incautación más altas: se incautaron 2,2 millones de dosis de MDMA en el Reino Unido en 2018/19, frente a 0,43 millones en 2012/13.[18] Este uso creciente de MDMA aparentemente se ha producido a expensas de muchos de los NPS que inundaron el mercado durante la sequía de MDMA.

El metilglicidato de PMK y sus parientes fueron prohibidos tardíamente bajo la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 en marzo de 2019, aunque parece poco probable que esto cambie a corto plazo su función ya establecida en la producción de MDMA.[19]

Hoy en día

Si bien la venta indebida de otros medicamentos como pastillas de MDMA se ha reducido, se ha contrarrestado lo que podría haber sido un desarrollo positivo en algunos aspectos (mayor certeza para los consumidores de la sustancia que están comprando y una reducción de adulterantes más riesgosos y venta indebida) por los crecientes riesgos de las píldoras y el polvo de MDMA de alta potencia. El OEDT Trendspotter señala que "más de la mitad (53%) de todas las tabletas de éxtasis analizadas en 2015 [por el Sistema de Información y

18 Departamento Interior de Reino Unido (2019). Incautación de drogas, Inglaterra y Gales, año financiero terminando en 2019 (segunda edición). assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/856311/seizures-drugs-mar2019-hosb3119.pdf; Coleman, K. (2019). Boletín de Estadísticas del Departamento Interior: Incautación de drogas en Inglaterra y Gales, 2012/13. Departamento Interior de Reino Unido. Octubre 31. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/254123/1213_seizure_drugs_statistical_bulletin.pdf

19 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2019). Nueve sustancias y tres precursores "programados" en el 62º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes. UNODC, marzo de 2019. www.unodc.org/LSS/Announcement/Details/abeb2ba9-3788-4a67-a80a-19e098b4476b



Pastillas de MDMA

FOTOS: The Loop / Sam De Neijs

Monitoreo de Drogas de los Países Bajos (DIMS) que analiza más de 10,000 píldoras al año] contenían más de 140 miligramos de MDMA en comparación con solo el 3% en 2009."[20]

Para 2018, el 72% de las muestras contenían más de 150 miligramos de MDMA, con un promedio de 171 miligramos por pastilla, considerablemente más alto que el promedio de 50-80 miligramos observado constantemente en Europa durante las décadas de 1990 y 2000, y un aumento constante desde 2014.[21] En los últimos años también se ha observado el aumento de las "superpíldoras", con un rango de 270 a 340 miligramos, hasta cuatro veces la dosis normal para adultos.[22] Los productores rivales, llenos de materias primas de bajo costo, compiten entre sí para comercializar las píldoras más fuertes (incluso si, más allá de cierto punto, no está claro si esto es algo que los consumidores realmente quieren).

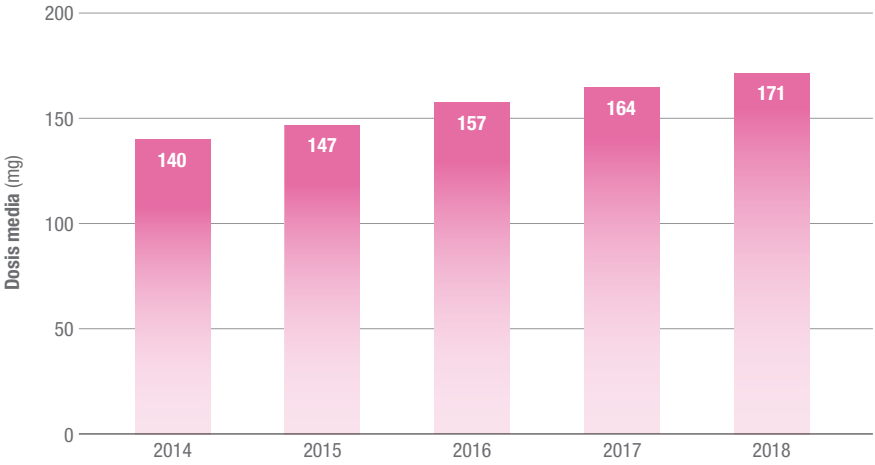
La amplia gama potencial de contenido de MDMA en las píldoras, combinada con la aparición de píldoras de concentración súper alta, se ha identificado como un factor clave en el rápido aumento de las emergencias médicas y las muertes relacionadas con la MDMA desde 2013.

La MDMA también ha desarrollado un nicho sustancial en los mercados de redes oscuras en línea a los que se accede a través de navegadores TOR dedicados y se paga por el uso de criptomonedas como Bitcoin. Las estimaciones de los estudios de mercado de la *darknet* en 2015 sugirieron que la MDMA era la tercera droga

20 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.8. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

21 Instituto de Salud Mental y Adicciones de los Países Bajos (Trimbos Instituut) (2018). Reporte Anual 2018: Información de Drogas y Sistema de Monitoreo (DIMS). assets-sites.trimbos.nl/docs/bdb79228-d2eb-45ea-8f1a-671456a3ad16.pdf

22 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.7. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf



Dosis promedio de MDMA en pastillas de éxtasis

FUENTE: Instituto de Salud Mental y Adicciones de los Países Bajos (Trimbos Instituut) (2018). eporte Anual 2018: Información de Drogas y Sistema de Monitoreo (DIMS). assets-sites.trimbos.nl/docs/bdb79228-d2eb-45ea-8f1a-671456a3ad16.pdf

más popular (después del cannabis y los productos farmacéuticos) comprada en la *darknet*, lo que representa el 25% de las ventas de drogas.[23] De los que informaron haber obtenido MDMA en la Encuesta Mundial sobre Drogas de 2019, el 67% informó haberlo obtenido a través de la *darknet*, porcentaje más alto que para cualquier otra sustancia. Esto es un aumento del 48,7% en 2015, cuando el porcentaje también fue más alto que para cualquier otra droga.[24]

El EMCDDA también informó en 2019 que "las transacciones que involucran cantidades de tabletas de MDMA indicativas del nivel medio del mercado representan más del doble de los ingresos por ventas de cantidades a nivel minorista". Esto contrasta radicalmente con otras drogas que se venden en la *darknet*, como el cannabis y la cocaína, cuyas ventas comparativas están "abrumadoramente a nivel minorista".[25] Los informes de usuarios sugieren que el MDMA comprado en la *darknet* se percibe como de mejor calidad que el

23 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: Tendencias y desarrollos. p32. www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2019_en; EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. pp.6–7. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

24 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial de Drogas 2019: Informe de hallazgos clave. p.165. issuu.com/globaldrugsurvey/docs/gds2019_key_findings_report_may_16_

25 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: Tendencias y desarrollos 2019. p.32. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

suministro de los mercados de comerciantes cara a cara más convencionales, tal vez en parte debido al sistema de calificación de usuarios al estilo de eBay para productos y proveedores que actúan como un sistema informal de control de calidad y mayor responsabilidad de los vendedores.[26] Si bien existen preocupaciones sobre la facilidad con la que los usuarios potenciales más jóvenes podrían acceder a MDMA (y otros medicamentos) a través de la *darknet* (las barreras técnicas al mercado son relativamente fáciles de sortear por personas conocedoras de la tecnología), también puede haber potencial para reducción del daño mediante controles de calidad informales y, para las personas sin acceso a vendedores de confianza más establecidos, reducción de la interacción con distribuidores desconocidos.

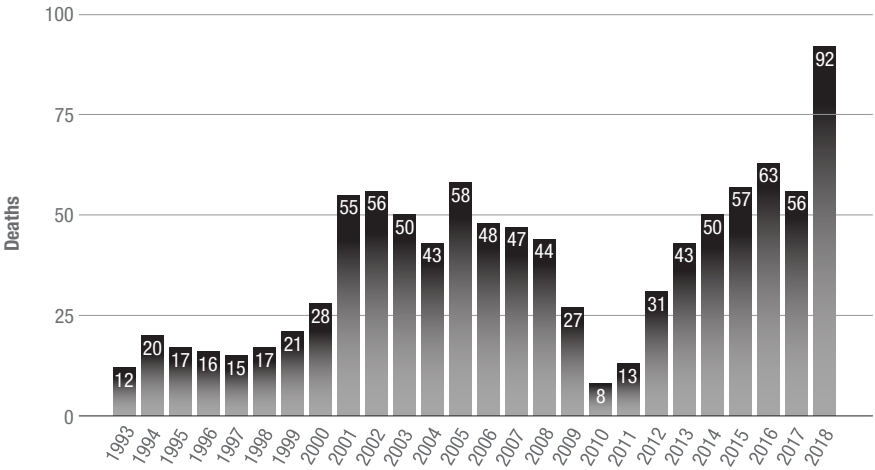
Los factores de atracción de la *darknet* en el mercado ilegal actual destacan importantes desafíos para un mercado regulado. Existen opciones para futuras ventas en línea reguladas, pero deben tener en cuenta problemas como la falta de interacción cara a cara con un proveedor (y la posible pérdida de una medida clave de reducción de daños personalizada que se puede dar en persona) y el cumplimiento significativo de los controles por edad.

Lecciones aprendidas

Hay varias lecciones útiles de la historia reciente de MDMA. Quizás lo más obvio es que demuestra, una vez más, la inutilidad de poner la aplicación de la ley, focalizada a las personas que consumen o suministran, al frente de la respuesta de política contra las drogas. Como sucede a menudo, este tipo de intervenciones fracasaron en evitar el aumento del uso, o el suministro a largo plazo, y solo sirvieron para desplazar temporalmente los comportamientos de uso y mutar el mercado de formas que aumentaron los daños a la salud.

Está claro que la MDMA tiene una popularidad considerablemente más resistente que cualquier otro estimulante de tipo anfetamínico o droga sintética que haya ingresado al mercado en la historia reciente. A un número significativo de personas no solo les gustan los efectos de la MDMA y están dispuestas a asumir riesgos conocidos (de salud y legales) para disfrutarlos, sino que parecen preferirla a la mayoría de los sustitutos disponibles.

26 EMCDDA (2017). Drogas y la darknet: Perspectivas de aplicación de la ley, investigación y políticas. p.25. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6585/TD0417834ENN.pdf

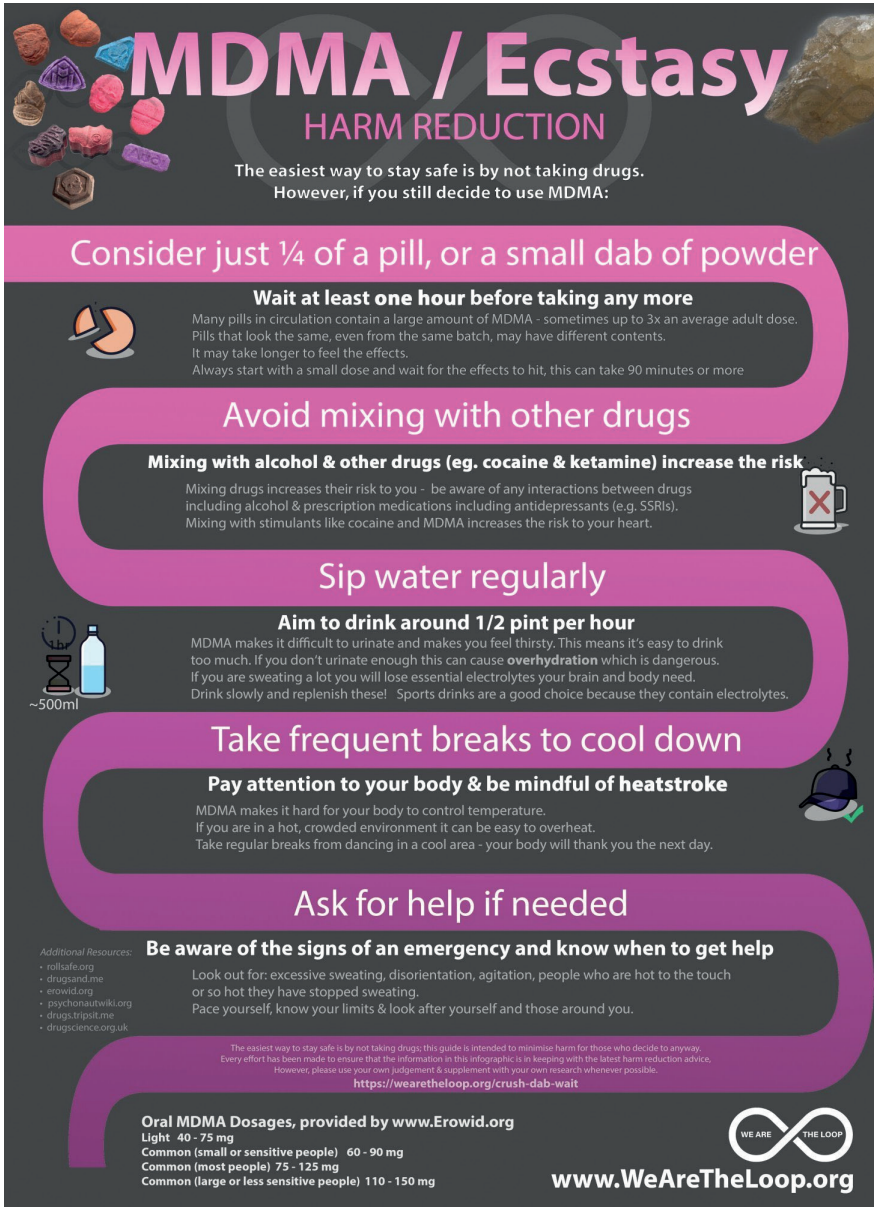


Muertes relacionadas con MDMA en Inglaterra y Gales

FUENTE: Oficina de Estadísticas Nacionales (2019). Muertes relacionadas con intoxicación por drogas, Inglaterra y Gales. www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2018registrations/relateddata

Sin embargo, el desplazamiento de la MDMA a otros estimulantes que tuvo lugar durante la escasez de MDMA en 2008–2012 demuestra que las personas que usan drogas estimulantes en la vida nocturna y en fiestas a menudo estarán dispuestas a cambiar entre drogas, incluso por lo que pueden ver como opciones inferiores, en lugar de simplemente abstenerse. La demanda de estimulantes en los entornos sociales parece ser más resistente en general, incluso frente a estas perturbaciones del mercado. Esto tiene implicaciones para el potencial de utilizar intervenciones regulatorias para impulsar los comportamientos de consumo hacia productos y patrones de uso más seguros.

Las adaptaciones en los comportamientos de las personas que usan MDMA demuestran que son capaces y están dispuestas y, en efecto, ansiosas por minimizar su exposición al riesgo siempre que sea posible. El uso cada vez mayor de la *darknet* y la adopción de servicios de reducción de daños, como el control de la seguridad de los medicamentos, son claros indicadores de esto. La reducción de daños no es un principio que los responsables políticos deban imponer a las personas que consumen MDMA u otras drogas en la vida nocturna y en fiestas. Dada la opción, está claro que las personas que consumen MDMA y otras drogas adoptarán enfoques de reducción de daños y apoyarán su desarrollo. Con la información y las oportunidades adecuadas, la mayoría de las



Póster de reducción de daños de MDMA

FUENTE: The Loop

Entornos sociales más seguros

Los requisitos de licencia para lugares y eventos deben reflejar la realidad del consumo de drogas en entornos sociales. Las estipulaciones de "tolerancia cero" son contraproducentes, a menudo aumentan los riesgos y crean obstáculos para la reducción efectiva de daños. Los estándares de concesión de licencias deben exigir lo siguiente, y las autoridades encargadas de la concesión de licencias deben proporcionar orientación sobre las mejores prácticas y hacer efectivo el cumplimiento a través de la inspección y el monitoreo:

- **Control de temperatura**: ventilación adecuada para lugares interiores, áreas sombreadas para eventos al aire libre, provisión de espacios de relajación con asientos adecuados
- **Suministro adecuado de agua fría gratuita**: recargas de agua fría accesibles, claramente señalizadas y de autoservicio disponibles sin hacer cola en los bares, y agua embotellada y refrescos asequibles
- **Suministro de información sobre la salud y la reducción de riesgos**: incluida la reducción del daño de las drogas para el uso de drogas en entornos de fiestas, actividades de divulgación y alertas en las redes sociales / en línea
- **Capacitación del personal**: todo el personal debe tener una capacitación básica para comprender y gestionar los riesgos relacionados con las drogas y responder a las enfermedades o emergencias relacionadas con las mismas
- **Provisión adecuada de bienestar y emergencia**: todos los lugares con capacidad para más de 2000 personas deben tener paramédicos en el lugar y servicios de bienestar de reducción de daños proporcionales al tamaño y la capacidad del lugar
- **Enfoque de reducción de daños para la seguridad**: la seguridad de la entrada / puerta y sitio / en el lugar debe priorizar la reducción de daños en lugar de apuntar a las personas en posesión de drogas para uso personal. Esto debería incluir: capacitación básica sobre drogas para el personal de seguridad; trabajar con el personal del evento y los paramédicos en el lugar y servicios de bienestar para que los clientes accedan a los servicios de soporte en el sitio y/o fuera del sitio; tener una política adecuada con respecto a los clientes vulnerables; y prácticas responsables con respecto a la salida de las instalaciones si un cliente es vulnerable y/o está intoxicado

Para una discusión más detallada sobre una vida nocturna más segura y temas relacionados (aunque, para notar que estas discusiones están enmarcadas dentro del entorno legal / político existente), consulte: Fisher, H., Measham, F. (2018). Vida nocturna: Reduciendo el daño relacionado a las drogas en la economía nocturna. **volteface.me/app/uploads/2018/07/Night-Lives-PDF.pdf**; Proyecto de implementación de vida nocturna y empoderamiento y bienestar (NEWIP) **newip.safernightlife.org/safer-nightlife-1**; y Webster, R. (2020). Recursos más seguros de la vida nocturna en línea. **www.safernightlife.info/**

personas que consumen drogas tomarán decisiones racionales de gestión de riesgos cuando lo hagan.

A pesar de su imagen de hedonistas que asumen riesgos, los consumidores de drogas recreativas buscan y comparten estrategias de reducción de daños, a menudo junto con estrategias de "maximización del placer" (estas últimas a menudo requieren un conocimiento considerable de la investigación, las políticas y la práctica de las drogas). Por ejemplo, muchas personas que consumen drogas de forma recreativa acceden a recursos de Internet para obtener e intercambiar consejos e información sobre las drogas que eligen, y los consumidores de drogas "recreativos" experimentados ofrecen con frecuencia "conocimientos" experimentales a los jóvenes nuevos en la escena de los clubes de baile.[27]

En los Países Bajos, se han planteado posibilidades de suministro legal regulado de MDMA para uso no médico, informadas por un grupo de expertos interdisciplinario holandés independiente (n = 18) utilizando un análisis dinámico de decisiones multicriterio. El análisis considera los impactos de diferentes opciones de políticas en una variedad de resultados para desarrollar un nuevo modelo de política optimizado para el éxtasis. Los sellos distintivos del modelo óptimo incluyen la producción y venta reguladas de MDMA, y la reducción del crimen organizado relacionado con MDMA y el daño ambiental. El modelo incluye medidas de precaución relacionadas con el control del producto y el suministro de información sobre el uso seguro del éxtasis.[28]

Efectos

Además de los efectos estimulantes similares a las anfetaminas y algunos efectos psicodélicos leves, la MDMA comúnmente crea una sensación de empatía o intimidad, comunión y apertura emocional en situaciones sociales. La combinación de estos efectos empáticos y estimulantes crea la experiencia eufórica o éxtatica, particularmente en entornos sociales o de fiesta intensamente sensoriales, que lo llevaron a ser conocido, o al menos

27 Smith, Z., Moore, K. and Measham, F. (2009). "MDMA, polvo, pastillas y cristal: La persistencia del éxtasis y las políticas de la pobreza". *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.16. doi.org/10.1108/17459265200900004

28 Van Amsterdam, J., et al. (2020). Pendiente de publicación.

Efectos de la MDMA

Platicador y sociable
Incremento de energía
Sentimientos de comodidad y pertenencia
Mayor empatía
Mayor aprecio por la música
Mayor placer por el sentido del tacto
Elevación del estado de ánimo (leve a extremo)

Disminución del apetito
Distorsión visual: alucinaciones leves
Movimiento ocular involuntario rápido
Emociones inesperadas
Impactos en la función sexual, positivos y negativos, incluidos
- mayor sensualidad
- intensidad del placer
- disfunción eréctil
- dificultad para alcanzar el orgasmo

Fuerte deseo de tomar más MDMA al bajar
Leve a extrema apretar la mandíbula, masticar la lengua y las mejillas, y rechinar los dientes
Dificultad para concentrarse
Capacidad alterada para enfocar los ojos / visión borrosa
Incapacidad para conciliar el sueño cuando está físicamente cansado
Cambios en la regulación de la temperatura corporal, aumento de la temperatura corporal, deshidratación
Náuseas y vómitos

ADAPTADO DE texto original, Efectos de MDMA, *Drugs and Me*. https://www.drugsand.me/en/drugs/mdma/

comercializado, como "éxtasis". La naturaleza empática particular de la experiencia ha llevado a que también se la denomine "empatógeno", o más tarde (para evitar las connotaciones negativas inadvertidas de un "patógeno") el término definido de manera similar, "entactógeno".

Cuando se toma por vía oral (como es el caso más común), los efectos de la MDMA comienzan entre 30 minutos y una hora después del consumo y generalmente alcanzan su punto máximo después de aproximadamente dos horas, aunque esto puede variar según la biodisponibilidad de diferentes píldoras, cápsulas, envolturas o polvo/cristal y si se usa con el estómago vacío (más rápido) o no (más lento). Los efectos principales duran alrededor de tres horas (de 1 a 4 horas después de la ingestión), y algunos efectos se sienten durante 7–8 horas después de que se experimentan por primera vez, potencialmente más tiempo con dosis más altas (la vida media en plasma sanguíneo es de 6–7 horas).

La tolerancia a la MDMA se desarrolla rápidamente, lo que hace que su uso sea naturalmente más autolimitado que muchos otros estimulantes. Si bien las personas pueden volver a dosificarse durante un período de fiesta después de que el pico inicial haya comenzado a desvanecerse, la forma en que funciona la MDMA (liberando de manera efectiva la serotonina del almacenamiento más rápido de lo que se puede reponer) significa que la dosis repetida y el uso compulsivo brindan rendimientos que disminuyen rápidamente. La nueva dosis

también tiende a tener un efecto estimulante similar al de las anfetaminas, con menos de los efectos eufóricos del tipo MDMA buscados. Esto también es válido durante períodos de días a medio plazo y, en menor medida, incluso semanas o meses (consultar los riesgos crónicos a continuación).

Comportamientos del consumo

La MDMA se consume más comúnmente por vía oral en forma de píldora, aunque la forma de MDMA en polvo / cristal se ha vuelto cada vez más popular. Como se mencionó anteriormente, el movimiento hacia el cristal en polvo comenzó como parte de un cambio de marca de las píldoras a un producto premium de mayor calidad. Sin embargo, esto ha persistido, posiblemente también junto con la percepción de que el cristal tiene más probabilidades de ser de una calidad superior.[29] El MDMA en polvo/cristal generalmente se consume por vía oral: se lame con la yema del dedo o se ingiere dentro de una cápsula, papel de seda o papel de fumar (las cápsulas de polvo son la forma más común de MDMA en Australia). También se puede inhalar polvo/cristal, aunque esto es menos común. Hay informes de pastillas molidas e inhaladas, pero como los agentes aglutinantes y los rellenos constituyen alrededor del 40-70% de las pastillas en peso, esto es menos atractivo y, por lo tanto, raro. También hay algunos informes de inyección de MDMA en solución, pero esto es extremadamente raro.[30]

La UNODC ha estimado que en 2018, el 0,4% de la población mundial de entre 15 y 64 años había consumido MDMA en el último año. Se registró una mayor prevalencia de consumo en Australia y Nueva Zelanda (2,2%), América del Norte (0,9%) y Europa Occidental y Central (0,8%).[31] Según el OEDT, alrededor de 2,2 millones de adultos jóvenes en Europa (de 15 a 34 años) consumieron MDMA en 2018 (1,8% de este grupo de edad), con estimaciones nacionales que oscilan entre el 0,2% (Portugal y Rumanía) y el 7,4% (Países Bajos). Los países con los mayores índices de prevalencia del uso de la MDMA en Europa entre los

29 Smith, Z., Moore, K. and Measham, F. (2009). "MDMA, polvo, pastillas y cristal: La persistencia del éxtasis y las políticas de la pobreza". *Drugs and Alcohol Today* 9.1. p.14. doi.org/10.1108/17459265200900004

30 Ver, e.g.: EMCDDA (2019). Drogas en jeringas en seis ciudades europeas: Resultado del proyecto ESCAPE 2017. p.5. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11287/20191061_TD0119176ENN_PDF.pdf

31 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. Folleto 2: Consumo de drogas y consecuencias para la salud. p.24. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

Usos terapéuticos de MDMA

El uso terapéutico de MDMA ha sido objeto de investigación en curso, incluidas posibles aplicaciones para el tratamiento de la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como una herramienta en psicoterapia (incluida la terapia de pareja). Investigaciones más recientes han vuelto a utilizar MDMA para tratar la dependencia del alcohol.[i] La exploración de este potencial terapéutico, sin embargo, se ha visto obstaculizada significativamente desde su designación legal en los EE. UU. en el Anexo 1 en 1986, así como por las preocupaciones sobre el uso recreativo ilegal. Si bien la investigación de MDMA no ha sido imposible, los obstáculos burocráticos para obtener licencias de investigación la han restringido en gran medida.

Hoy, sin embargo, existe un interés resurgente en las posibilidades terapéuticas de la MDMA y una mayor apertura de los reguladores para facilitarla. La Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS, por sus siglas en inglés) con sede en EE. UU., después de ensayos éxitosos de fase 2, obtuvo la "Designación de terapia innovadora" de la FDA para la psicoterapia asistida por MDMA para el TEPT. Se espera que los ensayos de fase 3 se completen en 2021, con el objetivo de convertir a la MDMA en un medicamento recetado aprobado por la FDA para 2022.[ii]

i Sessa, B., Sakal, C., O'Brien, S. and Nutt, D. (2019). Primer estudio de seguridad y tolerabilidad de Psicoterapia asistida con 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) en pacientes con trastorno por consumo de alcohol: datos preliminares sobre los primeros cuatro participantes. *BMJ Case Reports* 12:e230109. casereports.bmj.com/content/12/7/e230109

ii MAPAS (sin fecha). Protocolos de estudio de psicoterapia asistida por MDMA. *MAPAS*. maps.org/research/mdma

jóvenes incluyen los Países Bajos, la República Checa, el Reino Unido y Bulgaria.[32] En sus análisis de los mercados de drogas de la UE para el año 2017, el OEDT estimó que se consumieron aproximadamente 60 millones de comprimidos de MDMA en toda la UE.[33]

Según la Encuesta Mundial sobre Drogas, entre las personas que usaron MDMA en los últimos 12 meses, el 13,4% solo usó MDMA una vez, y la mayoría (59,3%) la usó de 2 a 10 veces en el último año.[34] Tanto el autoinforme como el análisis de aguas residuales muestran que el uso se concentra alrededor de los fines de semana.[35] El uso es considerablemente mayor en clubes que en bares, especialmente en lugares de EDM; En 2016, el EMCDDA informó que la

32 EMCDDA (2018). Reporte Europeo de Drogas: Tendencias y desarrollos 2018. p.46. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ENN_PDF.pdf

33 See: EMCDDA (2019). Reporte técnico: Estimación de los principales mercados ilícitos de venta de drogas en Europa: una actualizacióne. p.6. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12174/TD0219965ENN.pdf

34 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial de Drogas 2019: Informe de hallazgos clave. pp.59, 62. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

35 EMCDDA (2015). Análisis de drenaje y drogas: Un estudio europeo de múltiples ciudades. www.emcdda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en

prevalencia del uso de MDMA en el último año fue 25 veces más alto (37%) entre los "autoidentificados ... asistentes habituales a clubes nocturnos" de entre 15 y 34 años que en la población general de la UE (1,5%).[36] Este es un patrón a largo plazo: en 2004, Measham señaló que, si bien "la tasa de prevalencia de por vida para el uso de cualquier droga ilícita es del 12% entre los jóvenes de 16 a 29 años de la población general en la Encuesta británica sobre el crimen de 2000... la tasa de prevalencia de por vida entre los *clubbers* varía del 52% al 81%, según la ubicación del club, la región, la política musical y la base sociodemográfica de los clientes".[37]

Sin embargo, la MDMA se usa a menudo en combinación con otras drogas en entornos sociales, lo que puede aumentar significativamente sus riesgos.[38] Se usa con mayor frecuencia, y quizás también de manera más problemática, con el alcohol, debido en gran parte a la omnipresencia del suministro de alcohol en la economía nocturna. Un estudio de 8.781 presentaciones por emergencias relacionadas con las drogas en los servicios de emergencia entre 2008 y 2014 situados cerca de lugares de fiesta en Ibiza encontró que el 46% involucraba MDMA; la combinación de alcohol y MDMA es la combinación de drogas más común entre todas las emergencias.[39] Un estudio de EMCDDA/European Drug Emergencies Network (Euro-DEN) sobre presentaciones por emergencias relacionadas con la MDMA entre 2014 y 2017 encontró que casi todas las presentaciones por MDMA (más del 95%) involucraban el uso de múltiples drogas, siendo la co-ingestión con alcohol el 70% de presentaciones por MDMA donde se consumió más de una droga.[40]

La MDMA también se usa con otros estimulantes, incluida la cocaína y las anfetaminas y, en culturas más particulares, con ketamina y LSD.

---

36 Measham, F. and Moore, K. (2009). "Repertorios de distinción: exploración de patrones de policonsumo de fin de semana en escenarios de ocio locales en la economía nocturna inglesa". *Criminology & Criminal Justice* 9.4. p.453. doi.org/10.1177/1748895809343406; EMCDDA (2015). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2015. p.49. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001ENN.pdf

37 Measham, F. (2004). "Campo de juego: Reflexiones históricas y socio-culturales de las drogas, los lugares de entretenimiento con licencia, la comercialización y el control". *International Journal of Drug Policy* 15. p.339. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539590400088X. Internal citations removed.

38 Sumnall, H.R., et al. (2004). "Un análisis económico del comportamiento de las compras de alcohol, anfetaminas, cocaína y éxtasis por parte de consumidores indebidos de múltiples sustancias". *Drug and Alcohol Dependence* 76. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871604001036

39 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.12. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

40 EMCDDA (2020). Reporte técnico: Emergencias hospitalarias en Europa relacionada con las drogas: Actualización de la red de expertos de la Euro-DEN Plus. p.16. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf

Riesgos

Según la mayoría de las medidas, la MDMA presenta menos riesgos que otros estimulantes de uso común. Sin embargo, se asocia con una serie de riesgos agudos (particularmente cuando se usa en entornos sociales o de vida nocturna), así como con riesgos crónicos notables, pero más difíciles de cuantificar.

A pesar de una larga historia de uso terapéutico en entornos controlados, no ha habido suficientes ensayos clínicos en humanos para establecer los riesgos y la toxicología de la MDMA en comparación con la literatura médica más extensa sobre anfetaminas y cocaína. Como señala el EMCDDA: "gran parte de la evidencia clínica [sobre los riesgos de MDMA] se deriva de informes de casos, un pequeño número de estudios observacionales prospectivos, auditorías retrospectivas y análisis de registros de pacientes". [41]

La mayoría de los análisis de riesgo de MDMA, por lo tanto, se derivan de estudios de suministros ilegales no regulados. Estos datos son obviamente problemáticos ya que las personas que informan el uso de MDMA rara vez tendrán datos precisos sobre cuánto han consumido, o podrán informar si fue adulterado o incluso si les vendieron otra droga erróneamente como MDMA. Por lo tanto, es difícil desenredar los riesgos intrínsecos a la farmacología y toxicología de la MDMA, de los riesgos relacionados con el uso de comportamientos (por ejemplo, el uso de múltiples drogas en entornos nocturnos), y los riesgos creados o agravados por la prohibición (control de dosis, adulteración, provisión inadecuada de reducción de daños). Los servicios de pruebas de seguridad de los medicamentos ahora están arrojando más luz sobre la naturaleza de lo que se consume como MDMA y cómo esto ha cambiado con el tiempo. El proveedor de pruebas de seguridad de medicamentos, *The Loop*, descubrió que alrededor de una de cada cinco muestras de MDMA analizadas en el Reino Unido eran, de hecho, otras sustancias.[42] Gran parte de lo que sabemos sobre el riesgo de MDMA en entornos de vida nocturna se basa, en realidad, en el consumo de una variedad de drogas no reguladas, a menudo tomadas con alcohol. Por lo tanto,

41 EMCDDA (2016).Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

42 Measham, F.C. (2019). "Pruebas de seguridad de medicamentos, eliminación y negociación en un campo inglés: exploración de los resultados operativos y de comportamiento del primer servicio de 'control de drogas' en el lugar del Reino Unido". *International Journal of Drug Policy* 67. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395918302755

solo podemos hacer estimaciones informadas del nivel de riesgo que el uso de MDMA puede presentar en un entorno regulado.

Riesgos agudos

Como ocurre con todas las drogas, el grado de riesgo asociado con el consumo de MDMA está determinado por la relación entre su farmacología básica, ya que interactúa con las vulnerabilidades particulares de un individuo, los comportamientos de uso y el entorno de uso. Las mujeres parecen más vulnerables que los hombres a ciertos factores de riesgo, aunque por razones que aún no están del todo claras (la masa corporal, la retención de agua, las hormonas, los factores genéticos y de comportamiento pueden entrar en juego).[43] Según la Encuesta Mundial sobre Drogas, las mujeres que consumían MDMA tenían más del doble de probabilidades de buscar tratamiento médico de emergencia después del consumo que los hombres, aunque en ambos casos la cifra era baja (0,7% de los hombres que habían consumido MDMA en los últimos 12 meses, frente al 1,7% de las mujeres).[44]

La toxicidad subaguda puede manifestarse como efectos desagradables más comunes, pero generalmente manejables, en diferentes puntos de la experiencia. Estos incluyen: agitación o ansiedad, náuseas (comúnmente durante la fase inicial de "ascenso"), dolor de cabeza, visión borrosa, sudoración, apretar la mandíbula, rechinar los dientes, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial e insomnio. El estudio Euro-DEN de presentaciones hospitalarias con MDMA registró agitación y agresión en el 33% de los presentados y ansiedad en el 27%.[45]

Las dosis más altas aumentan la posibilidad de una toxicidad más grave o aguda. La regulación de la temperatura corporal y la hidratación durante el uso de MDMA presenta una serie de riesgos agudos interrelacionados, especialmente cuando se consume en la vida nocturna o en fiestas:

- **Hipertermia**: el uso de MDMA aumenta la temperatura corporal al

43 Moritz, M.L., Kalantar-Zadeh, K. and Ayus, J.C. (2013)."Hiponatremia asociada al éxtasis: ¿por qué corren riesgo las mujeres?" *Nephrology Dialysis Transplantation* 28.9. academic.oup.com/ndt/article/28/9/2206/1912659

44 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial de Drogas 2019: Informe de hallazgos clave. p.20. issuu.com/globaldrugsurvey/docs/gds2019_key_findings_report_may_16_

45 EMCDDA (2020). Reporte técnico: Emergencias hospitalarias en Europa relacionada con las drogas: Actualización de la red de expertos de la Euro-DEN Plus. p.16. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf

aumentar la generación de calor metabólico y reducir la disipación de calor contrayendo los vasos sanguíneos. Estos efectos de calentamiento son comparables al aumento de la temperatura corporal durante el ejercicio y se observan incluso en condiciones de laboratorio. Los síntomas de sobrecalentamiento pueden incluir confusión, dolor de cabeza, calambres musculares, mareos y desmayos y, en los extremos, coma y muerte. El riesgo de sobrecalentamiento aumenta drásticamente al bailar cuando hace calor en festivales de verano o discotecas con altas temperaturas, poca ventilación y sin espacios más frescos para relajarse. Este es un contribuyente significativo a los episodios de emergencia relacionados con la MDMA y la mortalidad en tales eventos. El estudio Euro-DEN registró hipertermia en el 2,4% de las consultas hospitalarias relacionadas con la MDMA.[46]

- **Hiponatremia** (o toxicidad del agua) puede resultar de consumir demasiada agua (generalmente en un intento de evitar la deshidratación o calmar la boca seca a menudo provocada por estimulantes). Esto puede reducir las concentraciones de sodio en el cuerpo y provocar inflamación en el cerebro. La MDMA también es un antidiurético (hace que orines menos) aumentando la retención de agua, particularmente en las mujeres. Los síntomas de la toxicidad del agua pueden incluir dolor de cabeza, náuseas y mareos y, en casos extremos, coma y muerte.
- Por el contrario, la **hipernatremia** (o deshidratación) puede ocurrir por no beber lo suficiente para reemplazar el agua perdida por la sudoración, a medida que aumenta la temperatura corporal, especialmente al bailar en ambientes calurosos. La presencia tanto de hipernatremia como de hiponatremia como riesgos correspondientes destaca la necesidad de disponer de información precisa y útil sobre la reducción de daños.
- **Síndrome de la serotonina**: la MDMA conduce a la liberación del neurotransmisor serotonina, que en circunstancias extremas (alta dosis, o cuando la MDMA se usa en combinación con otros estimulantes o medicamentos que afectan la liberación de serotonina) pueden provocar agitación y presión arterial peligrosamente alta, además de contribuir a la hipertermia.
- **Problemas cardiovasculares**: debido a que la MDMA aumenta la

46 EMCDDA (2020). Reporte técnico: Emergencias hospitalarias en Europa relacionada con las drogas: Actualización de la red de expertos de la Euro-DEN Plus. p.16. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf

frecuencia cardíaca y la presión arterial, puede aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares adversos particularmente en personas vulnerables, o cuando se combina con otros factores de riesgo. El estudio Euro-DEN registró palpitaciones en el 14% de las presentaciones, hipertensión en el 9% y dolor torácico en el 8,5% de las presentaciones.[47]

Riesgos crónicos

Comprender los riesgos crónicos es particularmente difícil para la MDMA, ya que no hay estudios longitudinales que no se confundan por el hecho de que el uso se lleva a cabo en un entorno no regulado. Por lo tanto, distinguir claramente entre los daños atribuibles a la MDMA y los daños vinculados a otras drogas o variables de comportamiento es muy difícil.[48] La MDMA también ha tenido un uso generalizado durante menos tiempo que la cocaína y las anfetaminas, por lo que es posible que aún no hayan surgido ciertos daños crónicos a más largo plazo, aunque unos 35 años después de la primera ola significativa de uso, esto parece cada vez más improbable. No obstante, los indicios de daños crónicos parecen ser generalmente bajos para los usuarios moderados en comparación con los usuarios de alta intensidad a largo plazo. El grado en que cualquier daño fisiológico o psicológico es reversible con el cese del uso sigue sin estar claro.

Los efectos decrecientes de la MDMA cuando se usa repetidamente en el corto plazo (la misma sesión) al mediano plazo (dentro de los próximos días, semanas o meses) significan que los patrones de uso compulsivo o dependiente que pueden desarrollarse con otros estimulantes como la anfetamina y la cocaína son rara vez observados. El informe *Trendspotter* del OEDT señala que "la dependencia o la tolerancia a la MDMA no es común".[49] Un informe de 2008 del Consejo Asesor sobre el Uso Indebido de Drogas del Reino Unido, basado en una extensa revisión de la literatura sobre los riesgos de la MDMA, señaló que "la MDMA parece no tener una alta propensión a la dependencia o a reacciones

47 EMCDDA (2020). Reporte técnico: Emergencias hospitalarias en Europa relacionada con las drogas: Actualización de la red de expertos de la Euro-DEN Plus. p.16. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf

48 Rogers, G. et al. (2009). "Los efectos nocivos para la salud del éxtasis recreativo: una revisión sistemática de la evidencia observacional. Programa de evaluación de tecnología sanitaria de los NIHR: resúmenes ejecutivos". *NIHR Journals Library*. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56825/; Gouzoulis-Mayfrank, E. and Daumann, J. (2006). "El confuso problema del policonsumo de drogas en consumidores recreativos de éxtasis / MDMA: una breve descripción". *Journal of Psychopharmacology* 20.2. doi.org/10.1177/0269881106059939

49 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

de abstinencia".[50] El OEDT señala además que "los problemas de MDMA rara vez se informan como una razón para ingresar a los servicios especializados de tratamiento de medicamentos, y la droga es responsable de menos del 1% (alrededor de 800 casos) de los que ingresaron al tratamiento por primera vez en Europa en 2014."[51]

Existe alguna evidencia de que el uso crónico de dosis altas puede dañar el sistema de serotonina, o afectar de otras formas negativas al cerebro a largo plazo, lo que conduce a un deterioro de la memoria y la función cerebral, y posibles impactos en la salud mental, incluyendo contribuciones a la depresión ansiedad y psicosis. Sin embargo, el OEDT señala que "los datos que respaldan estas asociaciones son contradictorios".[52] La revisión del ACMD concluyó que:

> *Actualmente, hay poca evidencia de daños a largo plazo al cerebro en términos de su estructura o función. Sin embargo, existe evidencia de una pequeña disminución en una variedad de dominios, incluida la memoria verbal, incluso con dosis acumuladas bajas. La magnitud de tales déficits parece ser pequeña y su relevancia clínica no está clara.*[53]

Un efecto ampliamente reportado es la "tristeza a mitad de semana", o estado de ánimo deprimido en los días posteriores al uso de MDMA durante el fin de semana. No está claro en qué medida esto está relacionado con los efectos neurofarmacológicos de la MDMA (como el agotamiento de la serotonina) y en qué medida puede resultar del uso de otras drogas, falta de sueño, agotamiento físico, mala alimentación u otros factores culturalmente asociados con el consumo de MDMA. Pocas personas a las que se les administró MDMA en entornos terapéuticos registran tales efectos.[54] Por el contrario, en un estudio reciente, incluso hubo sugerencias de que los participantes experimentaron

50 Consejo Consultor en el Uso Inadecuado de Drogas (2008). MDMA (éxtasis): una revision de sus daños y su clasificación dentro de la Ley de Uso Inadecuado de Drogas de 1971. p.28. assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119088/mdma-report.pdf

51 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

52 EMCDDA (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA/éxtasis: Resultados de un estudio trendspotter de la EMCDDA. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

53 Consejo Consultor del Uso Inadecuado de Drogas (2008). MDMA (éxtasis): una revisión de sus daños y su clasificación dentro de la Ley de Uso Inadecuado de Drogas de 1971. Departamento Interior. p.28. assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119088/mdma-report.pdf

54 Vollenweider, F.X., Gamma, A., Liechti, M. and Huber, T. (1988). "Efectos psicológicos y cardiovasculares y secuelas a corto plazo de MDMA ('éxtasis') en voluntarios sanos sin MDMA". *Neuropsychopharmacology* 19.4. www.nature.com/articles/1395197

MDMA: riesgos y vulnerabilidades clave

Riesgos y vulnerabilidades	Indicaciones para la reducción y regulación de daños
Juventud — aumento de los riesgos agudos	• Retrasar la edad de inicio como objetivo de prevención / salud pública • Implementar controles de acceso por edad al consumo a nivel minorista • Dirigirse a la prevención basada en evidencia y la reducción de daños en poblaciones jóvenes vulnerables
Usuarios novatos — mayores riesgos agudos	• Dirigirse a los usuarios novatos con información personalizada sobre reducción de daños* • Incluir información específica en el empaquetado, con enlaces a información más detallada
Dosis — La dosificación óptima para un efecto deseado variará entre individuos. Las dosis más altas se asocian con riesgos elevados de daños agudos	• Educar a los usuarios, especialmente a los usuarios más jóvenes y novatos, sobre los efectos y riesgos de la dosis • Poner a disposición de las personas asesoramiento personalizado antes y durante la compra, y en los entornos de uso (incorporando factores que incluyen: masa corporal, sexo, condiciones de salud preexistentes, entorno de uso, estado de usuario novato, etc.) • Asegurarse de que las personas que usan MDMA sepan cuánto están tomando (y biodisponibilidad — velocidad de aparición) a través de productos claramente etiquetados • Limite la compra individual a dosis de un solo uso
Frecuencia de uso — una mayor frecuencia aumenta el riesgo de daños crónicos	• Educar a las personas que usan MDMA sobre los efectos, la tolerancia y los riesgos crónicos; fomentar la moderación y dejar suficiente tiempo entre usos • Posible racionamiento de las ventas a la compra de un solo uso durante un período de tiempo fijo
Sobrecalentamiento — especialmente en entornos de vida nocturna / festivales / fiestas	• Utilizar las oportunidades disponibles (en el punto de venta o en entornos de consumo) para proporcionar información básica sobre reducción de daños sobre el manejo de la temperatura corporal • Establecer la regulación y el seguimiento de los entornos de vida nocturna y otros entornos de fiesta para garantizar una ventilación adecuada, espacios para relajarse, suministro gratuito de agua, servicios de bienestar / médicos, etc. • Animar a las personas a cuidar a sus amigos: educar sobre las señales de advertencia y los cuidados básicos • Reducir el estigma y las barreras para acceder a los servicios médicos
Regulación de hidratación — (deshidratación y toxicidad del agua)	• Garantizar el suministro adecuado de agua gratuita en entornos comerciales donde se consume MDMA • Brindar consejos sobre cómo regular la hidratación
Uso de múltiples drogas	• Explorar espacios de fiesta / vida nocturna sin alcohol (o con poco alcohol) que sean tolerantes a la MDMA • Dirigir la educación sobre reducción de daños a los riesgos específicos de múltiples drogas

* Ver: Winstock, A. (2018). ¿Está pensando en usar MDMA por primera vez? Aquí está nuestra lista de verificación para ayudarlo a mantenerse seguro. Encuesta Mundial sobre Drogas.
www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2018/05/MDMA-first-time-use-list.pdf

un “resplandor” en el que continuaron sintiéndose positivos hasta una semana después de cada sesión de psicoterapia con MDMA.[55]

Modelo de regulación propuesto

Sugerir que la MDMA es una droga de riesgo relativamente bajo, aunque solo sea en comparación con otros estimulantes, puede interpretarse como irresponsable en el contexto de emergencias médicas y muertes de alto perfil que a menudo dominan la cobertura de los medios. Es conocido que el profesor David Nutt fue despedido de su cargo de presidente del Consejo Asesor de expertos independientes del gobierno del Reino Unido sobre el uso indebido de drogas (ACMD) en 2009 por hacer precisamente esta sugerencia.[56] Por supuesto, es importante dejar claro que “riesgo relativamente bajo” no debe interpretarse como “seguro”. Pero al pensar en las respuestas de las políticas, también es importante reconocer que los riesgos agudos de la MDMA, la preocupación clave al observar su perfil de riesgo general, son creados de manera significativa y exacerbados por el contexto legal en el que tiene lugar el uso. El hecho de que la MDMA sea ilegal significa que la dosis a menudo es desconocida, impredecible o de una potencia inesperadamente alta; esto fomenta la venta indebida, la adulteración y puede conducir al consumo involuntario de drogas que pueden ser mucho más peligrosas; previene el uso de información de contenido, dosificación y reducción de daños en los productos, en el punto de venta o en los entornos de uso; y crea una reticencia en la gestión de los lugares para promover un uso más seguro o facilitar una reducción eficaz de los daños. En el peor de los casos, de hecho, puede llevar a que los propietarios de lugares que apoyan un uso más seguro sean criminalizados como resultado.[57]

Incluso sin muchos de los daños creados o exacerbados por la prohibición, persisten riesgos que la regulación debe abordar y mitigar. La naturaleza de los efectos y el perfil de tolerancia de la MDMA, sin embargo, significa que no está

55 Sessa, B., Sakal, C., O’Brien, S. and Nutt, D. (2019). Primer estudio de seguridad y tolerabilidad de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA): psicoterapia asistida en pacientes con trastorno por consumo de alcohol: datos preliminares sobre los primeros cuatro participantes. *Informes de casos de BMJ* 12:e230109. p.3. casereports.bmj.com/content/12/7/e230109

56 Tran, N. (2009). “El asesor del gobierno David Nutt fue despedido”. *The Guardian* 30 de octubre www.theguardian.com/politics/2009/oct/30/drugs-adviser-david-nutt-sacked

57 Ver, por ejemplo, Harrison, A. (2018). “Cómo una ciudad cerró una discoteca y destruyó vidas de sus dueños”. *Vice* 28 de junio. www.vice.com/en_uk/article/59qxp3/how-a-city-closed-a-nightclub-and-destroyed-its-owners-lives

asociada con los patrones de uso funcional regular o uso crónico dependiente, más comúnmente visto con cocaína y anfetaminas, particularmente en formas fumables o cuando se inyecta. Tampoco existe una preparación de dosis baja comparable a la hoja de coca o la efedra. El uso de MDMA se limita más estrechamente al uso recreativo menos frecuente, con riesgos concentrados correspondientemente en daños agudos, particularmente asociados con ciertos comportamientos de riesgo en entornos sociales. Si bien los riesgos específicos de la MDMA apuntan a la importancia crítica de la educación sobre reducción de riesgos y daños para los usuarios (en el empaque, en el punto de venta y a través de otros canales) y la gestión de la seguridad en entornos recreativos, también justifican controles estrictos sobre la disponibilidad minorista.

Como tal, las recomendaciones generales para regular la disponibilidad minorista de MDMA son el mismo "modelo estándar" propuesto para otros productos de nivel 2 de riesgo (píldoras de anfetamina y cocaína en polvo) en el Capítulo 2. Las propuestas de políticas específicas de MDMA — sobre preparación, precios y racionamiento — se analizan a continuación.

Controles de preparación

Modalidad

La MDMA estaría disponible solo en forma de píldora / cápsula. Si bien una proporción sustancial del mercado ilegal de MDMA en algunas regiones se encuentra en forma de polvo / cristal, la forma de píldora tiene claras ventajas de seguridad en términos de higiene, control de dosis, reducción del riesgo de adulteración y moderación de la velocidad de aparición. Las desventajas de no hacer disponible la forma en polvo parecen modestas, con un producto en forma de pastilla de calidad capaz de satisfacer la gran mayoría de la demanda.

Dosis

Controlar la dosis es una forma clave de moderar los riesgos. Las dosis de MDMA consumidas en entornos sociales generalmente oscilan entre 80 miligramos y 200 miligramos (a veces, incluyendo la re-dosis después de que la dosis inicial ha alcanzado su punto máximo). El suministro al por menor sería

de una dosis destinada a un solo uso por parte del comprador (para limitar, pero no necesariamente evitar por completo el almacenamiento o el intercambio) y tendría el objetivo sensato de limitar el uso de una sola sesión a menos de 150 miligramos. Por lo tanto, una sola compra podría consistir prácticamente en un *blister* de 4-5 pastillas de 30 miligramos en forma de barra que podrían dividirse fácilmente a la mitad en unidades de 15 miligramos claramente delineadas. Esto permitiría un nivel apropiado de calibración de la dosis para los diferentes usuarios (completado por la información en el prospecto, empaque y consejos dados por el proveedor).

Una diferente opción sería la preparación de dosis de MDMA específicas para el usuario en cápsulas. La dosis se evaluaría para cada consumidor individual sobre la base del peso, el sexo, las experiencias y otras posibles variables y vulnerabilidades. La preparación de dosis específicas para el usuario se determinaría en consulta con el proveedor especialista y podría ser particularmente útil para una compra en farmacia por primera vez, y la consulta brindaría la oportunidad de proporcionar información personalizada sobre reducción de riesgos y daños relacionada con las circunstancias particulares del comprador.

La densidad y la velocidad de descomposición de las píldoras afectan su biodisponibilidad (es decir, la rapidez con la que se absorbe cuando se toma por vía oral). Las píldoras más blandas tendrán un efecto más rápido que las píldoras más densamente comprimidas. Del mismo modo, las cápsulas que contienen polvo pueden tener diferentes perfiles de liberación de tiempo. Los problemas aquí se refieren tanto a evitar una liberación muy rápida que podría aumentar los riesgos como a saber qué esperar. Tener esa información claramente disponible para los consumidores y establecer la consistencia entre las píldoras (perdida en la producción no regulada de un mercado ilegal) permite que se desarrollen normas de comportamiento más seguras.

Controles de precios

Los precios de MDMA son generalmente bajos en comparación con otros estimulantes o drogas consumidos en la economía nocturna (incluido el alcohol), y el uso de MDMA, como se señaló, es relativamente poco frecuente y autolimitado, por lo que su uso no suele implicar un desembolso económico significativo. Según la Encuesta Mundial sobre Drogas, el precio promedio

Los precios de la MDMA son generalmente bajos en comparación con otros estimulantes o drogas que se consumen en la economía nocturna y el uso de MDMA es relativamente poco frecuente y autolimitado

mundial es de 10€ por pastilla, cuyas versiones más fuertes pueden contener suficiente MDMA para dos o incluso tres personas. Un gramo de polvo de MDMA, suficiente para entre cinco y 15 dosis, cuesta, en promedio, 40€, pero ahora está disponible de forma rutinaria a través de la *darknet* por menos de 20€.[58] No es sorprendente que las personas que consumen MDMA la clasifiquen en una posición alta por su "relación calidad-precio" en comparación con otras drogas.[59]

Investigaciones anteriores han demostrado que los consumidores de alcohol, anfetaminas, cocaína y MDMA no solo responden al precio (es decir, tienden a consumir menos de una determinada droga a medida que aumenta el precio), sino que a menudo cambian entre estas drogas según lo que se percibe como el mejor valor por su dinero.[60] Dado el bajo costo por dosis (o costo por hora de intoxicación, como la unidad que algunos académicos usan para comparar medicamentos), combinado con el uso generalmente infrecuente de MDMA, es razonable suponer que es probable que el precio sea un factor menor en las decisiones de compra que para las drogas más caras (por ejemplo, la cocaína) o las drogas de consumo más frecuente (por ejemplo, alcohol o tabaco). Si es así, entonces las variables no relacionadas con el precio, en particular el control de calidad, pueden tener prioridad sobre los diferenciales de precios modestos para privilegiar el suministro regulado sobre cualquier mercado ilegal paralelo. El imperativo de rebajar (o igualar) los precios en el mercado ilegal actual puede, por tanto, ser menos urgente que con otras drogas. Lo más importante puede ser convencer a los compradores potenciales de que un producto legal tiene ventajas de seguridad. No obstante, dadas las preguntas sin respuesta sobre cómo responderán los consumidores a los diferenciales de precios del mercado legal e ilegal (y otras variables), habrá una clara necesidad de proceder con cautela, monitorear de cerca los impactos de y cambios en los precios, y abrir

58 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. pp.65–66. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

59 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). GDS2019: ¿Son las drogas una buena relación calidad-precio? www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-are-drugs-good-value-for-money/

60 Sumnall, H.R., et al. (2004). "Un análisis económico del comportamiento de las compras de alcohol, anfetaminas, cocaína y éxtasis por parte de consumidores indebidos de sustancias múltiples". *Drug and Alcohol Dependence* 76. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871604001036

el mercado con un régimen de precios que no sea muy diferente al del mercado ilegal local existente (ver discusión de precios en el Capítulo 2).

Racionamiento

Proponemos que la MDMA se venda racionada por compra en unidades de dosis única (como se indicó anteriormente), haciendo esfuerzos para evitar compras múltiples por parte de cualquier individuo. El nivel preciso para establecer los límites de compra es una pregunta finamente equilibrada. Según los informes anecdóticos, el aumento de la tolerancia probablemente se convierta en un problema si la MDMA se usa más de cuatro veces al año, y comenzará a ser un problema más marcado si se usa más de 10 a 12 veces al año. Si se estableciera un umbral de racionamiento superior alrededor de este nivel, es decir, una sola dosis por mes, éste captaría la demanda de la mayoría de los usuarios (la encuesta mundial sobre drogas sugiere que alrededor del 75% de los usuarios de MDMA consumen 10 veces o menos al año).[61]

Sin embargo, aplicar límites de este tipo es difícil y sería más fácil si se adoptara un sistema de licencias para compradores. Esto es especialmente necesario cuando los límites previstos son mensuales, en lugar de diarios o incluso semanales. En este sentido, puede haber un caso más sólido para las licencias de comprador en el caso de la MDMA que de otros estimulantes. Sin embargo, por las razones expuestas en el Capítulo 2, dicho sistema conlleva riesgos en lo que respecta a la protección de datos, la equidad social y la aplicación. Un sistema de licencias de compradores puede proporcionar algunos beneficios para mitigar los daños: por ejemplo, el seguimiento de compras podría alentar al proveedor a ofrecer información específica sobre los riesgos relacionados con períodos de uso de mayor intensidad. Por otro lado, sin embargo, si tal sistema fuera ampliamente rechazado, existe un fuerte riesgo de que el suministro ilegal simplemente cubra el vacío.

Una vez más, no existe una solución perfecta, sino que hay alternativas entre las que se debe elegir. En ausencia de un sistema de licencia de comprador, la MDMA aún podría venderse bajo estrictos límites por compra y en unidades de dosis única (como se indicó anteriormente). Sin embargo, sería necesario realizar

61 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. pp.59, 62. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

mayores esfuerzos para proporcionar la información y el asesoramiento necesarios para evitar que los consumidores se expongan a riesgos innecesarios y para ayudar a los minoristas a evitar compras múltiples. Dados los patrones de uso de MDMA (especialmente la probabilidad mucho menor de un gran consumo episódico), este riesgo será menor en cualquier caso.

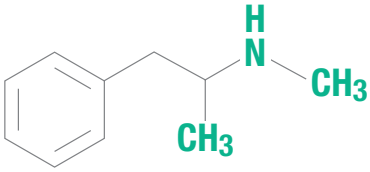
FOTO: iStock



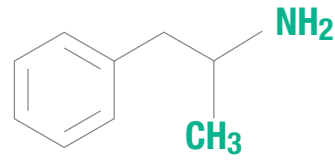
4
Anfetaminas

Existen variaciones significativas en los tipos de anfetaminas consumidas, los comportamientos de consumo y las motivaciones para el uso entre regiones. Estas tendencias traen importantes implicaciones para el diseño de políticas y regulaciones

¿Qué son las anfetaminas?



Anfetamina
$C_9H_{13}N$



Metanfetamina
$C_{10}H_{15}N$

Hay una serie de medicamentos relacionados que se incluyen en el grupo de las anfetaminas. La propia anfetamina (el nombre derivado de su nombre químico completo: **A**lpha- **M**ethyl **PH**en **ET**hyl **AMINA**) es el compuesto original de un gran número de derivados, cada uno con una formación molecular ligeramente diferente. La anfetamina y la metanfetamina, que son el tema central de este capítulo ya que representan la mayoría de las anfetaminas consumidas, son funcionalmente muy similares. En consecuencia, existe una superposición significativa en sus usos. También se agrupan de forma rutinaria en encuestas sobre drogas y en muchos análisis de políticas de drogas.

Aparte de la mayor potencia de la metanfetamina, en términos de efectos farmacológicos, hay poco para distinguir la anfetamina de la metanfetamina

Las anfetaminas son psicoestimulantes, que aumentan la cantidad de dopamina, noradrenalina y serotonina en áreas del sistema nervioso como las involucradas en la recompensa/placer, el movimiento y la cognición(entre otros). Los efectos de las anfetaminas son tanto físicos (aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y respiración) como psicológicos (aumento de la confianza, energía, estado de alerta y disminución del apetito).

Otros derivados de la anfetamina incluyen: las beta-cetoanfetaminas, como la catina y la catinona (los fármacos activos del khat); efedrina y pseudoefedrina (dos de los fármacos activos de la efedra); metcatinona; mefedrona; fenetilina (más comúnmente conocida bajo el nombre de marca captagon); MDMA; y pseudoanfetaminas, incluido el metilfenidato (más comúnmente conocido bajo el nombre comercial de ritalin). A veces se denominan colectivamente "estimulantes de tipo anfetamínico" (ETA), aunque algunos han argumentado que este término es algo arbitrario ya que excluye el estimulante no sintético cocaína y puede llevar a exagerar el alcance del consumo de anfetaminas.[1]

Hay dos variantes moleculares de anfetamina: levoanfetamina y dextroanfetamina. La anfetamina se refiere técnicamente a la base libre racémica, que es partes iguales de levoanfetamina y dextroanfetamina, en sus formas de amina pura. Pero "anfetamina" generalmente se refiere a cualquier combinación de ambas, o a cualquiera de ellas por si sola. Ambos son estimulantes del sistema nervioso central (SNC), aunque la dextroanfetamina es más potente.

Como medicamento legal, está disponible en forma de píldora o cápsula, en varias proporciones de levoanfetamina y dextroanfetamina, y bajo una variedad de nombres comerciales (incluidos Adderall, Eveko y Zenzedi), así como en forma líquida o en suspensión (ProCentra, Dyanavel XR).

1 Hart et al. Tenga en cuenta que "la cocaína no es un ETA porque no se fabrica sintéticamente, aunque se clasifica como estimulante. Desde una perspectiva conductual o neurofarmacológica, la agrupación de ETA tiene poco sentido.El metilfenidato (Ritalin) y la cocaína producen efectos similares sobre el comportamiento humano y sobre los neurotransmisores monoamínicos, que modulan el estado de ánimo y otras funciones. Sin embargo, solo el metilfenidato se incluye como ETA": Hart, C., Csete, J. and Habibi, D. (2014). Metanfetamina: realidad frente a ficción y lecciones de la histeria del crack. Open Society Foundation. p.5. www.opensocietyfoundations.org/publications/methamphetamine-dangers-exaggerated

Como droga ilegal, generalmente se vende como un polvo blanco, commúnmente sulfato de anfetamina, aunque ocasionalmente está disponible en forma de aceite o pasta en su forma básica (más normalmente a nivel del mercado mayorista). Puede inhalarse, tomarse por vía oral o disolverse en agua e inyectarse. A diferencia de la sal de clorhidrato de la metanfetamina, el sulfato de anfetamina no es lo suficientemente volátil para fumar.

La metanfetamina que se encuentra en el mercado ilegal de Europa suele ser una mezcla de d-metanfetamina y l-metanfetamina (ambas psicoactivas y con propiedades estimulantes) en proporciones iguales.

La metanfetamina existe en dos formas: base (que en su forma pura es un aceite transparente, insoluble en agua) y sal (que es un sólido cristalino y es soluble en agua). La base pura se puede convertir en hidrocloruro de metanfetamina, la forma más prominente de sal metanfetamina. "Hielo" o "metanfetamina de cristal" son cristales grandes de clorhidrato de metanfetamina, llamados así por su apariencia. La metanfetamina en polvo son cristales granulados, que luego se mezclan comúnmente con otros ingredientes, a menudo cafeína.[2]

Como medicamento legal, la metanfetamina está disponible en forma de píldora con su nombre genérico, así como en marcas como Methedrine y Desoxyn.

Aparte de la mayor potencia de la metanfetamina, en términos de efectos farmacológicos, hay poco que distinga la anfetamina de la metanfetamina. El EMCDDA señala que "la metanfetamina en polvo que se encuentra en el mercado de drogas ilícitas es similar a la anfetamina en polvo en muchos aspectos, incluida la pureza y la apariencia, y los dos a menudo son indistinguibles, tanto para los usuarios como para los distribuidores".[3]

Como ha señalado el profesor Carl Hart:

> *En estudios de laboratorio cuidadosamente controlados de participantes humanos en investigaciones, la d-anfetamina y la metanfetamina producen efectos fisiológicos y de comportamiento casi idénticos ... Ambos aumentan la presión arterial, el pulso, la euforia*

2 Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Drogadicción (EMCDDA) (2014). Explorando la metanfetamina en Europa. p.2. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

3 EMCDDA (2014). Explorando la metanfetamina en Europa. p.2. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

y el deseo de tomar la droga de una manera dependiente de la dosis. Esencialmente, son la misma droga.[4]

Las diferencias clave entre las conductas, los efectos y los riesgos relacionados con el consumo de anfetamina y la metanfetamina están relacionadas con su preparación, disponibilidad y métodos de uso. En particular, la metanfetamina se puede fabricar más fácilmente a partir de medicamentos de venta libre. Además, aunque tanto la anfetamina como la metanfetamina pueden inhalarse o ingerirse por vía oral en forma de polvo, o disolverse en agua e inyectarse, la metanfetamina (a diferencia de la anfetamina) es lo suficientemente volátil como para fumarla, más comúnmente en su forma cristalina con una pipa de vidrio.

Historia

La anfetamina fue sintetizada por primera vez en 1887 por el químico rumano Lazar Edeleanu, quien la llamó fenilisopropilamina. Durante casi 40 años, su potencial médico estuvo inexplorado hasta los experimentos realizados por un químico de Los Ángeles, Gordon Alles, en 1929. Alles trabajaba para la compañía farmacéutica Eli Lilly en busca de una droga para mejorar la efedrina, un descongestivo y broncodilatador que había demostrado ser un tratamiento exitoso y lucrativo para el asma, el resfriado y las alergias. Alles renombró la droga anfetamina, patentando el sulfato de anfetamina y el clorhidrato de anfetamina en 1932 y llegando a un acuerdo con otra compañía farmacéutica Smith, Kline y French (SKF). En 1934 lanzaron al mercado la primera droga anfetamínica en forma de inhalador de marca "Benzedrine", para la congestión.

La metanfetamina siguió una línea de tiempo similar, siendo sintetizada por primera vez en Japón por el químico orgánico Nagai Nagayoshi. Nagayoshi aisló por primera vez la efedrina de la planta Ephedra sinica en 1885 y luego ideó un método para la síntesis de efedrina, que luego sintetizó metanfetamina a partir de efedrina en 1893.

4 Hart, C., Csete, J. and Habibi, D. (2014). Metanfetamina: realidad frente a ficción y lecciones de la histeria del crack. p.6. www.opensocietyfoundations.org/publications/methamphetamine-dangers-exaggerated



Inhalador de bencedrina

FOTO: Nigel Brunsdon (2020). **nigelbrunsdon.com**

Segunda Guerra Mundial

El uso tanto médico como no médico de medicamentos a base de anfetaminas se expandió rápidamente en las décadas de 1930 y 1940. A finales de 1938, SKF afirmó haber enviado más de 10 millones de inhaladores de benzedrina.[5] El sulfato de bencedrina estuvo disponible en forma de píldora en 1937, y durante la Segunda Guerra Mundial las píldoras de bencedrina se utilizaron ampliamente como estimulantes por las fuerzas del Reino Unido y Estados Unidos. Se estima que durante el conflicto se utilizaron 150 millones de pastillas.[6] Las fuerzas alemanas, entre tanto, utilizaban ampliamente la marca Pervitin de pastillas de metanfetamina. Pervitin era atractivo para los comandantes alemanes, ya que su famosa táctica militar, Blitzkrieg, requería velocidad y sorpresa, pero fue socavada por soldados claramente humanos que requerían descanso y sueño regulares.[7] El historiador médico, el Dr. Peter Steinkamp, ha sugerido que "*Blitzkrieg* fue guiada por la metanfetamina. Por no decir que *Blitzkrieg* se fundó con metanfetamina."[8] El uso funcional de anfetaminas ha continuado en

5 Hicks, J. (2012). "Tiempos veloces: La vida, la muerte y el renacimiento de la anfetamina". *Science History Institute* 14 de abril. **www.sciencehistory.org/distillations/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine**

6 Bett, W.R. (1946). "Sulfato de benzedrina en la medicina clínica: Una revisión de literatura". *Postgrad Med J* 22. pp.205–218. **www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2478360/**

7 Andreas, P. (2020). "Cómo la metanfetamina se convirtió en una parte clave de la estrategia militar nazi". *Time* 7 de enero. **time.com/5752114/nazi-military-drugs/**

8 Testimonio oral, ver: Ohler, N. (2017). *Blitzed: Drugs in Nazi Germany*. London: Penguin, publicado por primera vez en alemán por Kiepenheuer & Witsch en 2015. p.89



Tabletas de Pervitin, una marca de metanfetamina

FOTO: Ordercrazy. Wikimedia Commons. bit.ly/2Hh0eSF. Creative Commons CC0 1.0 Universal Public Domain Dedication (creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/deed.en).

las fuerzas estadounidenses hasta el día de hoy, especialmente en los conflictos en Irak y Afganistán.[9]

El uso de anfetaminas también se extendió entre la población civil de Europa durante la Segunda Guerra Mundial. Este fue particularmente el caso en el Reino Unido y en Suecia, donde se estima que 200.000 personas, alrededor del 3% de la población, consumían anfetaminas en 1942-3.[10] Se ha estimado de manera conservadora que a fines de 1945 la producción total de benzedrina (y otros imitadores que infringen las patentes) promediaba alrededor de 750 millones de píldoras al año.[11] La propagación de anfetaminas no medicinales al público en general durante los años inmediatos de la posguerra estuvo significativamente relacionada con la desviación de las existencias de posguerra.

9 Burkeman, O. and Norton-Taylor, R. (2003). "Los pilotos estadounidenses culpan a las drogas por las muertes causadas por incendios amigos". *The Guardian* 4 de enero. www.theguardian.com/world/2003/jan/04/afghanistan.richardnortontaylor; Hicks, J. (2012). "Tiempos veloces: La vida, la muerte y el renacimiento de la anfetamina". *Science History Institute* 14 April. www.sciencehistory.org/distillations/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine

10 Svensson, B. (2009). Problema del uso de anfetaminas y metanfetaminas, consecuencias y respuestas relacionadas. En: Instituto Nacional Sueco de Salud Pública (2009). Informe Nacional 2009 (datos de 2008) al OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. Capítulo 12, págs. 90-118. www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index142822EN.html_el

11 Rasmussen, N. (2008). *On Speed: The Many Lives of Amphetamine*. New York: New York University Press.

El período de posguerra

En las décadas de la posguerra, las anfetaminas se convirtieron en un tratamiento médico popular para la obesidad, los síntomas de la enfermedad de Parkinson, la depresión leve y la narcolepsia. Aunque, con la excepción de la narcolepsia, las anfetaminas ahora rara vez se usan para dicho tratamiento, su uso se ha expandido en las últimas décadas como un tratamiento clave para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) para el cual los estimulantes tienen un efecto calmante contrario a la intuición: reducen la impulsividad y ayudan a la concentración. El uso de anfetaminas sigue estando muy extendido para el TDAH, principalmente a través de combinaciones de fármacos como Adderall que contiene múltiples sales de anfetamina, así como la pseudoanfetamina metilfenidato (vendido bajo el nombre comercial "Ritalin", entre otros). Este es particularmente el caso en los EE. UU., donde el uso se expandió significativamente a mediados de la década de 1990 y principios de la de 2000, representando el 83,1% del volumen global de medicamentos para el TDAH en 2003 a pesar de tener menos del 5% de la población mundial.[12] El uso de medicamentos para el TDAH ha seguido creciendo en los últimos años.[13]

El uso no médico de anfetaminas ha fluctuado desde 1945, aunque se pueden observar distintos períodos de mayor uso en el Norte global a fines de la década de 1960, la de 1990 y principios de la de 2000, y nuevamente en la actualidad.[14]

El uso recreativo de anfetaminas nunca ha logrado el estilo de vida glamoroso del uso de cocaína, o el impacto cultural comunitario de la MDMA, no obstante ha podido penetrar e influir en una amplia gama de la cultura popular. El uso temprano no médico implicaba abrir la benzedrina y otros inhaladores para acceder a la droga en su interior. John Lennon relató cómo "la primera droga que tomé, todavía estaba en la escuela de arte, con el grupo, todos la tomamos juntos, fue bencedrina del interior de un inhalador".[15] El escritor Jesse Hicks ha señalado de manera similar que "hasta 1959, cuando la Administración de

12 Scheffler, R.M., Hinshaw, S.P., Modrek, S. and Levine, P. (2007). "El mercado global de medicamentos para el TDAH". *Health Affairs* 26.2. doi.org/10.1377/hlthaff.26.2.450

13 Raman, S.R., Man, K.K.C., Bahmanayar, S. et al. (2018). "Tendencias en el uso de medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un estudio observacional retrospectivo que utiliza bases de datos poblacionales". *The Lancet* 5.10. www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30293-1/fulltext

14 Rasmussen, N. (2008). "Primera epidemia de anfetaminas en Estados Unidos, 1929-1971. Una retrospectiva cuantitativa y cualitativa con implicaciones para el presente". *American Journal of Public Health* 98.6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2377281/

15 The Beatles (2000). *Anthology*. Chronicle Books.

Alimentos y Medicamentos los prohibió, estos inhaladores ofrecían un subidón legal y barato, lo que indujo a luminarias Beatnik como Jack Kerouac y Allen Ginsberg al hábito".[16]

Las anfetaminas también se han utilizado ampliamente con fines funcionales. Un próspero mercado informal de "píldoras estimulantes" de anfetaminas surgió en los Estados Unidos entre los conductores de camiones de larga distancia durante las décadas de 1950 y 1960, vinculado a las largas horas de trabajo e intensas presiones competitivas dentro de la industria.[17] A fines de la década de 1960, la Administración de Alimentos y Medicamentos estimó que hasta la mitad de los 8-10 mil millones de píldoras de anfetaminas que se producían legalmente en los EE. UU. se estaban desviando de los canales médicos.[18]

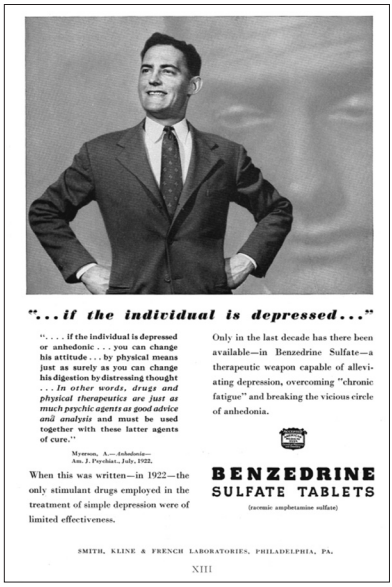
La anfetamina no fue inmune a la creciente hostilidad hacia el uso recreativo de drogas que acompañó al surgimiento de la contracultura de la década de 1960 tanto en EE. UU. como en Europa, con nuevas narrativas sobre los "fanáticos de la velocidad" (la velocidad es un apodo popular para las anfetaminas) entrando en el discurso popular. Junto con la creciente preocupación por la dependencia de las anfetaminas y otros riesgos para la salud, en 1971, cuando Nixon se preparaba para declarar su nueva "guerra contra las drogas", la anfetamina (y la metanfetamina) se convirtió en una sustancia controlada de la Lista II dentro de la Convención de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas. En consecuencia, las anfetaminas se controlan en la legislación nacional en gran parte del mundo; fueron colocados en el Anexo II en los EE. UU. bajo la Ley de Sustancias Controladas (definida por tener un alto potencial de abuso y dependencia pero con uso médico aceptado), y designados como Clase B según la Ley de Uso Indebido de Drogas de 1971 del Reino Unido.

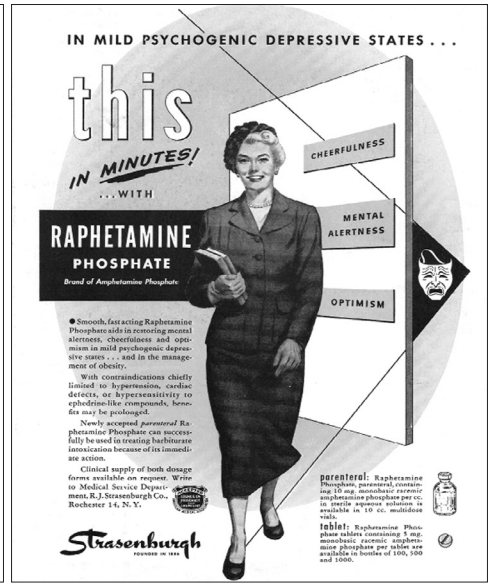
Como era de esperar, el paso a someter las anfetaminas a control internacional no ha impedido un uso no médico generalizado. Las anfetaminas han mantenido una fuerte presencia en las escenas de música y baile, desde el punk hasta el EDM, y se han integrado en la cultura del uso de estimulantes de la economía nocturna y la escena de clubes en general.

16 Hicks, J. (2012). "Tiempos veloces: La vida, la muerte y el renacimiento de la anfetamina". *Science History Institute* 14 April. www.sciencehistory.org/distillations/fast-times-the-life-death-and-rebirth-of-amphetamine

17 Riley, K. (2014). "Conducción rápida: conductores de camiones de larga distancia y anfetaminas en la posguerra". *Labor* 11.4. labor.dukejournals.org/content/11/4/63.short

18 Véase la nota 14.





Se anuncia el "sulfato de benzedrina" para combatir la depresión

IZQUIERDA: *California Western Medicine* 62 (abril de 1945): 33 (sección de publicidad) y *American Journal of Psychiatry* 101 (marzo de 1945): xiii (sección de publicidad) DERECHA: *Journal of the American Medical Association* 147 (1951): 19 (sección de publicidad)

Metanfetamina

El uso de metanfetamina siguió siendo prominente en los Estados Unidos desde la década de 1970, aunque ha sido comparativamente poco común en gran parte de Europa. En la década de 1980, el uso de metanfetamina en los EE. UU. se limitaba predominantemente a hombres blancos de clase trabajadora, a menudo conductores de camiones o trabajadores de la construcción, e inhalada como polvo. Al mismo tiempo, el uso comenzó a aumentar en algunos Estados a medida que la metanfetamina cristalina comenzó a importarse de Filipinas y el sudeste asiático. En la década de 1990, la metanfetamina "casera" producida a partir de remedios para el resfriado de venta libre se generalizó, y los llamados "superlabs" también surgieron en el sur de California y el norte de México. La creciente escala de producción dio como resultado que la droga estuviera disponible de manera amplia y económica en la década de 2000.[19]

19 Gonzales, R., Mooney, L. y Rawson, R. (2010). "El problema de la metanfetamina en los Estados Unidos". *Annual Review of Public Health* 31. págs. 385–398. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440680/

La metanfetamina ha sido objeto de oleadas de preocupación pública, haciéndose eco y superponiéndose con las experimentadas en torno al crack en los Estados Unidos, en este caso a menudo vinculado a narrativas clasistas que retratan a la metanfetamina como una droga de "basura blanca".[20] La estigmatización se ha perfeccionado particularmente a través de campañas como *Faces of Meth*, un proyecto de la Oficina del Sheriff del Condado de Multnomah en Oregon, donde se utilizan fotografías de personas antes y después del uso de metanfetamina como un método de prevención de drogas basado en el shock.[21] La asociación estigmatizante entre la metanfetamina, la deformación física y la repulsión social se arraigó tanto en la cultura pop que en la década de 2010 se desarrollaron incluso aplicaciones para teléfonos inteligentes para recrear el "antes y después" de las selfies con metanfetamina.[22] Estas olas de pánico moral y demonización de las personas que usan metanfetamina, a su vez, se han aprovechado para justificar castigos estrictos por el suministro en los EE. UU.[23]

La metanfetamina también se consideraba en gran medida una droga de clase trabajadora en Asia oriental y sudoriental. En las décadas de 1960 y 1970, los conductores de camiones y trabajadores de fábrica lo usaban principalmente como una droga para mejorar el rendimiento, consumida en forma de tableta. En la década de 1990, el uso de metanfetamina era más diverso, y los jóvenes y estudiantes usaban tabletas de manera recreativa. La metanfetamina cristalina, por el contrario, a menudo se consideraba una droga de gama más alta, asociada con "profesionales de alto rango educados y bien conectados" debido a su precio comparativamente alto.[24]

El uso de metanfetamina se hizo cada vez más popular en Myanmar, Tailandia y partes de China en la década de 2010, con aumentos en las incautaciones y

20 Critcher, C. (2017). "Pánicos morales" en *Enciclopedias de investigación de Oxford: Criminología y justicia penal*. oxfordre.com/criminology/view/10.1093/acrefore/9780190264079.001.0001/acrefore-9780190264079-e-155 ; Linnemann, T. (2009). "Hombres enojados, madres en metanfetaminas y pánico moral: Generación de delitos de metanfetamina en el Medio Oeste". *Critical Criminology* 18. link.springer.com/article/10.1007/s10612-009-9094-8; Linnemann, T. y Wall, T. (2013). "'Esta es tu cara sobre la metanfetamina': El espectáculo punitivo de la 'basura blanca' en la guerra rural contra las drogas". *Theoretical Criminology* 17.3. p.318. doi.org/10.1177/1362480612468934

21 Hall, K. "Faces of Meth, 10 años después: La campaña antidrogas perdura, al igual que el efecto en la vida de los adictos". *Oregonlive* 27 de diciembre. www.oregonlive.com/portland/2014/12/faces_of_meth_10_years_later_a.html

22 Noble, F. (2015). "Desde una piel clara y juvenil hasta la cara costrosa de un adicto al hielo en seis meses: la nueva y aterradora aplicación muestra cómo la droga destruye tu apariencia". *Daily Mail Australia* 11 de noviembre. www.dailymail.co.uk/news/article-3312655/From-youthful-clear-skin-scabby-face-ice-addict-six-months-New-app-shows-drug-destroys-looks.html

23 Drug Policy Alliance (2019). Repensar el "narcotraficante". págs. 34–35. drugpolicy.org/sites/default/files/dpa-rethinking-the-drug-dealer_0.pdf

24 UNODC (2018). Actualización inteligente global, volumen 20. La metanfetamina sigue dominando los mercados de drogas sintéticas. p.10. www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

arrestos de drogas que coincidieron con aumentos observables en el precio. Sin embargo, el acceso al tratamiento para el uso problemático de metanfetamina sigue siendo "insuficiente e inadecuado".[25]



Cristales de metanfetamina

FOTO: Wikimedia Commons. bit.ly/33JDnXD. Compartido bajo una licencia CC BY-SA 4.0 (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0).

Es difícil cuantificar la escala del mercado actual de metanfetamina, particularmente en regiones con poca vigilancia. Sin embargo, la UNODC informa que el mercado se ha expandido rápidamente en los últimos años, con incautaciones que se han multiplicado por más de siete, de 25 toneladas en 2008 a 228 toneladas en 2018. El OEDT ha informado de incautaciones combinadas de anfetamina y metanfetamina en todo el mundo a un nivel aún mayor, superando las 300 toneladas en 2017.[26]

Efectos

Las personas experimentarán los efectos de las anfetaminas de manera diferente, dependiendo de una diversidad de variables, incluida la dosis, la frecuencia y el método de uso, y los efectos negativos se harán más evidentes con el uso más intenso.

La velocidad de aparición varía según la ingestión: alrededor de 15 minutos si se inhala; 30-90 minutos si se toma por vía oral (un tiempo más corto si se usa con el estómago vacío); y casi inmediato si se fuma o se inyecta. La duración de los efectos depende de la dosis, pero generalmente dura de 3 a 8 horas, aunque las secuelas pueden durar más. El período de "descenso" después del uso de anfetaminas puede durar unos días. La intensidad de la experiencia también dependerá de la dosis, pero puede hacer que las personas se sientan cansadas,

25 Cachia, R. and Myint Lwin, T. (2019). Uso de metanfetamina en Myanmar, Tailandia y el sur de China: evaluación de prácticas, reducción de daños. Transnational Institute. www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_50_eng_16022019_web_2.pdf

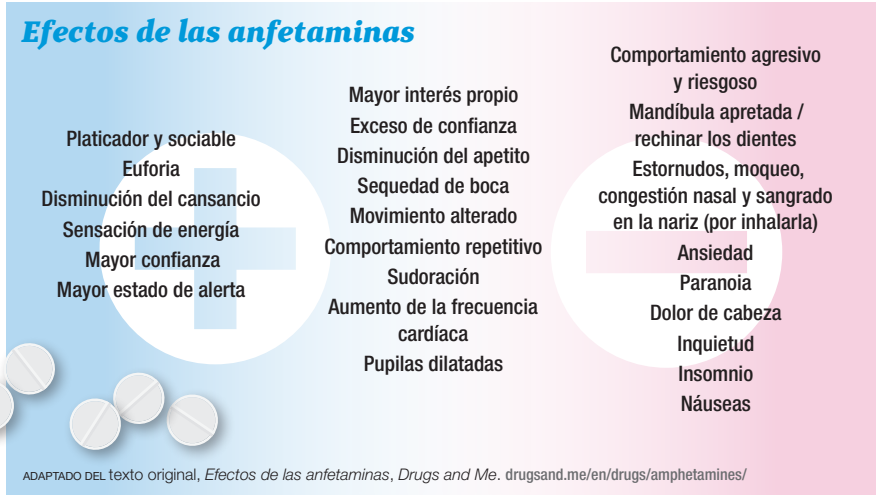
26 UNODC (2019). Actualización inteligente global, volumen 22. El mercado de ETA — 10 años después del Plan de Acción de 2009. pp.4,5,7. www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf ; UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos, p37. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf ; OEDT (2019). Informe sobre los mercados de drogas de la UE: 2019. p.152. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf

confusas, deprimidas, irritables y ansiosas. Algunas personas también pueden experimentar insomnio e inquietud, espasmos, dolores musculares o una temperatura fluctuante. En dosis muy altas, las secuelas pueden ser más graves, como vómitos y diarrea.

Comportamientos del consumo

Según la UNODC, las anfetaminas son la tercera droga ilegal más consumida después del cannabis y los opioides. Por lo general, se consumen más que la cocaína y la MDMA, aunque este no es el caso en todas partes. La UNODC ha estimado que, para 2018, 27 millones de personas de entre 15 y 64 años, o el 0,5% de la población adulta, consumieron anfetaminas en el último año.[27]

Las tasas de prevalencia más altas, donde se dispone de datos más fiables, se encuentran en América del Norte, con un 2,3% de la población que ha consumido anfetaminas, y Australia y Nueva Zelanda, con un 1,3%.[28] En Europa, el EMCDDA informa tasas de uso del 1% (o 1,3 millones) entre los adultos jóvenes (15-34) en



ADAPTADO DEL texto original, *Efectos de las anfetaminas*, *Drugs and Me*. drugsand.me/en/drugs/amphetamines/

27 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 2: Consumo de drogas y consecuencias para la salud. pp.18-19. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

28 Véase la nota a pie 27.

el último año, con la tasa más alta reportada en los Países Bajos con un 3,9%. Se estima que el 3,7% de los adultos (de 15 a 64 años) o 12,4 millones de personas en la UE han probado las anfetaminas durante su vida.[29]

Los datos sobre el uso fuera de América del Norte y Europa son en general deficientes, debido a la capacidad de investigación limitada, los desafíos intrínsecos de la investigación de poblaciones marginadas y las barreras de las encuestas creadas por el miedo y el estigma de la criminalidad. Sin embargo, la UNODC estima una prevalencia del 0,5% en Asia, que, si bien es comparable con el promedio mundial, representaría casi la mitad del total mundial de consumidores de anfetaminas, en 12,7 millones.[30] Existen variaciones significativas en los tipos de anfetaminas consumidas, los comportamientos de consumo y las motivaciones para el uso entre regiones.[31] Estas tendencias traen importantes implicaciones para el diseño de políticas y regulaciones.

Tendencias geográficas

Captagon en el Medio Oriente

También se cree que hay altos niveles de uso de anfetaminas en el Medio Oriente, particularmente de captagon, pero los datos de las encuestas son escasos y la prevalencia se infiere principalmente de las altas tasas de incautaciones y un pequeño número de estudios de investigación. Un estudio de 2015 en Irak encontró que las personas que consumen drogas informaron que el cannabis era "muy difícil" de obtener, pero informaron que la metanfetamina y el captagon eran "muy fáciles" de obtener. [32]

En los últimos años, los países de Oriente Medio han informado repetidamente de altas tasas de incautación de captagon. Más de 15 millones de tabletas de captagon fueron incautadas en el Líbano en 2015, mientras que los Emiratos

29 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2019. p.51 www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

30 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 2: Consumo de drogas y consecuencias para la salud. p.19. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

31 Degenhardt, L. et al. (2014). "La epidemiología global y la carga de la dependencia de psicoestimulantes: Hallazgos del Estudio de Carga Global de Enfermedad 2010". *Drug and Alcohol Dependence* 137. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.025

32 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 4: Temas transversales. p.25. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_4.pdf

Árabes Unidos incautaron 45 millones de tabletas en 2017.[33] Entre 2010 y 2014, Arabia Saudita incautó más de 325 millones de tabletas, probablemente de captagon, pero oficialmente solo se informó como anfetamina. Los últimos años también han visto la incautación de tabletas de captagon que transitaban por países europeos, a menudo destinadas a la exportación a Oriente Medio. En 2017, los funcionarios franceses incautaron 350.000 tabletas destinadas a la exportación a Arabia Saudita.[34] Debido a las grandes cantidades incautadas en Arabia Saudita, las estimaciones oficiales de prevalencia de la ONUDD de sólo el 0,4% en el país son "demasiado bajas ... [y] probablemente subestimadas".[35] Se ha estimado por separado que el captagon es utilizado por el 40% de las personas que consumen drogas en Arabia Saudita, principalmente hombres jóvenes.[36] Una posible razón para un uso tan extendido es la percepción de que el captagon tiene valor funcional o medicinal y, por lo tanto, está menos estigmatizado que otras drogas ilegales.

En los últimos años, parece que se han importado grandes cantidades de precursores de anfetaminas a Oriente Medio, en particular BMK (bencilmetilcetona, también conocida como fenilacetona), el precursor principal de anfetaminas. Por ejemplo, se informa que entre 2008 y 2011, "se importó un total de 98 toneladas de BMK en Jordania, principalmente para reexportar a Irak", lo que representa "más de dos tercios del comercio mundial de BMK durante este período". El OEDT sugiere que esta cantidad de precursores "podría haber producido entre 55 y 65 toneladas de anfetamina si todo se hubiera utilizado con fines de síntesis de fármacos". Estas cifras corroboran las altas tasas de incautación de estimulantes de tipo anfetamínico en la región en el mismo período.[37]

Si bien sigue habiendo una ausencia de "datos cualitativos sólidos" en relación con el uso de captagon, se puede concluir tentativamente que la producción de captagon se ha desplazado a Oriente Medio, "donde está el mercado

33 EMCDDA (2018). Captagon: Entendiendo el mercado ilícito actual. p.6. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF; UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos. p59. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

34 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamento. p.59. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

35 Véase la nota a pie de página 33. p.6.

36 Al-Imam, A., Santacroce, R., Roman-Urrestarazu et al. (2016). Captagon: Consumo y comercio en el Medio Oriente. *Wiley: Special issue on Novel Psychoactive Substances*. p.2. onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hup.2548

37 EMCDDA (2018). Captagon: Entendiendo el mercado ilícito actual. p.9. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

¿Qué es el captagon?

El Captagon fue originalmente un medicamento de marca utilizado principalmente en el tratamiento de la narcolepsia y el TDAH en la década de 1960. Su principal ingrediente activo, la fenetilina, se metaboliza en anfetamina y teofilina (un estimulante suave de la familia de la cafeína) después de la ingestión. Sin embargo, en años más recientes, las pruebas de tabletas "captagon" en el mercado ilegal "demuestran constantemente que la anfetamina es la principal droga psicoactiva presente, a menudo combinada con otras sustancias".

EMCDDA (2018). Captagon: Entendiendo el mercado ilícito actual. p.3, 5.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

principal".[38] El uso de captagon se ha reportado en situaciones de conflicto, de la misma manera que históricamente los soldados han usado anfetamina para estar alerta (ver arriba).[39]

Metanfetamina

En los últimos años se ha informado de tasas crecientes de uso de metanfetamina (y en particular de metanfetamina cristalina) tanto en América del Norte como en Asia oriental y sudoriental. En 2020, la UNODC informó que:

> *Más de un tercio (9,9 millones de personas) del número mundial estimado de usuarios de anfetaminas se encuentran en Asia oriental y sudoriental. Se sigue informando en la subregión del aumento del uso de metanfetamina, tanto en forma de tabletas como de metanfetamina cristalina.*[40]

La región ha experimentado disminuciones observables en el precio con aumentos coincidentes en incautaciones y arrestos. En Tailandia, los precios de las tabletas de metanfetamina cayeron de $6-10 en 2008 a $3-5 en 2018, y la

38 EMCDDA (2018). Captagon: Entendiendo el mercado ilícito actual. p.6.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

39 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2017). Precursores y productos químicos utilizados frecuentemente en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. p.18.
www.incb.org/documents/PRECURSORS/TECHNICAL_REPORTS/2017/E_ebook_with_annexes.pdf; Griffiths, J. (2017). "¿Qué es captagon? La droga de ISIS apodada 'coraje químico' destinada a tratar los trastornos del sueño abusados por terroristas". *The Sun* 18 de agosto. https://www.thesun.co.uk/living/3688057/captagon-isis-drug-chemical-courage-sleep-disorders-terrorists/; OEDT (2018). Captagon: Entendiendo el mercado ilícito actual. p.15.
www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

40 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 2: Consumo de drogas y consecuencias para la salud. p.21. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

pureza se mantuvo estable. El precio de la metanfetamina cristalina ha caído, y la pureza sigue siendo muy alta en torno al 90%. Casi todos los países de la región notificaron la metanfetamina como su principal droga de interés en 2018, en comparación con solo cinco en 2008.[41]

La metanfetamina también está ampliamente disponible en Australia y Nueva Zelanda. Una encuesta en línea realizada en 2017-2018 en Nueva Zelanda encontró que se percibía que la metanfetamina "estaba más disponible que el cannabis en todas las regiones de Nueva Zelanda", y el 54% de los que habían consumido metanfetamina en los últimos seis meses dijeron que consideraban que la droga era "muy fácil" de obtener.[42] En Australia, la encuesta del Sistema de Notificación de Drogas Ilícitas de Nueva Gales del Sur descubrió en 2019 que "de los que podían comentar, el 94% percibía que la metanfetamina cristalina era 'fácil' o 'muy fácil' de obtener".[43]

Anfetaminas en Europa

En cambio, el consumo de anfetaminas en Europa occidental y central se ha mantenido relativamente estable desde 2000. Existen variaciones regionales en Europa, con un mayor uso en Finlandia, pero caídas a más largo plazo en Dinamarca, España y el Reino Unido, posiblemente relacionadas con un mayor uso de cocaína, MDMA y sustancias psicoactivas novedosas.[44] El análisis de aguas residuales realizado en 2017 encontró una variación significativa en la carga de anfetamina en toda Europa, con los niveles más altos registrados en ciudades del norte y este de Europa, y niveles mucho más bajos en las ciudades del sur de Europa.[45]

41 UNODC (2019). Actualización inteligente global, volumen 22. El mercado de ETA — 10 años después del Plan de Acción de 2009. www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf

42 Wilkins, C. (2018). ¿Qué droga está más disponible en Nueva Zelanda: Cannabis o Metanfetamina? *Shore and Whariki Research Centre* Boletín 1. static1.squarespace.com/static/59152c88b8a79bdb0e644f2a/t/5aa6de3ec830250430d734c2/1520885320086/Bulletin+FINAL+12TH.pdf; UNODC (2018). Actualización Inteligente global, vol. 20. La metanfetamina continúa dominando el mercado de drogas sintéticas. p.15. www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

43 UNODC (2019). Actualización inteligente global, volumen 22. El mercado de ETA — 10 años después del Plan de Acción de 2009. páginas 6, 10. www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf; EMCDDA (2019).). Informe sobre los mercados de drogas de la UE: 2019. p.152. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf

44 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2019. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

45 EMCDDA (2019). Análisis de aguas residuales y medicamentos: un estudio europeo de varias ciudades. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2757/POD_Wastewater%20analysis_update2019.pdf

El EMCDDA señala que el sulfato de anfetamina puede ser "claramente visto como una "droga europea", ya que sigue siendo el estimulante sintético más popular en Europa, aunque comparativamente raro en otras partes del mundo en comparación con la metanfetamina.[46] En Europa, históricamente el consumo de metanfetamina se ha limitado en gran medida a Chequia y Eslovaquia, aunque en los últimos años se han registrado aumentos en el norte de Europa, incluidos Suecia y Noruega.[47]

Los datos de los servicios europeos de pruebas de drogas revelaron que la MDMA, la cocaína y las anfetaminas eran las tres drogas que se presentaban con más frecuencia para las pruebas, pero con variaciones significativas entre países. Por ejemplo, las anfetaminas rara vez se presentaban en Bélgica y Portugal, pero representaron más del 25% de las muestras presentadas en Italia y Austria. Las pruebas revelaron que la cafeína es el adulterante dominante, que se encuentra en casi el 60% de las muestras de anfetaminas.[48]

Patrones de uso de comportamientos

Uso recreacional

Las anfetaminas tienen una larga historia de uso generalizado en entornos recreativos, cummúnmente inhaladas o tomadas por vía oral en forma de polvo o píldora. Por lo general, se sustituyen por otros estimulantes, como la cocaína y la MDMA, aunque la encuesta de Trendspotter de la UE sugiere que generalmente se perciben como una segunda opción cuando no hay otras drogas disponibles o son demasiado caras.[49] El análisis de las aguas residuales muestra que, como ocurre con la cocaína y la MDMA, el consumo de anfetaminas se concentra en los fines de semana.[50]

46 EMCDDA y Europol (2011). Anfetamina: una perspectiva de la Unión Europea en el contexto global. p.5. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/621/EMCDDA-Europol_Amphetamine-joint-publication_319089.pdf

47 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2019. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf; EMCDDA (2014). Explorando las tendencias de la metanfetamina en Europa. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

48 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2019. p.50. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

49 EMCDDA (2014). Explorando las tendencias de la metanfetamina en Europa. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/787/TDAU14001ENN_460800.pdf

50 EMCDDA (2020). Análisis de aguas residuales y medicamentos: un estudio europeo de varias ciudades (Perspectivas sobre las drogas). www.emcdda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en

Las anfetaminas también se usan comúnmente junto con otras drogas: tanto estimulantes como depresores, incluidos opioides, benzodiazepinas y alcohol. El consumo con alcohol es un problema particular en entornos sociales ya que, de manera similar a la cocaína, facilita una mayor ingesta de alcohol durante un período más largo. De manera similar, el alcohol puede fomentar un mayor consumo de anfetaminas, mediante la reducción de las inhibiciones y el deseo de contrarrestar los efectos depresores del alcohol.

En algunos países, la metanfetamina se ha asociado comúnmente con la escena del *chemsex*; La metanfetamina se usa a menudo en combinación con otras drogas (incluyendo GHB y mefedrona) para mejorar el deseo sexual, el placer y la resistencia entre los hombres que tienen sexo con hombres. Una encuesta de más de mil hombres homosexuales y bisexuales en Londres encontró que una quinta parte había practicado *chemsex* en los últimos cinco años y una décima parte en las últimas cuatro semanas.[51]

Uso funcional

Más que cualquier otro estimulante, quizás con la excepción de la cafeína, las anfetaminas han establecido patrones de uso funcional. Como se mencionó anteriormente, esto se ha reflejado históricamente a través del uso de píldoras entre los conductores de camiones tanto en los EE. UU. (a las que se hace referencia como "píldoras de ánimo") como en el este y sudeste de Asia (a las que se hace referencia como "droga diligente"), así como entre las fuerzas armadas. Las personas que consumen anfetaminas en el lugar de trabajo a menudo lo hacen para ayudar a aliviar el cansancio, proporcionar energía, promover la vigilia y mejorar la concentración durante períodos prolongados.[52] Por estos efectos, las anfetaminas también se han vuelto populares para su uso entre los estudiantes, en entornos de oficina competitivos de alta presión y entre las personas empleadas como trabajadores del turno de noche, trabajadores manuales y de fábricas, obreros y taxistas.

51 Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2014). El estudio Chemsex: consumo de drogas en entornos sexuales entre hombres homosexuales y bisexuales en Lambeth, Southwark y Lewisham. Sigma Research, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. sigmaresearch.org.uk/files/report2014b.pdf

52 Sobre las razones para usar anfetaminas de manera más general (pero destacando estas motivaciones), ver: Boys, A., Marsden, J. y Strang, J. (2001). "Comprender las razones del consumo de drogas entre los jóvenes: una perspectiva funcional". *Health Education Research 16*. doi.org/10.1093/her/16.4.457

Uso dependiente

Además de los comportamientos de consumo de mayor riesgo, el uso recreativo o funcional frecuente y sostenido puede generar dependencia. En 2011, se informó que las anfetaminas eran la droga principal en aproximadamente el 5% de todas las solicitudes de tratamiento en la Unión Europea.[53] Más recientemente, el OEDT informó que en 2017 alrededor de 30.000 clientes que ingresan a un tratamiento especializado en drogas en Europa informaron que las anfetaminas eran su principal droga. En Alemania, Letonia, Polonia y Finlandia, las personas que consumían principalmente anfetaminas representaron más del 15% de los que ingresaron al tratamiento por primera vez.[54] Las admisiones a tratamiento también han aumentado considerablemente para consumo de metanfetamina en otras partes del mundo, incluida Tailandia, donde las admisiones se duplicaron de 87.659 en 2009 a 172.847 en 2017.[55]

Las anfetaminas fumadas e inyectadas pueden ocupar un perfil similar a la heroína inyectada o al crack fumado entre las poblaciones marginadas y sin hogar con múltiples vulnerabilidades. El hecho de que la metanfetamina se fabrique fácilmente utilizando guías de cocina en línea y productos de fácil obtención (incluida la efedrina o la pseudoefedrina en los remedios para el resfriado de venta libre) la ha hecho especialmente disponible para los grupos marginados de bajos ingresos. La facilidad de producción, la demografía del mercado y los mayores riesgos de uso ayudan a explicar la diferente reputación que tiene en comparación con el sulfato de anfetamina a pesar de sus similitudes en términos de efectos farmacológicos. La anfetamina tiende a tener un perfil mediático y cultural relativamente bajo en comparación con la metanfetamina, incluso en Europa, donde su uso es mucho más frecuente.

Las personas con patrones problemáticos a largo plazo de consumo de estimulantes y opioides a menudo pueden usar anfetaminas como parte de una combinación de drogas, ya sea mezcladas o usadas en secuencia. En 2017, la red European Syringe Collection and Analysis Project Enterprise (ESCAPE) encontró rastros de estimulantes (cocaína, anfetaminas y catinonas

53 EMCDDA y Europol (2011). Anfetamina: una perspectiva de la Unión Europea en el contexto global. p.21. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/621/EMCDDA-Europol_Amphetamine-joint-publication_319089.pdf

54 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos 2019. p.52. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

55 UNODC (2019). Actualización inteligente global, volumen 22. El mercado de ETA — 10 años después del Plan de Acción de 2009. p.11. www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf

Las anfetaminas fumadas e inyectadas pueden tener un perfil similar al de la heroína inyectada o el crack fumado entre poblaciones marginadas y sin hogar con múltiples vulnerabilidades

sintéticas) en una alta proporción de las 1.288 jeringas desechadas analizadas en seis ciudades europeas, donde la mitad de las jeringas contenían dos o más drogas; más comúnmente una mezcla de estimulante y opioide.[56] La UNODC también informa sobre la creciente escala del "uso de metanfetamina en combinación con opioides" en Afganistán e Irán.[57] En los EE. UU., una encuesta de 2015 de personas que se inyectan drogas encontró que la mitad se había inyectado tanto metanfetamina como heroína durante los últimos 12 meses, considerablemente más que aquellos que se habían inyectado solo una de las dos drogas. Esta tendencia ha correspondido con un aumento dramático de las sobredosis entre quienes se inyectan heroína y metanfetamina.[58]

Riesgos

Riesgos agudos

La toxicidad subaguda puede manifestarse como efectos desagradables más comunes, pero generalmente manejables, que incluyen aumento de la frecuencia cardíaca, agitación, confusión, paranoia, impulsividad y agresión. Tales efectos se asocian más comúnmente con el uso fumado o inyectado, donde el inicio es mucho más rápido y la dosis tiende a ser mayor.

Debido a que la anfetamina contrae los vasos sanguíneos, aumenta la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal, presenta riesgos cardíacos potencialmente graves en dosis altas, con riesgos aumentados por

56 EMCDDA (2019). Drogas en jeringas de seis ciudades europeas. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11287/20191061_TD0119176ENN_PDF.pdf

57 UNODC (2018). Actualización inteligente global, volumen 2, La metanfetamina sigue dominando los mercados de drogas sintéticas. p.8. www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

58 Al-Tayyib, A. et al. (2017). "Inyección de heroína y metanfetamina: un patrón emergente de consumo de drogas". *Substance Use and Abuse* 52.8. pp.1051–1058. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28323507/; UNODC (2018). Actualización inteligente global, Volume 20. La metanfetamina sigue dominando los mercados de drogas sintéticas. p.13. www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

el inicio rápido de los efectos asociado con fumar o inyectarse. Los dolores de pecho, palpitaciones, taquicardia e hipertensión son las quejas más frecuentes entre los consumidores de anfetaminas que acuden a los servicios de urgencias y accidentes. Las muertes por accidentes cerebrovasculares o ataques cardíacos inducidos por anfetaminas son raras, pero pueden ocurrir cuando se usan en dosis altas, particularmente cuando se mezcla con otras drogas, o cuando lo usan personas con vulnerabilidades de salud particulares. Un estudio de 2008 estimó que el uso de anfetaminas era responsable del 0,2% de los ataques cardíacos en el estado estadounidense de Texas.[59]

Tomadas en dosis suficientemente altas, las anfetaminas pueden inducir una psicosis transitoria inducida por fármacos que a veces dura días o semanas. Los síntomas psicóticos pueden incluir pensamientos o delirios paranoicos y alucinaciones. Las personas con antecedentes familiares o preexistentes de problemas de salud mental son más vulnerables.

La Encuesta Mundial sobre Drogas de 2019, reportó que la metanfetamina es la segunda droga más prevalente relacionada con las personas que buscan tratamiento médico de emergencia (detrás de la heroína), mientras que las anfetaminas en general ocuparon el octavo lugar. Los resultados de la encuesta también indican una división por género: si bien la metanfetamina fue también la segunda droga más prevalente entre las mujeres que buscan tratamiento, fue la cuarta para los hombres.[60]

Riesgos crónicos

Las anfetaminas tienen un efecto reforzador similar a la cocaína y presentan un riesgo relativamente alto de que las personas desarrollen patrones de consumo dependientes o compulsivos. La metanfetamina cristalina es generalmente más pura y se inyecta o fuma con más frecuencia que otras formas de anfetamina, por lo que tiene un mayor potencial de dependencia (aunque, como se señaló, esto no es fundamental para las farmacologías relativas más allá de su mayor potencia). La interrupción del uso intensivo de anfetaminas puede crear síntomas de abstinencia, que incluyen depresión grave, letargo y ansiedad.

59 Westover, A. N., Nakonezny, P. A. Haley, R. W. (2008). "Infarto agudo de miocardio en adultos jóvenes que abusan de las anfetaminas". *Drug and Alcohol Dependence* 96.1. pp.49–56. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871608000641?via%3Dihub

60 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J., et al. (2019). Encuesta Mundial de Drogas: Informe de hallazgos clave. pp.20–21. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

Anfetaminas: riesgos y vulnerabilidades clave

Riesgos y vulnerabilidades	Indicaciones para la reducción y regulación de daños
Juventud — aumento de los riesgos agudos	• Retrasar la edad de inicio como objetivo de prevención / salud pública • Implementar controles de acceso por edad a nivel minorista • Dirigir la información relevante a poblaciones jóvenes vulnerables, novatas
Dosis — las dosis más altas se asocian con riesgos elevados de daños agudos	• Educar a los usuarios, especialmente a los principiantes, sobre los efectos y riesgos de la dosis. • Poner a disposición de las personas asesoramiento personalizado antes y durante la compra, y en los entornos de uso (incorporando factores que incluyen: masa corporal, sexo, condiciones de salud preexistentes, entorno de uso, estado de usuario novato, etc.) • Asegurar que todas las personas que consumen anfetaminas sepan cuánto están tomando (y biodisponibilidad: velocidad de inicio de las diferentes preparaciones) mediante productos claramente etiquetados. • Priorizar la disponibilidad de productos orales de menor potencia y liberación más lenta
Frecuencia de uso — una mayor frecuencia aumenta el riesgo de daños crónicos	• Educar a las personas que consumen anfetaminas sobre los efectos, la tolerancia y los riesgos crónicos; fomentar la moderación y dejar suficiente tiempo entre usos. • Disponibilidad de raciones para uso moderado
Preparación / métodos de administración (influenciados por las preparaciones disponibles) — inicio más rápido asociado con la inhalación. Fumar (metanfetamina) e inyectarse aumenta los riesgos agudos y crónicos	• Utilizar controles de disponibilidad para fomentar el uso de productos orales más seguros que los polvos (sujetos a inhalación / inyección) o cristales
Sobrecalentamiento — (deshidratación y toxicidad del agua)	• Aprovechar las oportunidades disponibles (en el punto de venta y en los entornos de uso) para proporcionar información básica sobre reducción de daños sobre el manejo de la temperatura corporal. • Establecer la regulación y el seguimiento de los entornos de vida nocturna y otros entornos de fiesta para garantizar una ventilación adecuada, espacios para relajarse, suministro gratuito de agua, servicios de bienestar / médicos, etc. • Animar a las personas a cuidar a sus amigos, educar sobre las señales de advertencia y los cuidados básicos • Reducir el estigma / las barreras para acceder a los servicios médicos • Asegurar un suministro adecuado de agua gratuita • Brindar consejos sobre cómo regular la hidratación como parte de la reducción de daños
Uso de múltiples drogas	• Explorar vida nocturna/espacios de fiesta con poco consumo de alcohol (o sin alcohol) • Dirigir la educación sobre reducción de daños sobre riesgos específicos de consumir múltiples drogas

El uso intensivo o prolongado de anfetaminas también puede asociarse con una variedad de afecciones de salud mental que incluyen psicosis, depresión, comportamiento suicida, ansiedad y agresión.[61] El consumo de anfetaminas a largo plazo puede contribuir al riesgo de enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares.

Los efectos supresores del apetito de la anfetamina pueden conducir a la pérdida de peso entre los consumidores habituales y contribuir al descuido general de la salud. La mala salud dental, a veces representadas de manera perjudicial en las historias escandalosas de los medios como "boca de metanfetamina", está más relacionada con la negligencia que con cualquier efecto farmacológico específico de la metanfetamina (no se informa como un problema para las personas que reciben prescripciones diarias controladas de anfetamina o metanfetamina).

Existe evidencia de estudios en humanos y animales de que el uso prenatal de anfetaminas puede aumentar el riesgo de resultados adversos en el embarazo, incluidas hendiduras, anomalías cardíacas y déficits de reducción del crecimiento fetal.[62]

Modelo de regulación propuesto

Al igual que la cocaína, el consumo de anfetaminas abarca una amplia gama de productos, comportamientos de consumo y riesgos (los tres niveles de riesgo identificados en el Capítulo 2), por lo que se necesitará una gama igualmente amplia de respuestas políticas. El uso funcional más extenso de anfetaminas en los entornos laborales requiere una consideración específica, junto con su uso recreativo en entornos sociales, y los usos dependientes y de mayor riesgo, particularmente cuando se fuman o se inyectan.

En el extremo inferior del espectro de riesgo, la efedra, incluidas la efedrina y la pseudoefedrina, es el equivalente de anfetamina más cercano a los productos de hoja de coca. Se ha utilizado durante mucho tiempo como medicina herbal

61 Darke, S., Kaye, S., McKetin, R. y Duflou, J. (2008). "Principales daños físicos y psicológicos del consumo de metanfetamina". *Drug and Alcohol Review 27*, págs. 253–62. doi.org/10.1080/09595230801923702

62 Plessinger, M.A. (1998). "Exposición prenatal a anfetaminas. Riesgos y resultados adversos en el embarazo". *Obstet Gynecol Clin North Am.* 25.1. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547763

y estimulante suave en Asia, más comúnmente como té. Incluso si se vende o comercializa como un producto de marca sin una licencia, el té de efedra probablemente tenga menos relevancia como sustituto de reducción de daños potenciales de la anfetamina farmacéutica que el que tienen los productos de hoja de coca para la cocaína en polvo. Tiene una variabilidad significativa en el contenido activo y plantea mayores preocupaciones sobre los riesgos cardiovasculares relacionados con el uso regular que otras sustancias de nivel 1 de riesgo como la hoja de coca o las bebidas con cafeína.

La efedrina farmacéutica estaba, hasta hace relativamente poco, disponible sin receta médica en forma de píldora en las farmacias de muchos países. A pesar de ser utilizado como estimulante funcional, nunca logró más que un mercado relativamente nicho y de un uso poco común como droga recreativa a pesar de estar económica y legalmente disponible (posteriormente ha estado sujeta a controles mucho más estrictos debido a preocupaciones sobre su uso en la fabricación de la metanfetamina).

La mayor parte de la demanda de anfetaminas se satisface de manera más práctica a través de variantes de productos en forma de píldora oral de menor riesgo. Proponemos que dichos productos se regulen de manera más apropiada utilizando el modelo estándar como se describe en el Capítulo 2, con adaptaciones determinadas localmente y específicas al producto que se exploran a continuación.

En el extremo de mayor riesgo del espectro, las anfetaminas inyectadas o la metanfetamina fumada presentan desafíos similares a los asociados con la cocaína inyectada o el crack fumado. No proponemos un modelo minorista de productos de anfetamina fumables o inyectables, sino que sugerimos que dicho uso se gestione dentro de un marco integral de reducción de daños, que puede incluir prescripciones sustitutivas o de mantenimiento (explorado en el Capítulo 7).

Controles de preparación

Formulario

Proponemos que, como punto de partida, la dexanfetamina estaría disponible para la venta minorista únicamente en forma de píldora o cápsula. Si bien una

proporción sustancial del mercado ilegal de anfetaminas en algunas regiones está en forma de polvo (aunque gran parte de esto, de hecho, se toma por vía oral), las píldoras tienen claras ventajas de seguridad en términos de higiene, control de dosis y moderación de la velocidad de aparición, así como en la reducción del riesgo de adulteración. Un objetivo clave de la regulación sería satisfacer la demanda en la medida de lo posible al tiempo que se fomenta un uso oral más seguro que los métodos de mayor riesgo como inhalar, fumar o inyectarse.

La mayor parte de la demanda de anfetaminas se satisface de manera más práctica a través de variantes de productos en forma de píldora oral de menor riesgo

Si la dexanfetamina estuviera disponible en forma de píldora, no sería necesario hacer que la metanfetamina también estuviera disponible en esa presentación, dado que los efectos subjetivos son en gran medida indistinguibles cuando se ajustan a la potencia relativa y la duración de la acción. Además, ya hay una variedad de preparaciones de dexanfetamina disponibles en forma de píldora para uso médico generalizado, dentro de parámetros de seguridad bien establecidos. También existen otras opciones de píldoras en preparaciones que no se pueden triturar en un polvo, al igual que preparados profármacos de lisdexanfetamina que son ineficaces si se inyectan.

Dosis

Ya existe una gama de preparaciones de dexanfetamina en diferentes dosis, que generalmente oscilan entre 5 y 20 miligramos (aunque también se encuentran disponibles algunas preparaciones de dosis más altas), y ofrecen diferentes niveles de liberación controlada, proporcionando un efecto que puede durar cuatro horas como mínimo y hasta 12 horas para algunas preparaciones de liberación lenta. La dosis y la preparación adecuadas para un consumidor determinado dependerían de lo que busquen de la droga. Es probable que una preparación de acción más corta con un inicio más rápido sea más deseable para uso en fiestas recreativas, mientras que se podría buscar un producto de liberación lenta y dosis más baja para usos funcionales. La salud y las circunstancias de los consumidores individuales también serán variables importantes. Comprender estos problemas y poder responder a las preguntas que surgen es precisamente la razón por la que la farmacia especializada en el

corazón del modelo estándar es tan útil: ofrece la oportunidad de educar a los consumidores, informar la toma de decisiones, fomentar comportamientos menos riesgosos y reducir daños.

Controles de precios

Las anfetaminas son baratas de producir en grandes cantidades, lo que se refleja en su bajo precio en los mercados médicos legales y no médicos ilegales. La metanfetamina es generalmente más cara. Los precios varían ampliamente en el mercado ilegal, pero pueden superar los $100 por gramo, aunque generalmente brindan una pureza mucho mayor que la dexanfetamina.[63] Las píldoras de metanfetamina en el sudeste asiático, por el contrario, pueden estar disponibles por tan solo 2 dólares en el mercado ilegal.[64]

El precio de la dexanfetamina legal para uso no médico debería reflejar los bajos precios actuales en el mercado ilegal y la alta disponibilidad debido al uso médico generalizado. Si bien se podría suponer un sobreprecio para un producto legalmente regulado de procedencia conocida, cuanto más se elevara el precio por encima de los niveles existentes del mercado ilegal, mayor sería el incentivo para que los mercados ilegales lo subcotizaran o para que los suministros prescritos se desvíen a mercados secundarios. Los bajos precios de las anfetaminas en la actualidad sugieren que los cambios de precios pueden tener impactos relativamente menores en los niveles de uso, particularmente para los usuarios poco frecuentes.

Es probable que un factor más importante sea el precio en relación con las alternativas: más obviamente, la cocaína, para la cual la anfetamina se considera a menudo un sustituto presupuestario. Esto pone de relieve cómo el precio de los estimulantes no se realiza de forma aislada; al fijar el precio de las anfetaminas, el precio de la cocaína debe considerarse al mismo tiempo. Mantener una disparidad de precios entre la cocaína y la anfetamina sería útil para alentar el uso de anfetaminas orales en lugar de la cocaína inhalada. Tales consideraciones también pueden tener implicaciones para la secuencia de cómo y cuándo los diferentes estimulantes estén disponibles legalmente.

63 Ver: EMCDDA (2019). Boletín estadístico 2019 — precio, pureza y potencia. www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/ppp

64 UNODC (2018). Actualización inteligente global, volumen 20. La metanfetamina sigue dominando los mercados de drogas sintéticas. p.11. www.unodc.org/documents/scientific/Global_Smart_Update_20_web.pdf

En el corto plazo, y en común con otros estimulantes, proponemos que los precios legales del mercado comiencen cerca de los precios equivalentes del mercado ilegal local y solo cambien en pequeños incrementos con el propósito de cumplir con los objetivos de la regulación, sujetos a un cuidadoso seguimiento. Se podrían preferir productos menos potentes al hacerlos comparativamente menos costosos.

Racionamiento

En primer lugar, las ventas de pastillas de dexanfetamina deben limitarse a cantidades de un solo uso por compra. La dosis específica de un solo uso se determinaría en discusión entre el consumidor y el minorista de farmacia especializada, pero podría ser razonablemente 4 × 10 miligramos de píldoras para uso recreativo para permitir diferentes calibraciones de dosis, o una sola píldora de liberación lenta para otros propósitos más funcionales. Si las preocupaciones sobre el almacenamiento o las ventas secundarias no se materializan, se podrían explorar umbrales de racionamiento menos restrictivos.

Como se discutió en otra parte, si bien un modelo de licencia de comprador ayudaría en la implementación de límites de compra, conlleva numerosas consideraciones. Un esquema de licencia de comprador brindaría a los reguladores una mayor capacidad para combatir el desvío de anfetaminas para ventas secundarias, y también podría ayudar a administrar las ventas a personas que usan anfetaminas con fines funcionales, que pueden requerir mayores cantidades de compra (más en línea con una receta médica modelo, para el cual los usuarios diarios pueden recibir habitualmente más de 30 píldoras). Los umbrales de racionamiento más altos para estos consumidores podrían estar condicionados a presentarse de manera regular con el minorista farmacéutico o a una revisión médica anual. Sin embargo, cualquier beneficio del racionamiento sería gravemente menoscabado si las licencias de comprador disuadieran a las personas que usan anfetaminas de suscribirse a un modelo de este tipo en primer lugar y, en cambio, optaran por seguir comprando en el mercado ilegal.

CASO DE ESTUDIO

BZP: La innovadora regulación de un estimulante legal

La "BZP" (bencilpiperazina) es una droga estimulante sintética que saltó a la fama en Nueva Zelanda a principios y mediados de la década de 2000. Fue una de una nueva ola de sustancias psicoactivas novedosas (NSP), aún no prohibidas por las leyes nacionales o internacionales en muchas jurisdicciones, y posiblemente la primero en lograr una presencia sostenida en el mercado. Fue ampliamente comercializada como una droga de fiesta *legal* con efectos similares al éxtasis, aunque objetivamente sus efectos son más similares a los de las anfetaminas.[65] Los productores también la promovieron como una alternativa legal más segura a la metanfetamina, cuyo uso estaba aumentando en Nueva Zelanda en ese momento en medio de una creciente preocupación pública. A menudo combinado con TFMPP (3-trifluorometilfenilpiperazina, otro fármaco relacionado de la familia de las piperazinas), el BZP se vendía en forma de píldora bajo "marcas atractivas como 'Frenzy', 'Rapture' y 'Charge'".[66]

BZP también tuvo un breve período de popularidad entre los jóvenes de otros países, incluido el Reino Unido, donde estaba disponible en *head shops*, proveedores en línea y en los puestos de festivales y clubes, más comúnmente bajo la marca "píldoras de ánimo".[67] Sin embargo, su alta prevalencia de uso en Nueva Zelanda fue un fenómeno único; entre 2002 y 2006, se vendieron aproximadamente 20 millones de píldoras combinadas de BZP y TFMPP. Estableciendo un patrón para muchos NPS que siguieron, la BZP se vendió inicialmente de manera errónea como un "suplemento dietético" para evitar posibles enredos legales con la legislación sobre drogas. Como resultado, se vendió ampliamente en minoristas de bebidas alcohólicas, estaciones de servicio y tiendas de conveniencia, con pocas o ninguna restricción en la

65 Comisión Legislativa (2011). Controlando y regulando las drogas: Una revisión de la Ley de Uso Indebido de Drogas de 1975. Informe 122. p.56. https://www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20R122.pdf

66 Kerr, J.R. y Davis, LS. (2011). "Bencilpiperazina en Nueva Zelanda: breve historia e implicaciones actuales". *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. pp.156–158. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036

67 Ver: Transform Drug Policy Foundation (2006). Piperazinas: cómo regular una droga recreativa emergente que no está cubierta por la legislación existente.
Archivado en: web.archive.org/web/20080705141918/www.tdpf.org.uk/Policy_General_Piperazines.htm

publicidad o requisitos de edad de compra, más allá de los controles voluntarios limitados propuestos por los fabricantes de productos.[68]

BZP se autorregula en sus efectos, con los efectos secundarios desagradables en dosis más altas, cuando se vuelve a dosificar o cuando se usa con demasiada frecuencia, lo que sirve para un uso moderado y previene el desarrollo de patrones de uso de alta intensidad más riesgosos. Los efectos adversos más graves relacionados con el uso de BZP parecían "estar limitados a una minoría de usuarios en circunstancias particulares, así como relacionados con una serie de otros factores", como el multi consumo y las dosis incorrectas.[69]

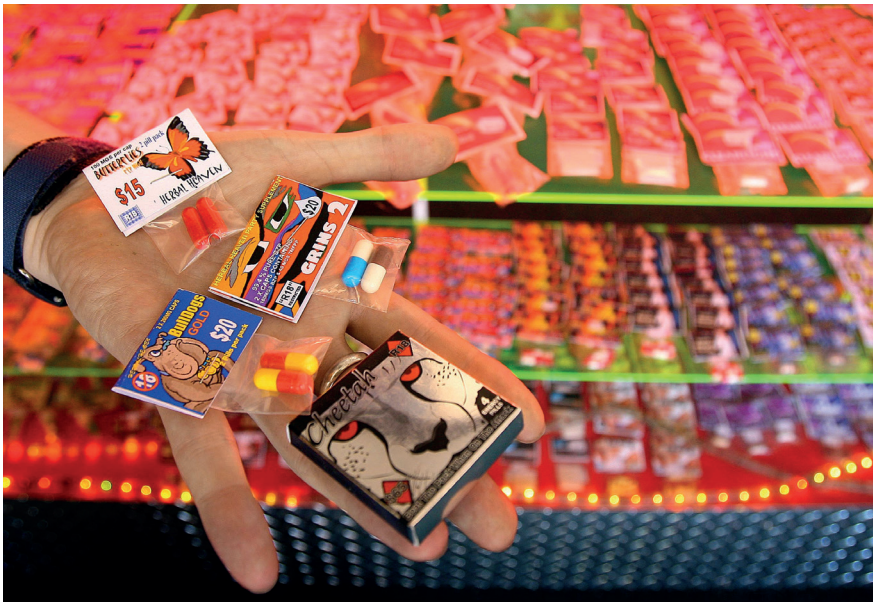
Regulación de BZP

A pesar de su menor nivel de riesgo en comparación con otros estimulantes, estaba claro que la ausencia de una regulación formal de medicamentos para BZP no era sostenible. En 2004, el Comité Asesor de Expertos en Drogas del Gobierno de Nueva Zelanda (EACD) revisó el BZP y concluyó que era de bajo riesgo; no ha habido muertes relacionadas con BZP y tiene un bajo potencial de dependencia. El Comité señaló que:

> *...el desafío para los profesionales de la salud pública y los reguladores es cómo responder a estas nuevas sustancias de una manera que promueva la salud pública al tiempo que protege los derechos individuales...*
>
> *Cuando se distribuyó por primera vez, este fue un enfoque que permitió a los usuarios salir del mercado ilícito con sus riesgos inherentes y los medicamentos a menudo de mala calidad. Se está produciendo la sustitución de ilícitos por piperazinas, sobre todo entre usuarios que temen el daño a sus vidas que traería una condena y que también desean normalizar la transacción necesaria para comprar la sustancia recreativa de su elección. Sin embargo, al no estar regulados en*

68 Comité Asesor de Expertos en Drogas (2004). Asesoramiento al Ministro sobre: Bencilpiperazina (BZP). p.7. Archivado en: web.archive.org/web/20060526032716/www.ndp.govt.nz/committees/eacd/BZPpaper20045663.pdf

69 Hutton, F. (2016). "BZP — 'Pastillas de fiesta', populismo y prohibición: exploración de debates globales en el contexto de Nueva Zelanda". *Journal of the Royal Society of New Zealand*. p.14. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004865816638906



Una selección de "pastillas de fiesta" de BZP
venta en Nueva Zelanda en la década de 2000
FOTO: NZ Drug Foundation

> *este momento, se están promoviendo dentro del mercado libre, que tiene la generación de ganancias como motor. A diferencia de los nuevos alimentos o los nuevos medicamentos, estos productos se comercializan sin evaluaciones científicas de seguridad adecuadas porque no es necesario que el distribuidor solicite la aprobación regulatoria previa a la comercialización a una agencia reguladora.*[70]

Con base en este informe, el gobierno de Nueva Zelanda tomó la decisión de regular legalmente BZP, en lugar de prohibir y correr el riesgo de una mayor criminalización de los jóvenes y la desviación hacia estimulantes del mercado ilegal más riesgosos. La legislación sobre drogas existente de Nueva Zelanda fue enmendada para establecer un nuevo Anexo 4, (informalmente conocido como "Clase D", ya que se adjuntó al sistema de clasificación ABC de tres niveles existente modelado en la Ley de Uso Indebido de Drogas del Reino Unido) según el cual la venta de drogas que presentan "un riesgo de

70 Comité Asesor de Expertos en Drogas (2004). Asesoramiento al Ministro sobre: Bencilpiperazina (BZP). Archivado en: web.archive.org/web/20060526032716/www.ndp.govt.nz/committees/eacd/BZPpaper20045663.pdf. p.8.

daño menor que moderado" podría regularse legalmente bajo condiciones específicas.[71] La legislación otorgó a la EACD la responsabilidad legal de hacer recomendaciones sobre las sustancias que deben incluirse. Esto significaba que, en teoría, otras NSP podrían regularse como medicamentos de la Lista 4. Sin embargo, BZP fue el único fármaco que se incluyó.[72]

La nueva legislación estableció requisitos legales en relación con la venta de medicamentos de la Lista 4, que incluyen:

- Controles de edad del comprador (no venta a personas menores de 18 años)
- Dónde se podría vender la droga (por ejemplo, no cerca de las escuelas)
- En qué dosis, concentraciones y cantidades se podría vender (según una evaluación de riesgos)
- Restricciones a la publicidad (por ejemplo, ninguna en televisión, radio o periódico)
- Requisitos de embalaje y etiquetado
- Requisitos de almacenamiento del producto y cuánto se podría almacenar en cada ubicación
- Información que se debe proporcionar al cliente en el punto de venta (incluyendo información sobre posibles interacciones con otras drogas y medicación)[73]

Los requisitos para los proveedores, fabricantes e importadores incluían garantías sobre la dosis, la calidad y el contenido del producto, el mantenimiento de registros de los controles y la demostración de la capacidad para retirar productos si fuera necesario. La promoción estaba prohibida y se castigaba con multas de hasta $10,000. También se establecieron disposiciones para que las

71 Comisión Legislativa (2010). Control y regulación de drogas. Documento temático 16. p.82. https://www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20IP16.pdf; Legislación de Nueva Zelanda (2005). Ley sobre el Uso Indebido de Drogas. Ley No 81. www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html

72 Comisión Legislativa (2011). Control y regulación de drogas: revisión de la ley de 1975 sobre el uso indebido de drogas. Informe 122. p.92. www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20R122.pdf

73 Legislación de Nueva Zelanda (2005). Ley sobre el Uso Indebido de Drogas de 2005. Ley No 81. Parte 3 (derogada). www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html

personas (o empresas) no puedan participar en la industria si son condenadas dos veces por un delito bajo esta Ley.[74]

Desafíos emergentes

Las regulaciones que controlan BZP fueron bien intencionadas y abordaron preocupaciones regulatorias importante, pero fueron inadecuadas en áreas clave. No establecieron requisitos para que las personas estuvieran capacitadas o autorizadas antes de poder vender el producto. La BZP siguió estando ampliamente disponible en una variedad de puntos de venta, incluidos los minoristas de alcohol y las estaciones de servicio, mal equipados para proporcionar información importante sobre la salud del producto. Más grave quizás, las regulaciones tal como existían a menudo se aplicaban deficientemente. La publicidad siguió estando frecuentemente en vallas publicitarias, folletos, sitios web y mediante patrocinios. Muchos productos disponibles incumplían los requisitos de dosificación, con poca respuesta regulatoria. El uso de BZP se mantuvo alto durante el período del mercado regulado pero, a pesar de esto, hubo algunos indicios de éxito: un estudio que encuestó a personas que habían usado BZP antes de la regulación encontró que el 9% lo había dejado desde entonces porque eran demasiado jóvenes para comprarlo, lo que indica el éxito de los controles de edad.[75]

Según las actas de la reunión de la EACD, la "ausencia de una capacidad de administración y aplicación significativa como la que existe para los productos farmacéuticos y las drogas legales, el tabaco y el alcohol" fue una de sus principales preocupaciones para la viabilidad continua del modelo de regulación legal.[76] Como resultado de las crecientes preocupaciones prácticas y políticas, en 2006, la EACD examinó "nuevas pruebas" y determinó en una carta al Ministro "que, sobre la base de la información disponible, la BZP planteaba un 'riesgo moderado' y debería reclasificarse como Sustancia controlada de clase C1

74 Legislación de Nueva Zelanda (2005). Ley sobre el Uso Indebido de Drogas de 2005. Ley No 81. §42, §52 y §54 (derogada).www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0081/latest/DLM356224.html

75 Wilkins, C. y Sweetsur, P. (2013). "El impacto de la prohibición de bezylpiperazina (BZP) 'altas legales' en la prevalencia de BZP, nuevas altas y legales otros usos de droga en Nueva Zelanda". *Drugs and Alcohol Dependence* 127. p.76. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22819869/

76 Comisión Legislativa (2010). Control y regulación de drogas. Documento temático 16. págs. 136, 161. www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20IP16.pdf

(equivalente al cannabis): por ello, la venta o posesión de BZP se volvió ilegal".[77] Esta carta fue criticada por referirse a una investigación no revisada por pares y por preocupaciones sobre el proceso de toma de decisiones de la EACD.[78]

La EACD reiteró su posición el año siguiente, luego de que el Ministro de Salud Asociado presentara un proyecto de ley recomendando la reclasificación de BZP a la Clase C1.[79] Las discusiones clave durante las lecturas del proyecto de ley estuvieron más en línea con las narrativas prohibicionistas históricas que las que habían informado al pragmatismo inicial de la EACD, incluyendo: preocupaciones de que la BZP podría tener un "efecto de puerta de entrada"; que estaba demasiado disponible para los jóvenes; y que estaba contribuyendo a una "cultura de tomar pastillas" más amplia en Nueva Zelanda. El compromiso con una narrativa alternativa, explorando las posibilidades de una mejor aplicación de las regulaciones existentes o una mejora de ellas, estuvo en gran parte ausente.[80] En 2008, se aprobó una enmienda para reclasificar la BZP como una droga prohibida de Clase C.[81]

Lecciones aprendidas

La Asociación de Policía de Nueva Zelanda ha argumentado que la prohibición de BZP, tal como fue promulgada por su reclasificación, condujo a un aumento del precio en la calle y a una menor disponibilidad.[82] Esto es corroborado por un estudio que encontró que la reducción en la prevalencia del uso de BZP el año pasado cayó de 15.3% a 3.2% entre 2006 y 2009 (aunque esto incluye el período

77 Kerr, JR y Davis, LS (2011). "Bencilpiperazina en Nueva Zelanda: breve historia e implicaciones actuales". *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036

78 Hutton, F. (2016). "BZP — 'Pastillas de fiesta', populismo y prohibición: exploración de debates globales en el contexto de Nueva Zelanda". *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 0.0. p.14. journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004865816638906

79 Kerr, JR y Davis, LS (2011). Bencilpiperazina en Nueva Zelanda: breve historia e implicaciones actuales. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036

80 Hutton, F. (2016). "BZP — 'Pastillas de fiesta', populismo y prohibición: exploración de debates globales en el contexto de Nueva Zelanda". *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 0.0. págs. 8, 12, 14. journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004865816638906

81 Kerr, JR y Davis, LS (2011). Bencilpiperazina en Nueva Zelanda: breve historia e implicaciones actuales. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 41.1. p.160. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03036758.2011.557036

82 Comisión Legislativa (2011). Controlando y regulando las drogas: Una revisión de la Ley de Uso Indebido de Drogas de 1975. Informe 122. p.103. www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20R122.pdf

durante el cual BZP estuvo regulado). El 43% de las personas encuestadas dijeron que dejaron de usar BZP porque la droga ahora era ilegal, y un 24% más porque ya no sabían dónde comprarla.[83]

Sin embargo, no está claro si las reducciones en el uso se debieron principalmente a la prohibición del suministro o al colapso de la demanda, ya que muchos consumidores simplemente volvieron a otros mercados de drogas estimulantes ilegales establecidos después de la prohibición de BZP. Existe evidencia de que la atracción al BZP se debió significativamente a su estatus legal (antes y durante la regulación) en relación con los estimulantes ilegales alternativos, más que a que se prefirieran sus efectos.[84] A diferencia de la mefedrona (otro estimulante de NPS disponible brevemente como "euforia legal" en muchas jurisdicciones), el uso de BZP ha desaparecido casi por completo donde ha sido prohibido, casi sin demanda residual del mercado ilegal.

El caso de BZP en Nueva Zelanda proporciona un ejemplo importante de cómo la regulación legal de un estimulante para uso recreativo puede reducir algunos riesgos y no conduce inevitablemente a un desastre, incluso cuando se implementa de manera inadecuada. Las personas pueden elegir racionalmente un medicamento regulado más seguro en lugar de uno no regulado más riesgoso, aunque los efectos sean menos deseables. Sin embargo, también muestra cómo, para ser eficaz, la regulación debe estar bien diseñada y cumplirse adecuadamente. La regulación BZP, por el contrario, se consideró deficiente. La incapacidad del sistema regulatorio para evolucionar en respuesta a sus evidentes debilidades produjo resultados subóptimos y permitió que emergieran percepciones negativas, creando a su vez el espacio para que los oponentes políticos agitaran para que se abandonara el enfoque innovador.

Sin embargo, lo que puede verse como un experimento fallido en algunos aspectos tuvo un impacto duradero en el debate sobre la política de drogas en

83 Wilkins, C. y Sweetsur, P. (2013). "El impacto de la prohibición de bezylpiperazina (BZP) 'altas legales' en la prevalencia de BZP, nuevas altas y legales otros usos de droga en Nueva Zelanda". *Drug and Alcohol Dependence* 127. pp.72–76. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22819869/

84 Wilkins, C., Girling, M., Sweetsur, et al. (2006). Consumo legal de pastillas de fiesta en Nueva Zelanda: Prevalencia de consumo, disponibilidad, riesgos sanitarios y "efectos de escape" de benzylpiperazina (BZP) y trifluoromethylphenylpirazina (TFMPP). Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation. https://www.massey.ac.nz/massey/fms/Colleges/College%20of%20Humanities%20and%20Social%20Sciences/Shore/reports/Legal%20party%20pills%20in%20New%20Zealand%20report3.pdf. p.8.

Nueva Zelanda, lo que llevó a que se convocara una investigación independiente de la Comisión de Derecho. El informe pragmático de la Comisión *Controlling and Regulating Drugs: A Review of the Misuse of Drugs Act 1975* ha reformado el discurso nacional y conducido directamente a la Ley de Sustancias Psicoactivas de 2013, un marco regulatorio integral para las NSP, aprobado por consenso entre partidos, que representa una evolución en el pensamiento regulatorio a partir de las deficiencias del modelo BZP.[85] Si bien esta Ley se ha topado con arenas movedizas políticas, y actualmente está en el purgatorio legislativo, aún así representa un nivel de compromiso con la regulación de medicamentos no médicos que aún no se ha visto en otras partes del mundo.

85 Comisión Legislativa (2011). Controlando y regulando las drogas: Una revisión de la Ley de Uso Indebido de Drogas de 1975. Informe 122. p.103. www.lawcom.govt.nz/sites/default/files/projectAvailableFormats/NZLC%20R122.pdf; Ministro de Salud, Nueva Zelanda. (2019). Regulación de sustancias psicoactivas. www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/psychoactive-substances-regulation

FOTO: iStock



5 Cocaína y productos de coca

Un enfoque de salud pública para la regulación de la cocaína debe centrarse directamente en reducir los daños potenciales asociados con su uso

¿Qué es la cocaína?



Cocaína (base libre)
$C_{17}H_{21}NO_4$

Clorhidrato de Cocaína (sal)
$C_{17}H_{22}ClNO_4$

La cocaína es un estimulante sintético derivado de las hojas del arbusto de coca — Erythroxylum coca y Erythroxylum novogranatense. Las hojas de coca se han utilizado como un estimulante suave durante milenios entre los pueblos indígenas de los Andes y la cuenca amazónica. Constituye la base de una variedad de derivados que varían en intensidad y efectos.

Productos a base de hoja de coca y hoja de coca

La hoja de coca sin procesar puede masticarse (con un álcali como la ceniza de quinua) o consumirse seca en formas ligeramente procesadas como el té. Tiene un leve efecto estimulante (la hoja contiene menos de un 1% de alcaloide de cocaína), sin riesgos significativos conocidos, y algunos beneficios nutricionales y funcionales, como contrarrestar el mal de altura y aumentar la resistencia al trabajo físico.

La coca tiene una larga historia de uso tradicional no problemático entre las poblaciones indígenas andinas. Además de consumirse en forma no procesada, la hoja de coca se puede procesar ligeramente en una variedad de productos con un efecto estimulante suave similar al de masticar la hoja. Estos productos incluyen diversas bebidas, dulces y pastillas, harinas y algunas preparaciones más novedosas. También existe una gama más amplia de productos de coca que no tienen efectos estimulantes.

Polvo de cocaína

El clorhidrato de cocaína es el alcaloide extraído y refinado de la hoja de coca. Se produce tanto legalmente, para uso médico, como ilegalmente, para uso no médico. La cocaína ilegal se corta invariablemente con adulterantes como lidocaína, cafeína, anfetaminas y levamisol, además de agentes de carga. Por tanto, la pureza varía mucho, desde menos del 10% hasta más del 80%.

Su alto punto de fusión significa que la cocaína en polvo no se puede fumar de manera efectiva y se inhala con mayor frecuencia, con un inicio de los efectos a los 2-3 minutos y una biodisponibilidad de alrededor del 30%. Con menos frecuencia, se puede inyectar mezclado con agua, con un inicio de los efectos alrededor de los 30 segundos y una biodisponibilidad del 100%. El uso moderado u ocasional tiene un riesgo relativamente bajo, mientras que el uso frecuente/intenso o por inyección se asocia con una serie de riesgos potencialmente graves, que incluyen sobredosis y dependencia.

Crack de cocaína

El crack es una forma de alcaloide de cocaína “liberado” de la sal de clorhidrato. Es, por tanto, la “base” o “base libre” de la cocaína. El crack se prepara a partir de

polvo de clorhidrato de cocaína mediante un procedimiento simple que implica calentar ("cocinar") la cocaína con bicarbonato de sodio o amoníaco, para crear "rocas" de crack. Luego, estas rocas se pueden fumar (la forma base de la cocaína es volátil a temperaturas mucho más bajas), lo que significa que la velocidad de aparición es mucho más rápida (8-10 segundos) y la intensidad del efecto mucho mayor (pero de duración más corta) que con la inhalación de polvo de cocaína. En consecuencia, los riesgos se intensifican y es más probable que el crack dé lugar a patrones de consumo dependientes, problemáticos o riesgosos que la cocaína en polvo. El crack también se puede preparar para inyección si se mezcla con un ácido, convirtiéndolo de nuevo en una sal de cocaína soluble en agua como el clorhidrato de cocaína

Paco, basuco, base de pasta

Paco, basuco o pasta base (a veces también conocido como crack, o Pasta Base de Cocaína — PBC) es un producto crudo de etapa intermedia en el procesamiento de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína. La pasta base contiene cocaína de base libre (químicamente igual que el crack pero de una etapa anterior en el procesamiento) y se fuma (comúnmente con tabaco o cannabis), pero también incluye productos químicos utilizados en el procesamiento, como queroseno y otros solventes, y adulterantes, incluyendo frecuentemente la cafeína, que se cree que potencia los efectos de la cocaína. El alto nivel de impurezas y adulterantes contribuyen aún más a los altos riesgos asociados con su uso.

La pasta base generalmente se ha asociado con el microtráfico urbano más que con operaciones del crimen organizado a gran escala como la cocaína en polvo. Su precio más bajo también ha contribuido a niveles más altos de consumo entre algunas poblaciones urbanas marginadas de bajos ingresos en las regiones de producción y tránsito de cocaína de América Latina.

Historia

El alcaloide activo (más tarde denominado "cocaína") fue aislado por primera vez en 1855 por Friedrich Gaedcke. A partir de la década de 1880, la cocaína fue promovida como medicamento por las empresas Pfizer y Merck, entre otras. Enviaron muestras a un joven Sigmund Freud, que se convirtió en un converso

temprano y algo así como un evangelista de la cocaína como "droga mágica" para el tratamiento de la depresión. En 1884, Freud publicó Über Coca, describiendo "la emoción más hermosa" al tomarla por primera vez, y un "regocijo y euforia duradera", también destacando la supresión de la fatiga y el hambre.[1] Freud, sin embargo, adoptó una visión menos positiva cuando se enteró de algunos de los posibles efectos secundarios a largo plazo.

Freud también había estado involucrado en el desarrollo de la cocaína como anestésico local (contrae útilmente los vasos sanguíneos y reduce el sangrado) en la cirugía ocular, que continúa hasta el día de hoy. En los Estados Unidos, la cocaína se incluyó en la formulación original de Coca-Cola y se incluyó con entusiasmo en una variedad de medicamentos patentados.

El éxito inicial de la cocaína se debió al hecho de que era una droga médica demostrablemente efectiva en un mercado inundado por aceites de serpiente. Sin embargo, en solo un par de décadas de su producción generalizada, una combinación de factores llevó a las primeras prohibiciones de la cocaína en los EE. UU. Para el cambio de siglo, hubo crecientes pedidos de controles de la cocaína por parte de la profesión médica (así como de los otros dos medicamentos psicoactivos clave a base de plantas que surgieron al mismo tiempo: los opiáceos y el cannabis). Estas demandas fueron impulsadas, en parte, por preocupaciones profesionales legítimas sobre las ventas no reguladas vinculadas al aumento de informes de dependencia y mala salud relacionadas con la cocaína, y buscaban una regulación más estricta de promociones, ventas y reclamos médicos, en lugar de una prohibición total.

Sin embargo, también estaba surgiendo una nueva narrativa politizada sobre la cocaína, impulsada por la xenofobia y los prejuicios raciales. Esta narrativa descaradamente racista fue alimentada por una cobertura noticiosa sensacionalista que vinculaba el consumo de cocaína con el comportamiento violento entre los afroamericanos. Un artículo del *New York Times* de 1914 informó que: "los 'demonios' negros de la cocaína son una nueva amenaza sureña: el asesinato y la locura aumentan entre los negros de clase baja porque han empezado a 'olfatear' desde que se privaron del whisky por la prohibición".[2]

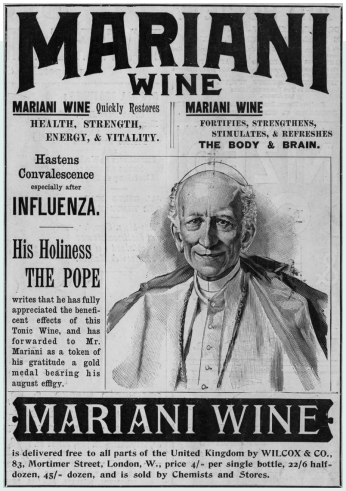
1 Freud, S. (1885). *Über Coca*. M. Perles.

2 Williams, E.H. (1914). '"Los 'demonios' negros de la cocaína son una nueva amenaza sureña". *New York Times* 8 de febrero. www.nytimes.com/1914/02/08/archives/negro-cocaine-fiends-are-a-new-southern-menace-murder-and-insanity.html

Coca Cola

Inventado en 1886, la Coca-Cola originalmente contenía coca, incluyendo una pequeña cantidad de cocaína (aproximadamente 60 miligramos en una botella). Fue creado como una alternativa sin alcohol a bebidas como Mariani Wine (un vino tónico a base de coca), apropiado para una época en la que el movimiento de templanza estaba extendido.[i] La cocaína se retiró en 1903, a medida que aumentaban las preocupaciones por su uso indebido, pero se siguió utilizando el saborizante de coca.

La coca que se usa para hacer este saborizante hoy es comprada a proveedores sudamericanos en Perú por *Stepan Chemicals Company*, que han estado en el negocio desde hace más de 60 años. Son la única empresa con una licencia federal para hacerlo (emitida por la Agencia de Control de Drogas), procesando la hoja importada en un laboratorio en Maywood, Nueva Jersey.[ii]



Anuncio para Mariani Wine
un vino tónico a base de coca

El producto descocainizado luego se envía a la compañía Coca-Cola, mientras que la cocaína extraída se vende a *Mallinckrodt Inc.*, un fabricante farmacéutico de St. Louis que es la única compañía en los Estados Unidos con licencia para purificar el producto para uso medicinal.[iii] Los Países Bajos es el único otro país que actualmente importa hoja de coca y produce saborizante de coca descocainizado y clorhidrato de cocaína medicinal en los últimos años, aunque en volúmenes mucho más pequeños que los EE. UU.: los 200 kilogramos que importó durante 2012 y 2013 para este propósito fueron eclipsados por los 300.000 kilogramos de Estados Unidos durante el mismo período.[iv] La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de la ONU publica anualmente el volumen y el destino de la cocaína producida para uso médico.[v]

Varias marcas de productos más pequeñas también usan saborizante de coca, muchas (a diferencia de Coca-Cola) construyen específicamente su marketing en torno a la hoja de coca como ingrediente, a pesar de que sus bebidas no tienen contenido activo de cocaína derivada de la coca. Estos incluyen *Kdrink* (España), y por un período de tiempo *Red Bull Cola* (descontinuado en 2011), así como varios destilados y licores, como *Agwa* y *Cocalero*.

i Orr, T. (2014). *The Truth About Cocaine (Drugs & Consequences)*. Nueva York: The Rosen Publishing Group, Inc.

ii La separación de la cocaína y el saborizante implica un proceso bastante elaborado en el que la hoja se "muele, se mezcla con aserrín, se empapa en bicarbonato de sodio, se filtra con tolueno, se chorrea al vapor, se mezcla con nueces de cola en polvo y luego se pasteuriza", ver: Universidad de Illinois (1999). The Legal Importation of Coca Leaf, *Class module* 9.3.

iii May, C.D. (1998). "¿Cómo Coca-Cola obtiene su coca?" *New York Times* 1 de julio
https://www.nytimes.com/1988/07/01/business/how-coca-cola-obtains-its-coca.html

iv Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2017). Estupefacientes 2017: Previsiones de las necesidades mundiales para 2018. pp.178–9.
www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf

v Ver nota al pie de página iv. pp.188–9.



Pastilla de cocaína francesa para el dolor de garganta de los años 40
FOTO: Nigel Brunsdon (2020). nigelbrunsdon.com/

El médico autor del artículo sugirió que: "[el 'demonio'] se imagina que escucha a la gente burlándose y abusando de él, y esto a menudo incita a ataques homicidas contra víctimas inocentes y desprevenidas". Estos "demonios" no solo se afirmaba que eran mejores tiradores, sino que también lanzaron el mito de que los estimulantes ofrecen algún tipo de inmunidad sobrehumana a las balas: "las balas disparadas contra partes vitales que dejarían a un hombre cuerdo en su camino, fallan para detener al 'demonio'."[3] Ese mismo año, la Ley Harrison de 1914 prohibió efectivamente la cocaína y el opio.

A pesar de esto, el consumo de cocaína con fines no médicos aumentó en la década de 1920, solo para volver a caer en la década de los 30 cuando aparecieron las anfetaminas en el mercado, proporcionando un estimulante alternativo menos costoso y más fácil de producir con efectos algo similares.[4] El consumo de cocaína se mantuvo relativamente bajo hasta la década de 1960, la década que presenció el surgimiento de una nueva contracultura juvenil en gran parte del mundo desarrollado, asociada con un aumento en el consumo de drogas ilegales.

3 Ver: Williams, E.H. (1914). "Los 'demonios' negros de la cocaína son una nueva amenaza para el sur". *New York Times* 8 de febrero. www.nytimes.com/1914/02/08/archives/negro-cocaine-fiends-are-a-new-southern-menace-murder-and-insanity.html

4 Julien, M. (1997). *A Primer of Drug Action*. Freeman: New York.

Si bien el seguimiento del consumo de drogas antes de la década de 1980 era deficiente, los datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de los EE. UU. (NSDUH) sugieren que el consumo de cocaína en los EE. UU. alcanzó un pico alrededor de 1985, cuando, según los informes, hasta el 3% de la población la consumía, antes de que esta cifra cayera por debajo del 1% en 1990 y fluctuara entre el 0,5 y el 1% desde entonces.[5] Sin embargo, lo que los datos de prevalencia de EE. UU. no revelan es que incluso cuando la popularidad de la cocaína en polvo comenzó a disminuir, los patrones de uso intensivo individual continuaron y surgió el uso del crack de cocaína. Si bien estas tendencias afectaron a una población más pequeña, tuvieron consecuencias sociales y sanitarias más graves. Una forma de cocaína fumable con un inicio más rápido y efectos más intensos, el crack también facilitó la venta de cocaína a costos unitarios más pequeños, haciéndola accesible a un mercado más grande. Un estudio de 1994 de la corporación RAND señaló que:

> *La actual epidemia de cocaína en los Estados Unidos comenzó a fines de la década de 1960, cobró impulso en la de 1970 y sigue siendo fuerte a principios de la de 1990. El número alcanzó su punto máximo a principios de la década de 1980 en alrededor de 9 millones, y ha disminuido gradualmente a un poco más de 7 millones ahora [1994]. Sin embargo, esa tendencia a la baja en el número total de usuarios es engañosa porque una disminución en el número de usuarios ligeros [al menos una vez al año, pero menos de una semana] ha ocultado un aumento en el número de usuarios intensivos [una vez a la semana o más]. Los consumidores habituales consumen cocaína a una tasa aproximadamente ocho veces superior a la de los consumidores ligeros, por lo que la tendencia al alza en el consumo de los consumidores habituales anula aproximadamente la tendencia a la baja de los consumidores ligeros.*[6]

Las reacciones de los medios a la rápida expansión del crack en las décadas de

5 Ver: Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (1985). Encuesta nacional de hogares sobre el uso indebido de drogas, 1985: Libro de códigos. p.18. **www.datafiles.samhsa.gov/study/national-household-survey-drug-abuse-nhsda-1985-nid13542**; Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (1990). Encuesta nacional de hogares sobre el uso indebido de drogas, 1990: Libro de códigos. p.48. **https://www.datafiles.samhsa.gov/dataset/national-household-survey-drug-abuse-1990-nhsda-1990-ds0001**. Consulte también encuestas posteriores sobre el Archivo de datos de salud mental y abuso de sustancias (SAMHSA) desde 1990 hasta el presente: **www.datafiles.samhsa.gov/**

6 Rydell, C.P., Everingham, S.S. (1994). Control de la cocaína: programas de oferta versus demanda. Santa Monica: *RAND.* **www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2006/RAND_MR331.pdf**

1980 y 1990 se hicieron eco de las reacciones a la cocaína en polvo a principios de siglo: ambas estaban, para citar al profesor Carl Hart, "impregnadas de una narrativa de raza y patología" desde el principio.[7] Al igual que con los "adictos a la cocaína" a principios de siglo, el crack se asoció ampliamente en los medios de comunicación y en el discurso político con la violencia y la adicción entre los afroamericanos, mientras que la cocaína en polvo se convirtió en un símbolo del lujo y la opulencia blanca.

El debate sobre el crack se llenó de "un tema codificado de que el crack tenía el potencial de arruinar la castidad de las mujeres blancas".[8] Esta nueva narrativa basada en amenazas incluso fue testigo del regreso de los mitos sobre la invulnerabilidad a las balas. Aunque el racismo manifiesto de la era anterior puede haber sido menos frecuente, la "juventud urbana", los barrios "con problemas", los "centros urbanos" y los "guetos" funcionaban en gran medida como un código racialmente cargado para los afroamericanos en gran parte de los informes de los medios.

En 1986, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Ley contra el Abuso de Drogas, estableciendo penas notorias para el crack 100 veces más severas que para la cocaína en polvo, con una distribución de 5 gramos de crack que atrae una pena mínima de cinco años de prisión federal, en comparación con el umbral de 500 gramos para la cocaína en polvo.[9] Aunque la mayoría de las personas que consumían crack eran blancas, en 2010, un asombroso 85% de los condenados por delitos de crack bajo estas penas eran negros, lo que contribuyó a alimentar la explosión de la población carcelaria, que incluye desproporcionadamente a los afroamericanos encarcelados.[10] Esta disparidad en las sentencias se abordó en parte en 2010, con la administración de Obama legislando para reducir la disparidad de 100: 1 a 18: 1. Como ha observado el profesor Carl Hart, "cien años

7 Hart, C. (2014). "Cómo el mito del 'demonio negro de la cocaína' ayudó a dar forma a la política de drogas estadounidense". *The Nation* 29 de enero. https://www.thenation.com/article/archive/how-myth-negro-cocaine-fiend-helped-shape-american-drug-policy/

8 Dvorak, R. (2000). "Descifrando el código: 'Descodificación' de insultos daltónicos durante los debates del Congreso sobre crack de cocaína". *Michigan Journal of Race and Law* 5.2. p.660. repository.law.umich.edu/mjrl/vol5/iss2/2/

9 Vagins, D. J., McCurdy, J., (2006) Grietas en el sistema: veinte años de la injusta ley federal sobre el crack. ACLU. www.aclu.org/other/cracks-system-20-years-unjust-federal-crack-cocaine-law

10 Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU). (2014). Presentación escrita de la Unión Americana de Libertades Civiles sobre las disparidades raciales en las sentencias Audiencia sobre informes de racismo en el sistema de justicia de los Estados Unidos presentada a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (153 Período de Sesiones). p.5. www.aclu.org/sites/default/files/assets/141027_iachr_racial_disparities_aclu_submission_0.pdf



Clorhidrato de Cocaína
producidos legalmente para su uso médico actual
FOTO: Paravis. bit.ly/3iW15GA. Compartido bajo una licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.en).

después de que el mito del 'adicto negro a la cocaína' ayudó a vender la Ley Harrison al Congreso, su legado sigue vivo".[11]

El objetivo racial de la política de drogas y el uso de la política de drogas para controlar a las poblaciones minoritarias y controlar la disidencia política son bien conocidos entre los historiadores. En 2016, un artículo de la revista *Harper's Magazine* informó de los comentarios supuestamente hechos en una entrevista con John Erlichman, asesor de política nacional de Richard Nixon, que revelaron gran parte de la motivación política detrás de la política de drogas estadounidense, y la famosa declaración de Nixon de una "Guerra contra las drogas" en particular.

11 Hart, C. (2014). "Cómo el mito del 'demonio negro de la cocaína' ayudó a dar forma a la política de drogas estadounidense". *The Nation* 29 de enero. https://www.thenation.com/article/archive/how-myth-negro-cocaine-fiend-helped-shape-american-drug-policy/

> *La campaña de Nixon en 1968, y la Casa Blanca de Nixon después de eso, tenían dos enemigos: la izquierda pacifista y los negros. ¿Entiendes lo que estoy diciendo? Sabíamos que no podíamos convertir en ilegal estar en contra de la guerra o ser negro, sino al hacer que el público asociara a los hippies con la marihuana y a los negros con la heroína, y luego, al criminalizar a ambos fuertemente, podríamos perturbar esas comunidades. Podríamos arrestar a sus líderes, asaltar sus hogares, interrumpir sus reuniones y difamarlos noche tras noche en las noticias de la noche. ¿Sabíamos que estábamos mintiendo sobre las drogas? Por supuesto que sí.*[12]

La cocaína no solo fue prohibida en Estados Unidos, por supuesto. Las preocupaciones derivadas del aumento de la prevalencia y el pánico moral ligado a la estigmatización de las personas que consumen cocaína llevaron a la prohibición mundial de la cocaína y de todos los demás productos derivados de la coca. El hecho de que la prohibición de la cocaína estuviera indisolublemente ligada a otras formas de control social y la marginación de las minorías "peligrosas" no es en modo alguno único: lo mismo ocurre con casi todas las demás drogas y se aplica a la prohibición del alcohol mientras duró.[13] Sin embargo, sirve como un recordatorio adicional de que nuestro enfoque actual de las drogas tiene sus raíces en motivaciones que van mucho más allá y de hecho están completamente desconectadas de la reducción de daños.

La historia de la legislación sobre la cocaína está entretejida con la historia de los prejuicios raciales y la opresión: sirven para demonizar, estigmatizar, así como vigilar y castigar excesivamente a las personas de color. Si bien la prohibición puede parecer, desde una perspectiva, una respuesta racional al aumento de la prevalencia y el daño, las realidades del contexto histórico muestran que surgió en gran parte como un medio tanto para controlar a las minorías dentro de los países como para imponer presión política sobre las regiones productoras.

12 Baum, D. (2016). "Legalizarlo todo: cómo ganar la guerra contra las drogas". *Harper's Magazine* abril de 2016. harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/

13 Nicholls, J. and Berridge, V. (2020). Substance use, dangerous classes and spaces: a historical perspective. en Macgregor, S. y Thom, B. eds. *Risk and substance use: framing dangerous people and dangerous places* . Routledge.



Efectos

La cocaína en polvo tiene características que la hacen atractiva en una variedad de entornos sociales:

- Es de acción relativamente corta, con efectos que se disipan después de 45 minutos a 2 horas, y predecible, lo que hace de la experiencia relativamente fácil de administrar y controlar; no requiere un compromiso importante, a diferencia de la MDMA o las anfetaminas, en las que potencialmente el consumidor se está comprometiendo con una experiencia intensa de 4 a 7 horas
- Proporciona energía, alerta y confianza en entornos sociales y puede contrarrestar los efectos depresores del alcohol
- En dosis moderadas de uso más común, no intoxica visiblemente, por lo que evita la posible mandíbula apretada (“gurning”) o pupilas dilatadas a menudo experimentadas con MDMA o anfetaminas que pueden hacer que el consumo de drogas sea más evidente/visible y sea poco atractivo para aquellos que buscan compartir fotos o videos de sí mismos en salidas nocturnas en las redes sociales

El crack de cocaína, que tiene los mismos efectos que la cocaína en polvo solo que significativamente más intensa y de corta duración, se analiza más adelante en este capítulo.

Los individuos experimentan los efectos de la cocaína de manera diferente, dependiendo de una variedad de variables personales, ambientales y de comportamiento, y los efectos más negativos se hacen evidentes con un uso más intenso (los riesgos agudos y crónicos se analizan a continuación).

Comportamientos del consumo

La cocaína se usa con frecuencia en entornos sociales por sus efectos estimulantes. Estimaciones recientes del EMCDDA sugieren que alrededor de 2,6 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) en la Unión Europea consumieron cocaína en el último año (2,1% de este grupo de edad), con estimaciones nacionales que oscilan entre el 0,2% y el 4,7%.[14] La cocaína es ahora el estimulante incautado con mayor frecuencia en varios países de Europa meridional y occidental.[15] El Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC estima, probablemente de forma conservadora, que hay 19 millones de personas que han consumido cocaína en el último año.[16]

Lo que alguna vez se consideró una droga más exclusiva y glamorosa, sin duda desde la década de 1990, ha penetrado en un conjunto mucho más amplio de entornos demográficos y sociales. Los datos del Reino Unido, por ejemplo, destacan que el consumo de cocaína en el 2000 era dos veces más frecuente en Londres que en otras partes del Reino Unido, pero las tasas se habían igualado una década después.[17] En 2019, aunque Londres seguía consumiendo más cocaína en cantidad que cualquier otra ciudad de Europa,

14 EMCDDA (2019). Reporte Europeo de Drogas: tendencias y desarrollos de 2019. p.15. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf

15 EMCDDA (2018). Informe europeo sobre drogas: tendencias y desarrollos 2018. p.25. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ENN_PDF.pdf

16 UNODC (2020). Folleto 2 del Informe Mundial sobre las Drogas 2020: Consumo de drogas y consecuencias para la salud. p.25. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

17 Observatorio de Salud de Londres (2000, archivado en 2013). Consumo de drogas informado en la Encuesta sobre Crimen Británico 2000. Archivado en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130315185742/www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=7752

Bristol la superó en términos de cocaína consumida por habitante.[18] Sin embargo, no es útil hacer generalizaciones sobre la población que consume cocaína. Como ocurre con todas las drogas, existe una variedad de comportamientos de consumo de cocaína, motivaciones para el consumo y, en consecuencia, daños relacionados con su consumo. Un estudio mundial detallado sobre el consumo de cocaína realizado por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Interregional de Investigación sobre la Justicia y el Delito (UNICRI) de las Naciones Unidas en 1995 señaló que:

El Informe Mundial sobre Drogas 2020 de la ONUDC estima, probablemente de manera conservadora, que hay 19 millones de personas que han consumido cocaína en el último año

> *No es posible describir a un "consumidor medio de cocaína". Se encontró una enorme variedad en los tipos de personas que consumen cocaína, la cantidad de droga consumida, la frecuencia de consumo, la duración e intensidad del consumo, los motivos de consumo y los problemas asociados que experimentan.*[19]

El informe describe un continuo de comportamientos de uso: uso experimental; uso ocasional; uso en situaciones específicas; uso intensivo; y el uso compulsivo / disfuncional, señalando que "el uso experimental y ocasional son, con mucho, los tipos de uso más comunes, y el compulsivo / disfuncional es mucho menos común".[20]

El estudio *Trendspotter* del OEDT de 2018 señala "una creciente aceptabilidad y normalización del uso de cocaína en polvo en diversos grupos sociales, que se manifiestan en una mayor transparencia y visibilidad del uso". El aumento de la pureza y la disponibilidad en los últimos años, a precios similares o a la baja, parece haber sido también un factor clave en esta tendencia. La cocaína se ha vuelto más barata y disponible, mientras que aparentemente mantiene parte de su estatus cultural de "clase alta". El mismo estudio observó una tendencia

18 Farrell, J. (2019). "Revelado: Cuánta cocaína consumen los londinenses todos los días". *Sky News* 12 de octubre. news.sky.com/story/revealed-how-much-cocaine-londoners-are-taking-every-day-11830741

19 Organización Mundial de la Salud (OMS) e Instituto de Investigaciones sobre Justicia y Crimen Interregional de las Naciones Unidas (UNICRI) (1995). El proyecto de la cocaína. http://web.archive.org/web/20090624103532/www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf

20 Ver nota a pie de página 19

Informe suprimido de la Organización Mundial de la Salud sobre la cocaína

A principios de la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las Naciones Unidas llevó a cabo lo que denominó "el mayor estudio mundial sobre cocaína jamás realizado", en asociación con el Instituto Interregional de Justicia y Crimen de las Naciones Unidas. Sus conclusiones, basadas en una encuesta exhaustiva de la evidencia disponible, declararon que "pocos expertos describen la cocaína como invariablemente dañina para la salud" y que "el consumo ocasional de cocaína no suele provocar problemas físicos o sociales graves o incluso menores", y señaló que el "Consumo de la hoja de coca parece no tener efectos negativos para la salud y tiene funciones positivas, terapéuticas, sagradas y sociales para las poblaciones indígenas andinas".

El informe también destacó la falta de eficacia de los enfoques de reducción de la oferta, incluida la erradicación de cultivos, y los "enfoques nacionales y locales que hacen demasiado hincapié en las medidas punitivas de control de drogas", llegando incluso a decir que "pueden contribuir realmente al desarrollo de problemas relacionadas con la salud." Al abordar los factores que impulsan el uso de la droga, señaló (entre otras cosas) "pobreza generalizada o desventaja social en países como Estados Unidos".

Antes de que pudiera ser publicado, el representante de Estados Unidos en la ONU pidió a la OMS que "se desvincule de las conclusiones del estudio". Hizo hincapié en que, "si las actividades de la OMS relacionadas con las drogas no lograban reforzar los enfoques probados de fiscalización de drogas, deberían reducirse los fondos para los programas pertinentes". Este intento de suprimir la mayor evaluación global jamás realizada de evidencia relacionada con la cocaína fue finalmente un éxito, destacando el compromiso de Estados Unidos con el dogma de la guerra contra las drogas, así como su poder hegemónico en los asuntos internacionales en ese momento. En 2009, sin embargo, una copia filtrada del informe atrajo la atención de los medios internacionales.

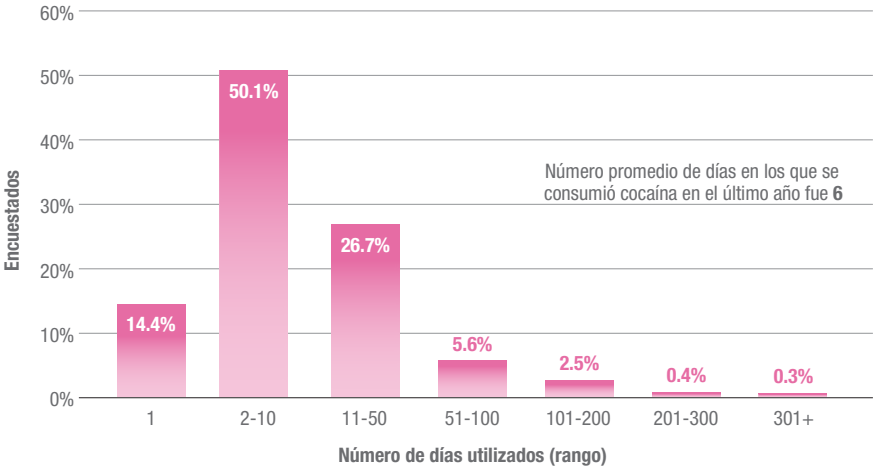
Informe obtenido originalmente por el Transnational Institute. Organización Mundial de la Salud (OMS) e Instituto de Investigaciones sobre Justicia y Crimen Interregional de las Naciones Unidas (UNICRI) (1995). El proyecto sobre cocaína. web.archive.org/web/20090624103532/www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf; Transform Drug Policy Foundation (2009). El informe de la OMS sobre cocaína que Estados Unidos no quería que vieras. transform-drugs.blogspot.com/2009/06/report-they-didnt-want-you-to-see.html

a cambiarse a la cocaína de estimulantes de "segunda clase" más baratos como las anfetaminas o las catinonas sintéticas.[21]

El uso social de la cocaína se destaca por su mayor uso durante los fines de semana. Los datos europeos de análisis de aguas residuales y admisiones hospitalarias de emergencia sugieren que el consumo de cocaína es más prevalente los fines de semana, lo que apunta hacia un patrón general de consumo recreativo (y contrasta notablemente con los datos de admisión hospitalaria por crack que se distribuyen uniformemente a lo largo de la semana).[22] Sin embargo, el consumo

21 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. pp.12–13. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf

22 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.11. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf



Consumo diario de cocaína

FUENTE: Winstock A. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas 2019: Informe de hallazgos clave. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

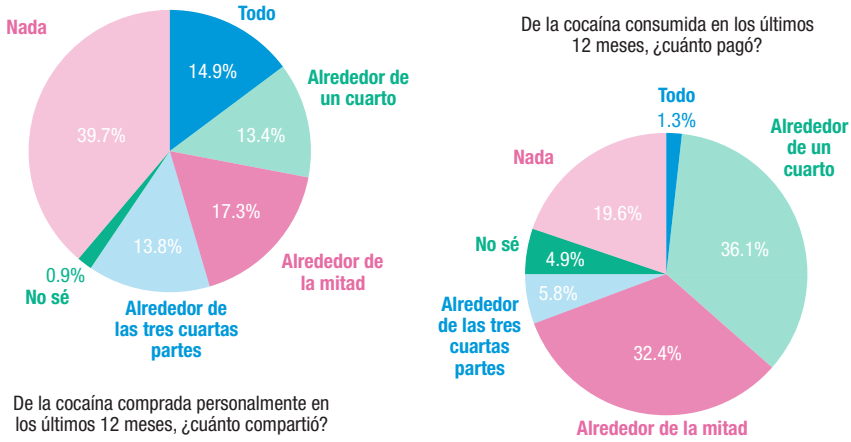
de cocaína también es, para la mayoría de los consumidores, un hecho ocasional: según la Encuesta Mundial sobre Drogas, la persona típica que consume cocaína solo la habrá consumido entre 2 a 10 días durante el año pasado. Los datos de la encuesta destacan que el 64,5% de las personas que informaron haber consumido cocaína lo hicieron diez veces al año o menos, mientras que solo el 8,8% la consumió semanalmente, o con mayor frecuencia, utilizando 0,5 gramos en promedio.[23] Sin embargo, esto también destaca que existen patrones de uso más regulares en una minoría de consumidores.

La cocaína también se comparte habitualmente entre amigos y conocidos. En la Encuesta web europea sobre drogas 2017-2018, la fuente más común de a cocaína en varios países fue obtenerla de amigos.[24] La Encuesta Global sobre Drogas de 2018 encontró comportamientos similares, y la mayoría de las personas que consumen cocaína comparten al menos una parte con otras personas:

Calcular el número de consumidores ocasionales de cocaína que desarrollarán patrones de consumo regulares o dependientes es, como ocurre con todas las drogas, difícil. Los determinantes del uso problemático tienen más que ver

23 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas 2019: Informe de hallazgos clave. pp.71–3. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

24 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.12. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf



Cocaína: comprar sus propias drogas o compartirlas con otros

FUENTE: Winstock, A. et al. (2018). Encuesta Mundial sobre Drogas 2018. www.globaldrugsurvey.com/gds-2018/

con la historia personal o las condiciones sociales actuales que con cualquier característica de la droga en sí. Al igual que con otras drogas, la gran mayoría de las personas que consumen cocaína no lo hará de manera que cree problemas psicológicos o fisiológicos importantes.[25] Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional de cocaína puede progresar hacia patrones de uso que cumplan con los criterios del trastorno por consumo de cocaína.

El OEDT informa que, para la gran mayoría de las personas que consumen cocaína que inician el tratamiento, "por lo general, solo buscan ayuda después de que los consumidores han desarrollado problemas sociales y de salud graves, que aparecen con un consumo más frecuente o intensivo". Éste señala que una quinta parte de los que ingresan en tratamiento por primera vez declaran consumir cocaína a diario, y la gran mayoría son hombres. El alcohol a menudo forma parte de comportamientos de uso entre las personas que ingresan al tratamiento; el EMCDDA informa que es la sustancia problemática secundaria más comúnmente reportada entre las personas que buscan tratamiento por cocaína. [26]

25 Lopez-Quintero, C. et al. (2011)."Probabilidad y predictores de la transición del primer consumo a la dependencia de nicotina, alcohol, cannabis y cocaína: resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas". *Drug and Alcohol Dependence* 115:1–2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069146/; Chen, C-Y and Anthony, J.C. (2004). "Estimaciones epidemiológicas de riesgo en el proceso de dependencia de la cocaína: polvo de clorhidrato de cocaína versus cocaína crack". *Psychopharmacology* (Berl) 172:1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14598014/

26 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.13. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf

Riesgos

Como ocurre con todas las drogas, los riesgos de la cocaína están relacionados con la dosis, la frecuencia de uso y el modo de administración. Como se examinó en el Capítulo 2, los productos de cocaína cubren los tres niveles de riesgo utilizados en este libro: los productos a base de coca se encuentran entre los de menor riesgo (nivel 1) y el crack entre los de mayor riesgo (nivel 3). La discusión aquí se refiere principalmente a la cocaína en polvo, que hemos evaluado como nivel de riesgo 2.

Riesgos agudos

Como indican los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas, la mayor parte del consumo de cocaína en polvo es relativamente moderado y controlado. Sin embargo, cuando se ingiere en dosis suficientemente altas, la cocaína puede causar una toxicidad aguda significativa, cuyos efectos comúnmente incluyen agitación, ansiedad, inquietud, insomnio, paranoia y alucinaciones auditivas (comúnmente conocidas como psicosis inducida por cocaína), así como dolor en el pecho, frecuencia cardíaca elevada (taquicardia) y presión arterial elevada. La toxicidad aguda de la cocaína más grave puede provocar hipertermia (sobrecalentamiento), insuficiencia renal aguda, convulsiones, paro cardíaco (ataque cardíaco) y muerte.

Los datos de investigaciones europeas sobre presentaciones en servicios de urgencia relacionadas con la cocaína encontraron que las características clínicas más comunes fueron taquicardia (41%), ansiedad (32%), dolor de pecho (18%) y palpitaciones (17%). La taquicardia fue mayor como porcentaje de presentaciones de cocaína en polvo (43%) que las presentaciones de crack de cocaína (28%), al igual que la ansiedad (32% a 18%). En contraste, los problemas con la frecuencia respiratoria y la presión arterial sistólica fueron más comunes en las presentaciones de crack. Se administraron sedantes en aproximadamente un tercio de todas las presentaciones de cocaína. La co-ingestión de alcohol se registró en el 60% de las presentaciones, y el co-uso de otras drogas también fue común, con el 22% reportando la co-ingestión de anfetaminas.[27]

27 EMCDDA (2020). Informe técnico: Presentaciones de emergencias hospitalarias relacionadas con las drogas en Europa: Actualización de la red de expertos Euro-DEN Plus. pp.17–18. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12725/TD02AY20001ENN.pdf

Cuando se toma en dosis suficientemente altas, la cocaína puede causar una toxicidad aguda significativa, cuyos efectos comúnmente incluyen agitación, ansiedad, inquietud, insomnio, paranoia y alucinaciones auditivas

Los adulterantes y agentes de carga utilizados en la cocaína ilegal pueden presentar riesgos adicionales.[28] Se puede agregar una variedad de sustancias en diferentes etapas de la cadena de suministro, por lo que las generalizaciones son difíciles, pero los adulterantes comunes (en todos los polvos blancos con diferentes perfiles de riesgo) incluyen: benzocaína y lidocaína (que producen un efecto adormecedor similar a la cocaína pero sin el placer o efectos estimulantes); cafeína; levamisol (un medicamento antiparasitario comúnmente utilizado como agente cortante por razones que aún no están claras); ácido bórico; y glucosa.[29] La creciente pureza de la cocaína experimentada en muchos mercados en los últimos años ha resultado en una reducción de los riesgos derivados de los adulterantes, aunque los riesgos naturalmente relacionados con la potencia han aumentado en consecuencia. El crack se fabrica a partir de cocaína, por lo que contiene el mismo perfil de adulterantes, aunque el proceso de conversión puede purificarla hasta cierto punto, lo que conduce a un menor contenido de adulterantes. La pasta base/paco es generalmente menos pura y se corta de manera más rutinaria con otras sustancias, incluyendo comúnmente a la cafeína, además de contener sustancias químicas de las primeras etapas de la producción de cocaína.

Riesgos crónicos

El uso prolongado de cocaína aumenta el riesgo de mortalidad.[30] Según un estudio longitudinal español de 2018, la mortalidad anual fue cuatro veces mayor entre los consumidores de cocaína a largo plazo y más de diez veces mayor entre los que consumían cocaína y opioides en comparación con la población general. Por supuesto, es probable que existan otros factores de

28 Cole, C., Jones, L., McVeigh, J. et al. (2010). *CORTE:* Una guía de adulterantes, agentes de carga y otros contaminantes que se encuentran en las drogas ilícitas. Centre for Public Health — Faculty of Health and Applied Social Sciences — Liverpool John Moores University. www.cahma.org.au/Downloads/cut.pdf

29 Kiley, B. (2010). "El misterio de la cocaína contaminada". *The Stranger* 19 de agosto. www.thestranger.com/seattle/the-mystery-of-the-tainted-cocaine/Content?oid=4683741

30 Degenhardt, L. et al. (2015). "Mortalidad entre los consumidores de cocaína: una revisión sistemática de estudios de cohortes". *Drug and Alcohol Dependence* 113. pp.2–3. www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871610002899

riesgo ambientales individuales o sociales relacionados con la mortalidad y el uso de drogas, y también muchos usuarios de opioides y cocaína consumirán crack en lugar de cocaína en polvo.[31] De la misma manera que la cocaína causa adormecimiento de la nariz cuando se toma por vía nasal al bloquear las señales nerviosas, también causa los mismos efectos en otras partes del cuerpo en menor medida. Sin embargo, el corazón es particularmente sensible a la interrupción de las señales nerviosas y este bloqueo de las señales nerviosas crea un riesgo de arritmia (un problema con la frecuencia o el ritmo de los latidos del corazón) que aumenta con la dosis. Combinado con la capacidad de la cocaína para encoger los vasos sanguíneos, reduciendo el suministro de oxígeno, esto crea un mayor riesgo de problemas cardíacos agudos en comparación con muchos otros estimulantes. La cocaína también presenta riesgos para la salud mental, incluyendo el estado de ánimo depresivo y la ansiedad a corto o mediano plazo (comúnmente síntomas de abstinencia) y síntomas depresivos a largo plazo.

La inhalación regular de cocaína puede provocar daños e incluso la perforación del tabique (el cartílago que separa las fosas nasales). El engomado regular puede dañar las encías y los labios. La inyección puede estar asociada con lesiones tisulares, infección y transmisión de virus por la sangre cuando se comparte el equipo de inyección.

Se han asociado varios riesgos con el consumo de cocaína durante el embarazo, incluido el bajo peso al nacer, el parto prematuro, el aborto espontáneo y las deficiencias cognitivas en los hijos de madres que consumen cocaína. Este último riesgo se convirtió en el foco del pánico del "crack baby" de los EE. UU. de la década de 1980, que fue, citando al Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los EE. UU. "sumamente exagerada" (y, otros han hecho notar, sumamente racista), en tanto los estudios posteriores no encontraron los efectos previstos en los niños.[32] Es difícil determinar el grado en que las asociaciones de riesgo identificadas son el resultado de la toxicidad de la cocaína sola u otros factores ambientales o de comportamiento relacionados, por ejemplo, con el uso de otras sustancias, la atención prenatal deficiente o la mala alimentación.

31 Colell, E., Domingo-Salvany, A., Espelt, A., et al. (2018). "Diferencias en la mortalidad en una cohorte de pacientes con trastorno por consumo de cocaína con trastorno concurrente de alcohol u opiáceos", *Addiction* 113. doi.org/10.1111/add.14165

32 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2016). ¿Cuáles son los efectos del consumo materno de cocaína? www.drugabuse.gov/publications/research-reports/cocaine/what-are-effects-maternal-cocaine-use; Comité editorial del New York Times (2018). "Calumniando al nonato". *New York Times* (28 de diciembre de 2018). www.nytimes.com/interactive/2018/12/28/opinion/crack-babies-racism.html



Kit de reducción de daños por inhalación más segura, distribuido en festivales FOTO: Steve Rolles

Ha habido un largo debate sobre el grado en que la cocaína causa síntomas fisiológicos de dependencia (desarrollo de tolerancia, síntomas de abstinencia), pero la cocaína, debido al placer y sus efectos en los centros de recompensa del cerebro, el inicio rápido y la acción corta de estos efectos, sin duda tiene una fuerte acción reforzante, lo que puede conducir a una dependencia psicológica y patrones de uso problemáticos. Un estudio de Lopez et al. encontró que el porcentaje de personas que se vuelven dependientes después de probar la cocaína es comparable al del alcohol, significativamente más bajo que el de la nicotina y significativamente más alto que el del cannabis. Sin embargo, también encontró que el 7.1% de las personas que consumieron cocaína desarrollaron dependencia durante el primer año, en comparación con menos del 2% de las personas que consumieron alcohol, nicotina o cannabis.[33]

Como ocurre con todas las drogas, las variables ambientales, como las historias de adversidad infantil y las privaciones socioeconómicas, son los predictores

33 Lopez-Quintero, C. et al. (2011). "Probabilidad y predictores de la transición del primer consumo a la dependencia de nicotina, alcohol, cannabis y cocaína: resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas". *Drug and Alcohol Dependence* 115:1–2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069146/

más sólidos del desarrollo de la dependencia. La dependencia nunca es simplemente una consecuencia del uso; proviene del complejo conjunto de factores sociales y psicológicos que interactúan cuando un individuo está consumiendo una sustancia. Aunque la cocaína indudablemente conlleva una mayor probabilidad de que se establezcan patrones de consumo dependientes que muchas otras drogas, y debe reconocerse como más "riesgosa" a este respecto, dichos patrones de uso siempre deben entenderse en un contexto más amplio.

La incidencia del desarrollo de la dependencia es más pronunciada para el crack, que tiene un inicio mucho más rápido y tenderá a implicar una mayor dosis por uso y una mayor exposición total, pero con un uso también más concentrado en poblaciones vulnerables. Algunas estimaciones sugieren que la dependencia es de 2 a 3 veces más probable que con la cocaína en polvo.[34] Por el contrario, el riesgo es insignificante para los productos a base de hoja de coca. Si bien no es una dependencia en el sentido clínico, algunas personas también pueden llegar a depender de la cocaína en entornos sociales y no desean o no pueden participar en ciertas interacciones sociales sin sus efectos. Sin embargo, ciertamente no es el caso que la dependencia resulte de un solo uso de cualquier producto de cocaína, incluso crack.

Mezclar con alcohol y otras drogas

La cocaína a menudo se consume con otras drogas en entornos sociales, por lo general alcohol, lo que crea una serie de riesgos y desafíos políticos adicionales. Como se señaló anteriormente, el estudio del OEDT *Trendspotter* encontró que la co-ingestión de alcohol se registró en el 57% de las presentaciones hospitalarias de emergencia relacionadas con la cocaína.[35] Estos riesgos son particularmente agudos de considerar desde la perspectiva de la regulación, ya que el alcohol es omnipresente en la economía nocturna y no hay señales de que esto vaya a cambiar pronto. Los efectos estimulantes de la cocaína contrarrestan los efectos depresores del alcohol, manteniendo el estado de alerta y la sociabilidad, además de permitir, y hacer más probable, un mayor consumo de alcohol, a menudo durante un período más largo. El consumo

34 Chen, C-Y and Anthony, J.C. (2004)."Estimaciones epidemiológicas de riesgo en el proceso de dependencia de la cocaína: polvo de clorhidrato de cocaína versus crack de cocaína". *Psychopharmacology* (Berl) 172:1. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14598014/

35 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.15. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf

de alcohol, a su vez, también hace que sea más probable un mayor consumo de cocaína, ya que los consumidores de alcohol lo buscan para reducir la somnolencia y la embriaguez, a medida que se reducen las inhibiciones y los controles personales o sociales, o para suavizar el descenso de la cocaína.[36]

El aumento del uso y los riesgos para la salud que conllevan tanto el alcohol como la cocaína cuando se usan juntos se complica aún más por el hecho de que una tercera sustancia, el cocaetileno, se crea en el hígado cuando la cocaína se metaboliza en presencia de alcohol. El cocaetileno tiene sus propios efectos psicoactivos, incluida la euforia, pero con una duración de acción más prolongada que la cocaína, y los usuarios pueden, aunque sin saberlo, buscar los efectos del cocaetileno, junto con la cocaína o el alcohol.[37] Los estudios sugieren que el cocaetileno puede ser sustancialmente más tóxico para el hígado y el corazón que la cocaína o el alcohol solos.[38] Los efectos combinados de la cocaína y el alcohol en el cuerpo también permiten que el usuario consuma más de ambas drogas sin el "canario en la mina de carbón" (ansiedad o somnolencia, respectivamente) que hace que se detengan. Esto les permite acumular mayores cantidades de cada fármaco, lo que provoca una mayor toxicidad en general.

Modelo de regulación propuesto para la cocaína en polvo

La cocaína es quizás la más molesta de todas las drogas cuando se trata de regulación. El desafío se complica por el hecho de que existe una gama tan amplia de productos y preparaciones a base de coca, desde la hoja de coca sin procesar hasta la cocaína en polvo altamente procesada y el crack fumable. Estos productos varían enormemente en su potencia, cómo se utilizan y sus riesgos asociados, ocupando los tres niveles de riesgo identificados en el Capítulo 2 y, por lo tanto, requieren una gama de diferentes respuestas regulatorias.

36 Pakula, B., Macdonald, S., Stockwell, T. and Sharma, R. (2009). "Uso simultáneo de alcohol y cocaína: una investigación cualitativa", *Journal of Substance Use* 14.2 doi.org/10.1080/14659890802624279

37 Hearn W.L., Flynn, D.D., Hime, G.W. et al. (1991) "Cocaetileno: un metabolito de cocaína único que muestra una alta afinidad por el transportador de dopamina". *Journal of Neurochemistry* 56.2. doi.org/10.1111/j.1471-4159.1991.tb08205.x

38 Andrews, P. (1997). "Toxicidad por cocaetileno". *Journal of Addictive Diseases* 16.3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9243342/; Pennings, E., Leccese, A.P. and Wolff, F.A. (2002). "Efectos del uso concurrente de alcohol y cocaína". *Addiction* 97.7. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133112

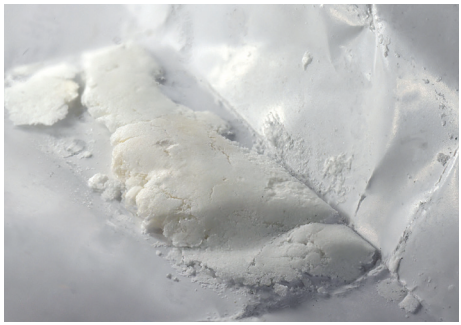
Cocaína riesgos clave y vulnerabilidades

Riesgos y vulnerabilidades	Indicaciones para la reducción y regulación de daños
Juventud — mayor riesgo de salud / vulnerabilidad	• Retrasar la edad de inicio como objetivo de prevención / salud pública. • Implementar controles de acceso por edad a nivel minorista. • Dirigir los recursos de prevención y reducción de daños basados en evidencia a las poblaciones jóvenes vulnerables.
Dosis — una dosis más alta se asocia con mayores riesgos agudos, particularmente cardiovasculares	• Poner a disposición información personalizada/dirigida (a través de programas de educación de salud pública, antes y durante la compra, en el empaque y en entornos de uso) sobre los efectos y riesgos de las dosis. • Garantizar que los riesgos cardiovasculares se destaquen en los recursos y campañas de educación sobre riesgos, y a través de proveedores y otros servicios de medicamentos cara a cara. • Incluir opciones para cocaína en polvo de menor potencia, con precios preferenciales (y umbrales de racionamiento potencialmente más generosos). • Incluir opciones para productos orales de coca de menor potencia en la información sobre reducción de daños y en todos los puntos de venta para cocaína en polvo, con menores barreras de acceso y precios preferenciales.
Frecuencia de uso — una mayor frecuencia aumenta el riesgo de dependencia y otros daños crónicos	• Poner a disposición información personalizada/dirigida sobre los riesgos del uso de alta frecuencia, incluyendo un mayor riesgo de dependencia y estableciendo a la moderación y los períodos de abstinencia como mensajes clave de reducción de daños. • Racionar las ventas a los individuos por compra o por período de tiempo (potencialmente bajo el modelo de licencia de comprador) para un uso moderado, y ayudar a establecer normas sociales en torno a límites de uso más seguros y razonables. • Utilizar controles de precios para evitar una caída rápida del precio que podría incentivar un uso más frecuente.
Uso de múltiples drogas — aumenta los riesgos agudos	• Poner a disposición información personalizada/dirigida sobre los riesgos del uso de múltiples drogas (incluyendo un mayor riesgo cardiovascular cuando se usa cocaína con otros estimulantes) y la reducción de daños relacionados. • Establecer la regulación y el seguimiento de los entornos de vida nocturna y otros entornos de fiesta para garantizar el suministro de información sobre reducción de daños, junto con una ventilación adecuada, espacios para relajarse, suministro gratuito de agua, servicios médicos / de bienestar, etc. • Animar a las personas a cuidar a sus amigos: compartir información sobre reducción de daños, educar sobre señales de advertencia y atención básica. • Reducir el estigma y las barreras para acceder a los servicios médicos.
Usar con alcohol — aumenta una variedad de riesgos agudos, crónicos y de comportamiento	• Poner a disposición información personalizada/dirigida sobre riesgos particulares del consumo de alcohol, incluso en bares y puntos de venta de bebidas alcohólicas. • Explorar la vida nocturna / espacios de fiesta con poco consumo de alcohol (o sin alcohol) que sean tolerantes a la cocaína.
Cocaína inyectada o fumada (crack)	• Implementar y dotar de recursos adecuados a un enfoque integral de reducción de daños para el uso de cocaína de alto riesgo (ver Capítulo 7).

La cadena de producción y suministro de cocaína también es muy compleja. A diferencia de la mayoría de las otras sustancias discutidas en este libro, se basa en una planta que es cultivada, a menudo por personas que trabajan en algunas de las regiones más pobres del mundo. Por tanto, la regulación de los productos derivados de la coca tiene implicaciones significativas para el desarrollo internacional, los derechos de los agricultores y la política interna de los países productores. También está implicado en cuestiones de seguridad, especialmente la geopolítica de las regiones productoras, en formas que solo son comparables a la producción de opio. La regulación de la coca, por lo tanto, incorpora la producción y el tránsito de formas únicas. La forma en que se regulan los productos potencialmente tiene implicaciones para un conjunto mucho más amplio de comunidades y (en el caso de las políticas sobre fumigación aérea, por ejemplo) para el medio ambiente que las otras sustancias discutidas aquí.

La cocaína también ocupa una posición cultural compleja: estereotípicamente asociada con la búsqueda de placer de los ricos, por un lado, y con algunas de las formas más estigmatizadas de consumo de drogas, por el otro. Ninguno de estos, por supuesto, captura las complejas realidades de cómo y dónde se utilizan estimulantes. Ciertamente, en algunas partes del mundo, la cocaína es consumida por una franja de población mucho más amplia de lo que sugiere cualquiera de los estereotipos. A medida que se vuelve más barata y más accesible, el desafío de regular eficazmente la cocaína se vuelve más apremiante. Un enfoque de salud pública para la regulación de la cocaína debe centrarse directamente en reducir los daños potenciales asociados con su uso. Como el alcohol y algunas de las anfetaminas, la cocaína presenta un séquito de daños potenciales que atraviesan el comportamiento, la salud física y el bienestar psicológico. El uso puede, en algunos casos, provocar agresiones y los consiguientes daños a personas distintas del consumidor. Puede provocar problemas de salud física, tanto afecciones específicas como impactos en la salud indirectamente relacionados con el uso intensivo a lo largo del tiempo. Finalmente, puede conducir a una dependencia moderada o severa. Los patrones y motivaciones de uso varían enormemente. Una regulación eficaz debe considerar tanto la naturaleza compleja de cómo las personas consumen cocaína como las diferentes motivaciones entre las diversas poblaciones. Cualquier enfoque debe considerar los riesgos de tomar la droga con las vulnerabilidades que subyacen a los comportamientos de alto riesgo y ofrecer una variedad de intervenciones simultáneas para enfocarlos y mitigarlos. Al mismo tiempo, los principios de salud pública deben informar un modelo regulatorio que equilibre la satisfacción de las necesidades de las personas que

buscan los efectos de la cocaína, con el imperativo de minimizar los daños relacionados tanto con el consumo de cocaína como con los mercados ilegales que actualmente la abastecen.



Cocaína adulterada con levamisol
FOTO: The Loop, 2020

Como punto de partida, es importante afirmar lo que no funciona. Dados los problemas sociales y de salud de alto perfil asociados con el uso y los mercados ilegales de cocaína, muchos se sentirán preocupados por la idea de hacer que la cocaína esté disponible legalmente para uso no médico en cualquier forma. Pero el argumento a favor de la regulación de la cocaína es una respuesta pragmática al fracaso de la política actual. La regulación legal no debería crear un acceso libre para todos; todo lo contrario. Como han dicho los expresidentes de Colombia y México, que han luchado en la primera línea de la guerra contra las drogas, junto con el expresidente de Suiza: "en última instancia, la elección es simple. Podemos ceder el control a gobiernos o a organizaciones criminales. No hay tercer camino."[39]

Las propuestas que detallamos a continuación se basan en la discusión más general de la regulación de drogas en la sección introductoria, aplicando ese pensamiento a los riesgos específicos y usando comportamientos asociados con la cocaína a cada uno de los desafíos regulatorios. El "modelo estándar" descrito en el Capítulo 2 (venta minorista de monopolio estatal a través de farmacias especializadas, productos sin marca con una prohibición completa de toda comercialización, controles de precios y ventas racionadas) es apropiado para la disponibilidad minorista de cocaína en polvo. Además, a continuación se analizan los desafíos particulares relacionados con la preparación, los precios y el racionamiento. Las cuestiones específicas de desarrollo sostenible relacionadas con la producción de coca y cocaína y los mercados internacionales se analizan en el Capítulo 6.

39 Santos, JM, Zedillo, E. y Dreifuss, R. (2019). La legalización es la única política de drogas viable. *Proyecto Syndicate* 19 de marzo. www.project-syndicate.org/commentary/drug-legalization-regulation-only-viable-policy-by-juan-manuel-santos-et-al-2019-03

Controles de preparación

Dosis y forma

La cocaína de grado farmacéutico teóricamente podría acercarse al 100% de pureza. Esto es casi desconocido en el mercado ilegal actual y, por lo tanto, representaría un aumento gradual en la potencia, algo que se sabe que está asociado con una mayor exposición total y riesgos. Un enfoque regulado buscaría proporcionar un producto más seguro que ayude a un uso moderado. La cocaína en polvo regulada sería, por tanto, un producto de grado farmacéutico, pero reducido del 100% de pureza con agentes de corte seguros y no tóxicos.

Reducir demasiado la pureza correría el riesgo de hacer que el producto legal sea poco atractivo, creando potencialmente un espacio para que un mercado ilegal continúe el suministro de productos de alta pureza. Por lo tanto, sería útil explorar las opciones para hacer que la cocaína en polvo esté disponible en diferentes niveles de pureza. Los mercados de cocaína escalonados ya se han desarrollado en los mercados ilegales de muchos países, en respuesta a una demanda diversa, y los consumidores pueden pagar más por una mayor pureza si eso es lo que buscan.[40] Esto sugiere que también habría una demanda de una estructura de precios / pureza en niveles en un mercado legal. Como punto de partida (y sujeto a un cuidadoso seguimiento y evaluación de impacto) se podrían poner a disposición opciones de mayor y menor pureza con un 35-70% de pureza. Los controles de precios podrían usarse para hacer que los productos de menor potencia sean relativamente más atractivos como una forma de fomentar la moderación.

También podría explorarse la opción de que la cocaína esté disponible en solución como un aerosol nasal (estilo médico) que puede administrar una dosis única fija (de quizás 20 miligramos). Una solución sería potencialmente menos dañina para la nariz. Aunque no se ve en el mercado ilegal o entre los productos médicos legales, la cocaína también podría potencialmente tomarse en forma de píldora. La biodisponibilidad oral no es diferente a cuando se inhala, pero una forma de píldora tendría un inicio más lento y el diseño de la píldora

40 Daly, M. (2007). "Bash Street Kids". *Druglink* septiembre/octubre. Disponible en: www.drugwise.org.uk/druglink-article-2007-bash-street-kids-by-max-daly/

podría permitir un producto de acción más prolongada, liberación más lenta y dosis más bajas.

Controles de precios

Los precios de la cocaína varían enormemente en todo el mundo. Como muestran los datos de la Encuesta Mundial sobre Drogas y la UNODC, los precios de un gramo de cocaína varían de $4 por gramo en Colombia a más de $200 en Nueva Zelanda y Australia. En Europa Occidental y Central, y los Estados Unidos, los precios están en el rango de $50–100 por gramo.[41] Esta variación tendrá un gran impacto en cualquier potencial política de precios a nivel local. Como se analizó en el Capítulo 2, los controles de precios pueden afectar directamente las tasas de consumo, ya que se traducen en asequibilidad y atracción de un producto determinado en relación con otras alternativas más caras o más baratas. Muchos consumidores están dispuestos a pagar por la cocaína, a pesar de ser relativamente cara.

El uso creciente reciente en Europa parece estar relacionado, al menos en parte, con la caída de los precios y el aumento de la pureza, lo que contribuye a una mayor percepción de una mejor "relación calidad-precio". En la Encuesta Mundial sobre Drogas de 2014, la cocaína se clasificó como la droga de "peor valor por dinero", con un puntaje promedio de 3.4 / 10 por valor de dinero. En la Encuesta Mundial sobre Drogas de 2019, esto había aumentado a nivel mundial a 4.9 / 10.[42] Sin embargo, en los EE. UU., la rápida caída en la prevalencia del consumo de cocaína en polvo a mediados de la década de 1980 también coincidió con una caída en el precio, al mismo tiempo que el consumo de crack aumentó en poblaciones altamente diferenciadas, por lo que claramente otras variables sociales y culturales pueden ser igual o más importantes para determinar el uso que el precio por sí solo.[43]

41 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. p.74. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019; UNODC (2017). Precios de heroína y cocaína en Europa y Estados Unidos. dataunodc.un.org/drugs/heroin_and_cocaine_prices_in_eu_and_usa

42 Winstock, AR (2014). Hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Drogas 2014: Reflexiones sobre los resultados de la encuesta sobre drogas más grande del mundo realizada por el Dr. Adam Winstock. Encuesta Mundial sobre Drogas. www.globaldrugsurvey.com/past-findings/the-global-drug- survey-2014-results/; Winstock, AR, Barratt, MJ, Maier, LJ y col. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: hallazgos clave de Informe *2019*. pp.126–7. https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/; UNODC (2017). Precios de heroína y cocaína en Europa y Estados Unidos. https://dataunodc.un.org/drugs/heroin_and_cocaine_prices_in_eu_and_usa

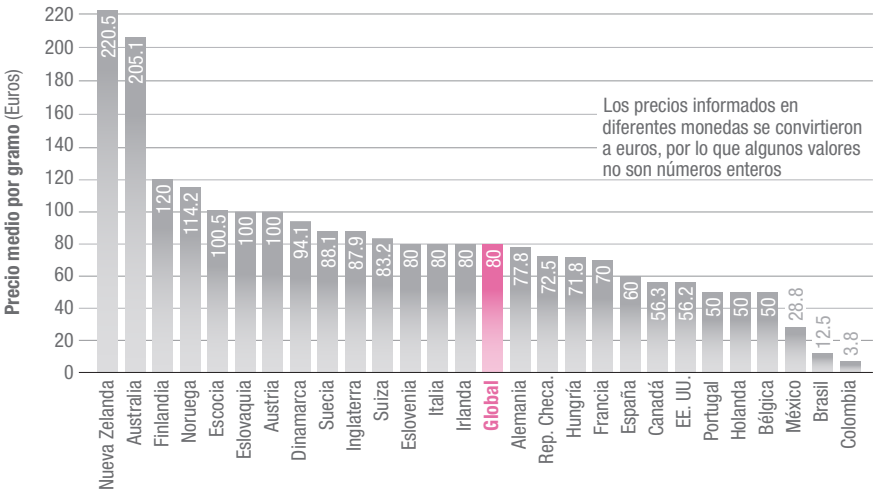
43 Administración de Control de Drogas de los Estados Unidos (DEA) (1991). Libro de historia de la DEA: La epidemia del crack. Archivado en: web.archive.org/web/20060823024931/www.usdoj.gov/dea/pubs/history/1985-1990.html

La cocaína producida legalmente sin duda sería dramáticamente más barata en un escenario de libre mercado. El hecho de que exista un mercado rentable en Colombia, donde la cocaína de alta calidad está disponible por menos de $5 el gramo, lo demuestra, al igual que en Brasil, donde está disponible por $15 el gramo.[44] De hecho, los costos de producción en un mercado industrializado a mayor escala podrían caer fácilmente a menos de $5 el gramo. Por lo tanto, sería necesario algún tipo de control de precios para evitar una caída rápida de los precios después de cualquier movimiento hacia el suministro legal y los cambios probables, pero impredecibles, en los comportamientos de consumo. Los detalles de cómo y a qué nivel deberían funcionar los controles de precios variarían entre los Estados, pero algunas consideraciones clave incluyen:

- Los controles de precios serían más fáciles de implementar bajo un monopolio estatal minorista donde los incentivos y oportunidades para desviar hacia un mercado paralelo se reducen. Los importantes márgenes de beneficio potencialmente en oferta también corresponderían directamente al Estado, en lugar de a la empresa privada.
- Un punto de precio inicial en o cerca de los precios de mercado existentes (notando nuevamente que estos varían significativamente en todo el mundo) evitaría shocks de precios y cambios de comportamiento impredecibles. Haden ha propuesto fijar inicialmente los precios al 80% de los precios actuales del mercado ilegal, pero permitir que el precio se reduzca lentamente "hasta que el mercado ilegal deje de funcionar o se reduzca sustancialmente hasta el punto en que produzca daños mínimos".[45]
- Comenzar con el 100% de los precios actuales y solo entonces reducir potencialmente el precio en pequeños incrementos sería un enfoque predeterminado cauteloso. Las variables ajenas al precio (control de calidad, evitar mercados ilegales, comprar a un proveedor autorizado y capacitado, producción ética, etc.) significarían que un producto legal podría tener algún grado de prima de precio sobre un equivalente ilegal. La Encuesta Mundial sobre Drogas, por ejemplo, descubrió que la

44 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. p.74. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019

45 Haden, M. (2008). "Control de estimulantes ilegales: un modelo de mercado regulado". *Harm Reduction Journal* 5.1. doi.org/10.1186/1477-7517-5-1



Precio medio por gramo de cocaína, Encuesta Mundial sobre Drogas 2019

FUENTE: Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. p.74. **www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/**

mayoría de las personas que consumían cocaína estarían dispuestas a pagar un 25% más por la cocaína de origen ético.[46]

- Usar controles de precios para hacer que las preparaciones de menor pureza tengan una mejor relación calidad-precio (en términos de costo ajustado por gramo) podría ser una forma de incentivar la moderación al hacer más atractivos a los productos de menor riesgo.

Racionamiento

El hecho de que la cocaína se consuma a menudo en "atracones" (a diferencia de la MDMA) hace que los sistemas reguladores destinados a moderar el consumo sean particularmente importantes. Pero, ¿cómo moderamos el uso de una droga que se presta a un uso desmedido? El racionamiento de las ventas es una forma de intentar conseguirlo. Sin embargo, presenta el desafío de equilibrar el objetivo de reducir la disponibilidad con la necesidad de alejar a los consumidores de las fuentes ilegales. Los riesgos particulares de un uso episódico intenso

46 Winstock, A., Snapp, Z. and Quintero, J. (2019). La mayoría de los consumidores de cocaína apoyan un comercio justo y estarían dispuestos a pagar más. Encuesta Mundial sobre Drogas. **www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/gds2019-most-consumers-of-cocaine-support-a-fair-trade-and-would-be-willing-to-pay-more/**

apuntan hacia alguna forma de racionamiento, incluida la opción de un modelo de licencia de comprador. Los desafíos de dicho modelo, en términos de vigilancia estatal potencialmente problemática, acceso inicuo y socavación de objetivos más amplios de equidad social, se exploran en el Capítulo 2. Las más simples restricciones de volumen de ventas por cada compra evitarían las compras a granel a mayor escala, pero dificultarían la prevención de compras múltiples (por ejemplo, a diario). Por lo tanto, el caso de los modelos piloto de venta minorista legal de cocaína que utilizan un racionamiento basado en la licencia del comprador parece ser más sólido que para otros estimulantes explorados en este libro.

Cualquier sistema de racionamiento necesita límites de compra viables y claramente establecidos. El intercambio generalizado de cocaína en entornos sociales dificulta los intentos de moderar el consumo individual a través del racionamiento, además de complicar la especificación de una cantidad precisa que pueda considerarse aceptable durante un período de tiempo determinado. No obstante, los datos de Encuesta Mundial sobre Drogas sugieren que 1 gramo por mes abastecería a la mayoría de las personas que consumen cocaína, que consumen 10 veces al año o menos, y consumen en promedio medio gramo.[47] Cualquier cantidad específica parecerá baja para algunos o alta para otros. Sin embargo, según los datos disponibles que tenemos para uso casual, 1 gramo por mes sería un punto de partida razonable.

Sin embargo, como se exploró en el Capítulo 2, los problemas con los límites personales surgen con mayor intensidad con la minoría de consumidores más pesados o más frecuentes que consumirán la mayor parte de la cocaína. Un gramo al mes sería de poca utilidad para alguien que, aunque sea a corto plazo, quiera usar un gramo a la semana o más. En este caso, las únicas opciones serían reducir el uso o recurrir a alternativas ilegales. No podemos asumir que todos optarían por lo primero. Por lo tanto, sería necesario incorporar flexibilidad en el sistema. Esto puede incluir, por ejemplo:

- Permitir un grado de flexibilidad en los límites de compra para atender períodos de mayor y menor uso
- Un sistema escalonado que permite límites de compra más altos sujetos a una breve intervención periódica con el proveedor farmacéutico especialista

47 Winstock, A.R., Barratt, M.J., Maier, L.J. et al. (2019). Encuesta Mundial sobre Drogas: Informe de hallazgos clave de 2019. p.71. www.globaldrugsurvey.com/gds-2019/

- Un requisito de licencia de comprador para volúmenes más grandes
- Un umbral más generoso para preparaciones de menor pureza

Nada de esto restaría valor a la necesidad de proporcionar a las personas que necesitan un apoyo estructurado para el consumo de alto nivel o dependiente. En estos niveles más altos, el uso es manejado de manera más apropiada por especialistas en tratamiento dentro de un marco de reducción de daños (ver Capítulo 7).

Modelos de regulación propuestos para preparaciones de cocaína de menor concentración

Como se exploró en el Capítulo 1, parte de una estrategia más amplia de reducción de daños por estimulantes implica hacer disponibles productos alternativos de menor riesgo, ya sean medicamentos más seguros o preparaciones más seguras, y usar herramientas reguladoras, educación sobre riesgos y otras herramientas de salud pública disponibles para impulsar comportamientos más seguros,usos más moderados y métodos de administración más seguros.

En la mayor parte del mundo, más allá de la región andina, la cocaína solo está disponible en sus formas más concentradas como polvo, crack o pasta base. Sin embargo, existe una gama de productos a base de hoja de coca menos procesados, menos potentes y más seguros dentro de las regiones andinas tradicionales que consumen coca. Estos nunca han estado disponibles en el resto del mundo (al menos no en la era moderna) debido tanto a las prohibiciones internacionales como a los imperativos económicos de un comercio ilegal que prioriza las preparaciones más transportables y rentables. El resultado es que, si bien la cocaína en polvo y el crack de alto riesgo están fácilmente disponibles en gran parte del Norte Global, las preparaciones de la droga a base de plantas más seguras y suaves son casi completamente inaccesibles. Desde una perspectiva pragmática de reducción de daños, esta es una situación absurda, como tener bares que no solo no sirven refrescos o cervezas, sino que de hecho solo sirven licores y alcohol ilegal.

El potencial claramente existe para hacer disponibles productos de cocaína menos potentes. Muchos productos ya existen y otros podrían desarrollarse más, lo que traerá beneficios de reducción de daños para las personas que consumen cocaína, pero también oportunidades de desarrollo económico para las regiones tradicionales de cultivo de coca (véase el Capítulo 6). Por supuesto, es difícil predecir cómo tal disponibilidad legal impactaría en el uso de cocaína en polvo o crack a lo largo del tiempo, y hay muchas variables que podrían influir en tales impactos. Pero es perfectamente razonable suponer que tales productos cubrirían las necesidades de al menos algunos consumidores de cocaína actuales o potenciales, pero de una manera más segura. Este proceso de guiar gradualmente los patrones de uso hacia productos y comportamientos más seguros podría ser respaldado por la infraestructura, por ejemplo, haciendo que los productos más suaves sean relativamente menos costosos o relativamente más disponibles, permitiendo cierto grado de marketing o construcción de marca para tales productos, permitiendo su uso en entornos públicos o sociales como cafés o bares, o alentando la sustitución con educación sobre reducción de daños y otras herramientas de salud pública.

Hoja de coca

El uso de la hoja de coca en las comunidades indígenas andinas es regional y culturalmente específico (es útil para combatir el mal de altura y proporciona nutrientes que no se encuentran fácilmente en otros alimentos básicos locales).[48] Parece poco probable que haya un mercado sustancial para el masticado tradicional de hoja de coca al estilo andino en el resto del mundo, incluso si no existieran obstáculos legales para su producción y exportación. Otros estimulantes culturales / regionales específicos como el khat y la nuez de betel tampoco han encontrado mercados más amplios y significativos, incluso cuando no están sujetos a las prohibiciones globales que cubren la hoja de coca. No obstante, los productos disponibles para masticar podrían estar disponibles para un espacio de mercado más especializado, con otros productos de hoja de coca adaptados para una base de consumidores más amplia.

48 Troyano Sanchez, D.L., y Restrepo, D. (2018). Industrialización de la coca: un camino hacia la innovación, el desarrollo y la paz en Colombia. pp.16–19. https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/7142d5e2-088b-4f87-8231-88b68019efd3/path-to-innovation-evelopment-and-peace-in-colombia-en-20180521.pdf





Té de coca servido en una cafetería en Cuzco, Perú *Bolsitas de té de coca*

IZQUIERDA: Arturoramos. Wikimedia Commons. bit.ly/3kGFF0B. Compartido bajo una licencia CC BY-SA 4.0 (creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en). DERECHA: Steve Rolles, 2019

Mate de coca y otras bebidas a base de coca

En las regiones andinas, el té de coca se usa en formas no muy diferentes al café y al té convencional en gran parte del resto del mundo. No hay ninguna razón por la que no pueda estar disponible más ampliamente en otros lugares. Inicialmente, la mayor parte del consumo probablemente permanecería en la región andina, pero podría encontrar una participación de mercado global en el mercado de té de especialidad. No hay ninguna razón particular para pensar que reemplazaría o invadiría seriamente los principales mercados de café y té donde están establecidos.

Es más probable que surjan nuevas bebidas a base de coca para competir con el lucrativo mercado de refrescos a base de cafeína, incluidas las bebidas de cola y las bebidas energéticas como *Red Bull*. Se han planteado preocupaciones legítimas de que las bebidas energéticas con cafeína atraen y se comercializan deliberadamente entre los adolescentes. Además, muchas de estas bebidas con cafeína se han comercializado activamente por sus propiedades estimulantes, asociándolas con la salud, la vitalidad y estilos de vida glamorosos, por ejemplo,

a través de la construcción de una marca y el patrocinio de celebridades, deportes extremos y eventos musicales. Se deben diseñar regulaciones para combatir este tipo de comercialización de cualquier bebida a base de coca.

Si bien el té de coca tiene un límite natural en su contenido activo, las bebidas más procesadas podrían contener mayores cantidades de coca / cocaína. Las bebidas más potentes tendrían que estar sujetas a niveles adicionales de regulación, para limitar el contenido activo, poner controles en el etiquetado, empaque y publicidad, y restringir el acceso por edad, como ha comenzado a suceder con algunas bebidas energéticas con cafeína.

Algunos países europeos han introducido nuevos controles sobre las bebidas energéticas con alto contenido de cafeína, como restringir las ventas a los mayores de 16 años.[49] Las bebidas de coca por encima de un cierto nivel de potencia deberían ser controladas más estrictamente, ya que la cocaína no se autorregula de la misma manera que la cafeína, con efectos desagradables y una tolerancia a la cafeína que se activa con bastante rapidez en comparación con una dosis activa estándar. Un límite superior de contenido de cocaína por volumen de bebida y por porción de adulto evitaría que se desarrollen preparaciones más potentes, como algunos productos de "shots energéticos" de cafeína. La venta de cualquier bebida energética de coca por encima de cierto umbral de potencia debería requerir una regulación adicional, incluida la concesión de licencias a los vendedores.

Si bien las bebidas a base de coca ofrecen una preparación de cocaína más segura, suave y de absorción más lenta, la regulación debería abordar los riesgos de que tales productos se consuman en combinación con otras drogas, en particular el alcohol. Este es un problema que ya se ha experimentado en relación con las bebidas energéticas con cafeína (por ejemplo, *Jägerbombs*, donde *Jägermeister* se mezcla con una bebida energética y se vende en bares). También han surgido algunas bebidas combinadas premezcladas que buscan capitalizar esta tendencia de cocteles con cafeína/alcohol y han creado suficiente preocupación como para verse prohibidos en los EE. UU.

49 BBC News (2018). "Bebidas energéticas: los supermercados del Reino Unido prohíben la venta a menores de 16 años". *BBC 5* de marzo. www.bbc.co.uk/news/uk-43287125; Organización Mundial de la Salud (2014). Las bebidas energéticas son motivo de preocupación para la salud de los jóvenes. OMS 14 octubre. https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2014/10/energy-drinks-cause-concern-for-health-of-young-people; Breda, JJ, Whiting, SH, Encarnaçã, R. et al. (2014). "Consumo de bebidas energéticas en Europa: una revisión de los riesgos, los efectos adversos para la salud y las opciones políticas para responder". *Frontiers in Public Health* 2. p.3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197301/pdf/fpubh-02-00134.pdf





Patrocinio de Red Bull de carreras aéreas y de Fórmula Uno

IZQUIERDA: tataquax. Flickr. flic.kr/p/sKDjX7. Compartido bajo una licencia CC BY-SA 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/). DERECHA: iragazzidiredbull. Flickr. flic.kr/p/6LJCZT. Compartido bajo una licencia CC BY-NC 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/).

Otros productos de coca

Dado que la cocaína se absorbe mucho más eficientemente a través de las encías o sublingualmente que a través del estómago, existe la posibilidad de que se desarrollen productos orales a base de hoja de coca más amigables para el consumidor, que serían más atractivos como sustituto de la cocaína en polvo que mascar hojas de coca o té para mercados no tradicionales. Ya existen numerosas variaciones de estos productos producidos en la región andina, incluidos los caramelos, las pastillas o las bolsitas orales a base de azúcar.

Las bolsas son comparables a los productos de tabaco oral, como el *snus* que se usa en Noruega y Suecia (llamados "bandidos" en los EE. UU.). Una cantidad de hoja de coca, o harina de coca, más un aditivo alcalino para activar el alcaloide, está contenida en una pequeña bolsa permeable, similar a una bolsa de té, que se coloca dentro de la boca entre el labio y la encía o debajo de la lengua. Esto libera una dosis más baja de cocaína durante un período de tiempo más largo, de manera similar a la masticación de coca más tradicional. El inicio del efecto es más lento que con la cocaína inhalada, y el efecto es más suave pero más consistente y más duradero, evitando los altibajos de la repetición de dosis con polvo inhalado. Algunos productos regionales de coca existentes como *mambe* y *coca machucada* ya constituyen un paso en la dirección de hacer que masticar sea más fácil de usar. El mambe es una forma tradicional de consumo de coca que ahora se está generalizando en Colombia. Esta es la harina de coca pulverizada premezclada con una ceniza alcalina. La coca machucada es un formato utilizado en Bolivia donde la hoja de coca se mezcla con aromas y álcali,

luego toda la mezcla se suaviza con un martillo, lo que hace que la coca sea más fácil de "masticar".

Los productos orales a base de coca también pueden tomar la forma de pastillas, que de manera similar se colocan entre el labio y la encía y se absorben durante un período de hasta una hora o más. Ambos tienen un sabor a coca distinto, no del agrado de todos, pero esto se puede cambiar hasta cierto punto con saborizantes. Los productos existentes de este tipo están diseñados para los mercados locales que ya están familiarizados con la coca, y no para las personas que actualmente consumen cocaína en polvo. Sin embargo, ciertamente existe la posibilidad de que tales productos se desarrollen teniendo en cuenta los mercados de exportación no tradicionales. Es una pregunta abierta en cuanto a hasta qué punto podrían atender a los consumidores que buscan los efectos de la cocaína convencional, y es posible que solo jueguen un papel pequeño en el desplazamiento del consumo de cocaína en polvo con el tiempo. Cualquier respuesta será especulativa hasta que llegue al mercado.

Dichos productos solo requerirían una regulación adecuada al riesgo relativamente modesto que presentan, probablemente comparable a los productos de reemplazo de nicotina, con un modelo de venta libre para adultos en farmacias. Estarían sensatamente disponibles y se promoverían como un sustituto de menor riesgo de la cocaína en polvo.

Los riesgos de las bebidas alcohólicas mezcladas y estimulantes: Four Loko

Four Loko fue la más notoria de una serie de bebidas gaseosas alcohólicas dulces con cafeína que surgieron en los mercados estadounidenses y mundiales entre 2001 y 2010. Vendido en ocho sabores de frutas, *Four Loko* tenía hasta un 12% de contenido de alcohol en una lata de 0,7 litros, lo que significa que una lata contenía el equivalente a 4-5 botellas estándar de cerveza, junto con 156 miligramos de cafeína (equivalente a dos latas de *Red Bull*). El marketing de *Four Loko* se dirigió a los consumidores jóvenes a través de la marca de estilo de vida y el patrocinio de eventos musicales.

Alrededor de 2009 comenzó a atraer la cobertura de los principales medios de comunicación cuando se asoció con incidentes de alto perfil de consumo excesivo de alcohol y hospitalizaciones entre adolescentes y en campus universitarios. Algunos medios de comunicación los denominaron "cocaína líquida", "crack en una lata" y "apagón en una lata", y pronto siguieron prohibiciones en los campus, en las cadenas de supermercados y luego a nivel estatal. Los productores finalmente retiraron de la venta *Four Loko* en los EE. UU., cuando la FDA declaró que la cafeína era un aditivo alimentario no autorizado que planteaba problemas de salud (volvió más tarde sin el contenido de cafeína).

Debe reconocerse que la introducción de productos de menor potencia podría crear nuevas formas de consumo de cocaína donde no existía anteriormente, sin embargo, la experiencia de Perú y Bolivia (donde existen mercados legales de coca pero los niveles de consumo de cocaína siguen siendo relativamente bajos) sugiere que esto es poco probable. Desde una perspectiva de salud pública, esto puede no ser una preocupación importante, ya que dichos productos tienen un riesgo relativamente bajo y pueden simplemente ampliar la elección del consumidor entre productos (como té o café) que son comparables por su bajo riesgo, u otros (como el tabaco) que son de mayor riesgo. Sin embargo, es posible que tales productos conduzcan a formas más riesgosas de consumo de cocaína para algunos que de otro modo no hubieran optado por experimentar. Es por esta razón que alguna regulación para mitigar tales riesgos, obviamente límites de edad en las ventas por ejemplo, sería apropiada, incluso si la probabilidad es relativamente baja.

Productos de coca oral mejorados

Los productos elaborados con coca tienen naturalmente una potencia limitada, ya que la coca misma contiene alrededor del 1% de cocaína. Si bien los productos de coca proporcionan un leve efecto de cocaína, existe una gran brecha, en términos de intensidad, entre ellos y la cocaína en polvo extraída. Ciertamente, sería posible producir productos orales más potentes, como snus/bolsas o pastillas, que proporcionen una dosis más alta de cocaína que los productos que solo contienen coca, pero que aún brinden una administración oral más segura y más lenta. Estos podrían ser productos de coca purificados o producirse para incluir un "refuerzo" del alcaloide extraído. Alternativamente, podrían ser esencialmente productos farmacéuticos de cocaína en un nuevo sistema de entrega (algo así como *snus* sin tabaco más nuevos o pastillas de reemplazo de nicotina). Alejarse por completo del contenido de coca tendría implicaciones para la dimensión de desarrollo económico de esta discusión (ver Capítulo 6).

A medida que aumenta la potencia y la dosis de los productos mejorados de la coca, los riesgos también aumentan inevitablemente, incluso si siguen siendo más bajos que los de la cocaína en polvo. Los modelos de regulación para tales productos tendrían que reflejar esto, y sería necesario determinar el umbral de potencia al que se aplicaron los diferentes niveles de control. Estos productos solo podrían ser promocionados por los vendedores de cocaína como una alternativa más segura a la cocaína en polvo. El racionamiento podría ser menos







Chicle de coca, pastillas de coca y Coca Mambe

FOTOS: Steve Rolles, 2019, y (Mambe) Crista Castellanos. bit.ly/33JDKkZ. Compartido bajo una licencia, Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en).

estricto y los precios más bajos para incentivar a las personas que consumen cocaína para cambiar al producto más seguro. Si bien los productos de coca más suaves, como el té de coca, podrían venderse con pocas restricciones (más allá de un etiquetado claro de contenido), los productos más fuertes deberían controlarse de manera más estricta.

Modelo de regulación propuesto para el crack de cocaína

¿Qué es el crack de cocaína?

El crack es cocaína. Es la misma droga que la cocaína en polvo simplemente en una forma (en términos técnicos, la base en lugar de la sal) que permite un modo diferente de administración, es decir, fumando. Esto significa que los efectos son los mismos que los de la cocaína, solo que dramáticamente más intensos y de corta duración. En comparación con inhalar cocaína en polvo, fumar crack ahumado puede conceptualizarse como la misma droga, pero con los efectos experimentados inmediatamente y todos a la vez; su efecto está concentrado entre un quinto y un décimo de la escala de tiempo (más de 5–10 minutos en comparación con 45–120 minutos), por lo que los niveles en plasma sanguíneo alcanzan un pico mucho más alto. Los efectos de la cocaína en polvo inyectada son de una intensidad similar a la del crack fumado, aunque ninguno se pierde por la exhalación. El crack también se inyecta a veces, con efectos indistinguibles a los de la cocaína en polvo inyectada, ya que se convierte nuevamente en sal cuando se prepara para la inyección.

Los riesgos del crack de cocaína son mayores debido a la mayor velocidad e intensidad de la exposición. También existen riesgos adicionales asociados con el tabaquismo y el daño respiratorio. Los daños respiratorios por fumar crack o pasta base aumentan cuando se fuma con pipas improvisadas hechas con latas de bebidas o botellas de plástico, que pueden liberar vapores tóxicos cuando se calientan. El uso de tubos cortos de vidrio para crack (sin boquilla de látex) también se ha asociado con quemaduras, cortes e infecciones en los labios, y son una vía de transmisión potencial de enfermedades infecciosas como herpes, tuberculosis, hepatitis y Covid-19 si se comparte.



Crack de cocaína
FOTO: iStock

Los patrones de uso del crack varían. La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de EE. UU. de 2018 encontró que, si bien aproximadamente 9 millones de personas mayores de 12 años dijeron que habían usado crack en algún momento de su vida, solo 757.000 habían consumido crack en el último año, lo que significa que más del 90% de los usuarios de por vida no lo habían hecho. Menos del 5% de los usuarios de por vida habían consumido crack en el último mes. Se informaron cifras muy similares para el año 2017.[50] Según los informes, el consumo ocasional de crack recreativo en los EE. UU. se ha vuelto más popular entre los trabajadores de mayores ingresos en el sector financiero en los últimos años, aparentemente en contraste con las representaciones de medios generalizadas y altamente racializadas que muestran al crack asociado de forma única con la pobreza y la adicción autodestructiva.[51]

El profesor Carl Hart ha señalado que "incluso en el pico [de] uso generalizado ... sólo del 10–20 por ciento de los consumidores de crack se volvieron adictos".[52] Sin embargo, también es cierto que la intensidad de la experiencia del crack se presta a patrones de consumo compulsivo más problemáticos que la cocaína en polvo. La intensidad y el desapego asociados con el crack tienen ciertas similitudes con la heroína: tanto con la experiencia profunda del placer como con la ansiedad asociada con el descenso y la abstinencia, lo que conduce al anhelo y al uso repetido. Para el crack, el alivio de la bajada a menudo puede involucrar otras drogas como alcohol, benzodiazepinas u opioides. Sin embargo, también está mucho más asociado con el uso episódico intenso que la heroína. El informe *Trendspotter* del OEDT señala que: "a diferencia del caso de la heroína, la dependencia del crack de cocaína no implica necesariamente el uso diario; el crack se utiliza a menudo en atracones que pueden durar días

50 SAMHSA (2019). Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud 2018: Tablas Detalladas. Cuadro 1.70. www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables

51 Details (2013). ¿Pueden las personas fumar crack de forma recreativa? Publicado nuevamente en *Business Insider* el 11 de noviembre. www.businessinsider.com/can-people-smoke-crack-recreationally-2013-11?r=US&IR=T

52 Hart C. (2013). *High Price: Drugs, Neuroscience, and Discovering Myself*. London: Penguin.

hasta el agotamiento físico o económico, aunque las personas que consumen tanto crack como heroína son mucho más propensas a consumir crack a diario".[53] En cuanto al perfil de las personas que consumen crack, el EMCDDA señala que:

> *...los consumidores de crack son a menudo marginados, ya sean consumidores de polidrogas sin hogar en la calle (Irlanda), migrantes de Europa del Este que cambian de anfetaminas al crack (Francia), migrantes que pertenecen a grupos étnicos minoritarios (Francia y Dinamarca) o nacionales que son consumidores a largo plazo de crack y otras drogas (Frankfurt).*[54]

Modelo de regulación propuesto

La pregunta "pero ¿qué pasa con el crack?" nunca está lejos cuando se discute la regulación legal de la cocaína. Intentar regular el crack, que a menudo se asocia con conductas de alto riesgo y daños personales y sociales, puede parecer abrumador. La respuesta es comenzar por ir más allá de las soluciones simplificadas que, a lo largo de los años, han fracasado de manera demostrable en producir resultados efectivos.

Más de cuatro décadas de aplicación de la justicia penal no han erradicado el consumo de crack. Independientemente de cómo se pueda sentir uno al respecto, es necesario aceptar que algunas personas quieren y utilizarán crack a pesar de los esfuerzos por persuadirlos de lo contrario. Negar, o rechazar el desafío, es contraproducente. En cambio, debemos considerar la evidencia disponible. Esto nos ayudará a comprender qué tipos de intervención serán más eficaces para reducir los daños que el crack puede causar tanto a las personas que lo usan como a la comunidad en general. Esto puede incluir un objetivo a largo plazo de reducir los niveles generales de uso de crack, en paralelo con un enfoque en la salud y el bienestar de quienes continúan usándolo.

Para ser claros, no abogamos por un modelo en el que el crack se venda bajo licencia de ningún tipo. Pero no hay ningún beneficio en seguir criminalizando y demonizando a las personas que consumen crack. En cambio, necesitamos

53 EMCDDA (2018). Cambios recientes en el mercado europeo de la cocaína: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.13. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10225/2018-cocaine-trendspotter-rapid-communication.pdf

54 Véase la nota 53 a pie de página.



Kit para fumar crack más seguro
incluyendo pipa de vidrio, boquilla de goma, gasa, barra, protector labial y condón
FOTO: Ernesto Cortes

una respuesta coordinada dirigida por la salud pública, combinada con el apoyo social adecuado. Despenalizar la posesión de crack para uso personal (junto con todas las drogas) y abordar las condiciones sociales que subyacen al uso más problemático del crack es clave para reducir las conductas de alto riesgo a largo plazo.

Las respuestas de salud pública son más difíciles y menos establecidas para el crack que para la heroína. Si bien incluso los patrones más arraigados de consumo de heroína pueden responder bien a las recetas regulares, el consumo problemático de crack a menudo se caracteriza por ciclos de atracones y choques menos fáciles de manejar. Los patrones de uso episódicos tienden a llevar a un compromiso esporádico con los servicios de tratamiento, lo que complica la provisión del apoyo adecuado.

Si bien las personas que consumen heroína suministrada ilegalmente pueden mantenerse y estabilizarse con éxito con preparaciones prescritas de heroína, o aceptar recetas sustitutivas como metadona, buprenorfina, hidromorfona

o incluso opio, no existe un modelo médico para prescribir crack. Algunas investigaciones han explorado la prescripción de estimulantes sustitutos como las anfetaminas y Modafinil, o el uso de preparaciones de cocaína menos potentes.[55] También se ha demostrado que la prescripción de heroína reduce el consumo de crack entre las personas que consumen tanto crack como heroína: la evidencia de los programas de tratamiento asistido con heroína en Suiza y el Reino Unido muestra una disminución significativa en el consumo de crack entre los clientes que pueden acceder regularmente a la heroína recetada.[56] Existe alguna evidencia de que el suministro de cannabis también es eficaz.[57]

El creciente uso simultáneo de crack y heroína es otra consecuencia negativa involuntaria de la prohibición. En el caso del crack en el Reino Unido, el mercado ilegal de heroína establecido desde hace mucho tiempo creó una red de distribución lista para usar y un mercado receptivo para el nuevo producto. Este es un mercado y una cultura que la regulación ayudaría activa y directamente a desmantelar, trayendo beneficios a corto plazo y ayudando a asegurar que cualquier futura "epidemia" de drogas tenga menos probabilidades de afianzarse. Los beneficios sociales de la regulación aquí son particularmente agudos, ya que las personas que consumen crack a menudo provienen de comunidades ya desfavorecidas, que luchan contra la pobreza, las viviendas precarias, las pocas oportunidades laborales y las comunidades fracturadas.

Debemos reconocer que si la cocaína en polvo está disponible, a través de canales minoristas legales o prescritos, el crack también seguirá estando disponible de manera efectiva. Hacer crack a partir de cocaína en polvo es un procedimiento de cocina simple y es imposible de prevenir. Incluso si el crack no está directamente disponible, determinados individuos previamente dispuestos a comprometerse con los riesgos del mercado ilegal para adquirirlo claramente no carecerían de la motivación para fabricarlo a partir de un suministro legal de

55 Kampman, K.M. (2008).)."La búsqueda de medicamentos para tratar la dependencia de estimulantes". *Addiction Science and Clinical Practice* 4.2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797110/

56 El Centro Nacional de Adicciones, King's Health Partners, et al. (2009). ¿Es intratable o simplemente difícil de tratar?", Resultados del ensayo aleatorizado de tratamiento con opioides inyectables (RIOTT). http://fileserver.idpc.net/library/Untreatable%20or%20just%20hard%20to%20treat.pdf; Killias, M. and Aebi, M. (2000). "El impacto de la prescripción de heroína en los mercados de heroína en Suiza". *Crime Prevention Studies* 11. transformdrugs.org/wp-content/uploads/2019/09/impact-of-heroin-prescription.pdf; Transform Drug Policy Foundation (2019). Golpear los mercados de heroína y crack: Financiamiento del tratamiento asistido con heroína a través del aumento de las ganancias del dinero de la ley contra el crimen. https://transformdrugs.org/blog/hitting-heroin-and-crack-markets-funding-heroin-assisted-treatment-through-increased-proceeds-of-crime-act-money

57 OMS y UNICRI (1995). El Proyecto Cocaína. p.16. web.archive.org/web/20090624103532/www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf; Socías, ME, Kerr, T., Wood, E. (2017). "Consumo intencional de cannabis para reducir el consumo de crack en un entorno canadiense Un análisis longitudinal". *Addict Behav* 72. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28399488/

cocaína en polvo. Por lo tanto, el enfoque debe permanecer en cómo reducir el daño en la medida de lo posible.

La reducción de daños es posible con respecto al crack, y las intervenciones se están estableciendo cada vez más (ver Capítulo 7). Por ejemplo, varios lugares en Vancouver distribuyen kits de reducción de daños por crack, y también se han iniciado algunos experimentos con lugares de consumo supervisados para el uso de crack. Estas intervenciones apuntan hacia un modelo en el que, aunque el crack podría no estar disponible directamente, se establecería una disposición de reducción de daños para aquellos que continúen adquiriéndolo y usándolo, independientemente de si lo hacen a través de canales ilegales o cuasi legales.

Un enfoque pragmático de tres niveles

No existe una respuesta simple o única al desafío de regular los productos a base de coca en toda su variedad. La política de drogas actual no permite por completo que las diferencias en fuerza y riesgo se reflejen en la regulación. Nuestra propuesta es reconocer estas distinciones y construir un sistema que utilice todas las opciones regulatorias disponibles —a través de licencias, controles de precios, racionamiento y restricciones en la comercialización — para establecer un enfoque escalonado para lograr los objetivos de la regulación descritos en el Capítulo 1. La adaptación de los elementos establecidos en nuestro modelo de regulación estándar a los productos que varían en potencia permite la creación de un mercado viable que no fomenta su uso ni lo criminaliza.

Según el modelo escalonado explorado en este capítulo, los productos de coca de menor potencia estarán más fácilmente disponibles, mientras que el suministro de cocaína en polvo estará estrictamente controlado y racionado. El crack de cocaína, por el contrario, se gestionará mediante una respuesta dedicada a la reducción de daños que incluye lugares de consumo supervisados. Por supuesto, ningún sistema erradicará todos los daños y cada sistema tendrá lagunas que se pueden aprovechar. La regulación debe

La regulación debe ser proactiva, monitorear y evaluar constantemente los resultados para garantizar que se combatan los daños y se priorice la salud

ser proactiva, monitoreando y evaluando constantemente los resultados para garantizar que se combatan los daños y se priorice la salud. Al incorporar la gama completa de preparados a base de coca en un marco regulatorio general, podemos comenzar este proceso y comenzar a deshacer los daños causados por décadas de suministro caótico e incontrolado.

FOTO: iStock



6
Desarrollo sustentable y regulación equitativa

Los mercados regulados a futuro para la venta no médica de estas drogas no serían completamente nuevos. Más bien, buscarían regular legalmente grandes mercados ilegales existentes

ASUMIENDO QUE LOS DESAFÍOS JURÍDICOS Y POLÍTICOS SE PUEDEN ABORDAR, la producción regulada de estimulantes para futuros mercados legales no es, a primera vista, un gran desafío práctico. No hay ningún misterio sobre cómo producir legalmente cocaína, anfetaminas y MDMA: todos ya se producen legalmente para usos médicos y científicos. Los marcos existentes también pueden servir como guía al desarrollar regulaciones para la producción no médica.

Los futuros mercados regulados para la venta no médica de estas drogas no serían mercados completamente nuevos. Más bien, buscarían regular legalmente los grandes mercados ilegales existentes. Estos mercados sustentan actualmente el soporte de millones de personas, muchas de las cuales, particularmente en el caso de los mercados de coca / cocaína, viven en condiciones de extrema vulnerabilidad económica y dependen de la economía ilegal de las drogas para su supervivencia.

Existe un peligro real de que la reforma de la política de drogas conduzca al dominio económico de las mismas fuerzas del Norte global que han impulsado la prohibición. Este riesgo ya se ha hecho evidente en el caso del cannabis, donde las empresas multinacionales han comenzado a aprovechar las oportunidades de producción en las comunidades tradicionales de cultivo. En ausencia de una planificación proactiva, existe el riesgo de que la agenda de desarrollo sostenible vuelva a quedar marginada. La carga de la guerra mundial contra las drogas ha recaído más fuertemente sobre las poblaciones económicamente marginadas, particularmente en las regiones de producción primaria y tránsito, y los beneficios de terminar con la prohibición corren el riesgo de estar igualmente distribuidos de manera desigual. Sin una intervención activa, los mercados emergentes de drogas legales caerán, por defecto, rápidamente en manos de las empresas farmacéuticas y agropecuarias globales, y aquellos que actualmente dependen del empleo precario en el comercio ilegal quedarán a la deriva.

"Los países desarrollados, los principales consumidores, han impuesto políticas perjudiciales a los países productores de drogas. Estas políticas han tenido consecuencias nefastas ... para el desarrollo económico y la estabilidad política de los países productores ... [L]a estrategia de 'guerra contra las drogas' no tuvo un impacto significativo en sus objetivos de aumentar el precio de venta de las drogas y reducir el consumo. En cambio ... la prohibición creó incentivos económicos para que los traficantes emergieran y prosperaran".

Fernando Henrique Cardoso

34o Presidente de Brasil 2010, miembro de la Comisión Global sobre Drogas

Cardoso, FH (2010). Prefacio. En: Keefer, P. y Loayza, N. (eds) (2010). Transgresores inocentes: países en desarrollo y la guerra contra las drogas. Washington, DC: Palgrave MacMillan y el Banco Mundial.
documents.worldbank.org/curated/en/144831468154466729/pdf/536410PUB0Inno1010fficial0Use00nly1.pdf

Los mercados de drogas ilegales presentan una paradoja del desarrollo: socavan activamente el desarrollo social y económico, al mismo tiempo que ofrecen un salvavidas económico a algunos de los más vulnerables. Comprender la dinámica de esta paradoja es vital para pensar en cómo se puede navegar a medida que se desarrolla el proceso de reforma.

La producción y distribución de drogas ilegales está despiadadamente motivada por las ganancias, pero en gran medida no está restringida por las reglas, la responsabilidad y las instituciones que guían las economías legales. Las organizaciones criminales flexibles y oportunistas se sienten atraídas por lugares donde pueden operar sin obstáculos. Naturalmente, gravitan hacia comunidades más pobres, vulnerables y geográficamente marginadas, áreas de profunda desigualdad estructural, Estados frágiles con instituciones más débiles y zonas de conflicto. Aquí, pueden evitar amenazas a su negocio por parte del Estado, minimizar los costos de producción y tránsito y maximizar las ganancias.[1]

Donde las instituciones estatales están subdesarrolladas y con fondos insuficientes, la vulnerabilidad a la corrupción relacionada con el mercado de drogas solo aumenta, a medida que los grupos del crimen organizado buscan asegurar y expandir su control. La violencia y la intimidación, dinámicas paralelas e igualmente destructivas, a menudo pueden convertirse en las

1 Buxton, J, (2015). Drogas y desarrollo: la gran desconexión. Universidad de Swansea (Observatorio Mundial de Políticas de Drogas) www.swansea.ac.uk/media/Drugs-and-Development-The-Great-Disconnect.pdf

herramientas reguladoras predeterminadas para las economías de las drogas ilegales en ausencia de una infraestructura reguladora legal. Cuando la violencia y la intimidación se normalizan en la vida cotidiana y la corrupción se vuelve endémica dentro de la Policía, el Poder Judicial y la política, los ciudadanos pueden perder la fe en las instituciones que consideran ineficaces e irresponsables, o peor aún, cómplices de la actividad delictiva. El estado de derecho se ve gravemente socavado y la delincuencia organizada se fortalece aún más.

Los mercados de drogas ilegales también pueden socavar el desarrollo económico en general. Los beneficios de las drogas ilegales y las operaciones relacionadas de lavado de dinero y corrupción pueden crear competencia desleal y distorsiones macroeconómicas, mientras que la violencia y la inestabilidad relacionadas con las drogas pueden disuadir la inversión y el turismo. En algunas regiones, los recursos disponibles para el crimen organizado provenientes de las ganancias de las drogas pueden ser iguales o mayores que los disponibles para el gobierno. En este extremo, la economía de las drogas ilegales se convierte en una amenaza existencial para el propio Estado, arriesgando la creación de "narco-estados" atrapados en una espiral de subdesarrollo.

"Los esfuerzos globales de control de drogas han tenido una dramática consecuencia no deseada: un mercado negro criminal de proporciones asombrosas. El crimen organizado es una amenaza para la seguridad. Las organizaciones criminales tienen el poder de desestabilizar la sociedad y los gobiernos. El negocio de las drogas ilícitas tiene un valor de miles de millones de dólares al año, parte del cual se utiliza para corromper a los funcionarios del gobierno y envenenar las economías.

"Los carteles de la droga están extendiendo la violencia en Centroamérica, México y el Caribe. África occidental está siendo atacada por el narcotráfico. La colusión entre insurgentes y grupos criminales amenaza la estabilidad de Asia occidental, los Andes y partes de África, alimentando el comercio de armas de contrabando, el saqueo de recursos naturales y la piratería".

Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2009). Campaña Mundial contra las Drogas: Seguridad y Justicia. Nota: este texto apareció en la página web de la UNODC en 2009, pero se eliminó a finales de 2015. La página archivada está disponible aquí: web.archive.org/web/20090826182157/www.unodc.org/drugs/en/security-and-justice/index.html



Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU

FUENTE: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/

La corrupción, la violencia y la desestabilización económica alimentadas por la guerra contra las drogas — las "consecuencias no deseadas" tan claramente identificadas por la UNODC- son serios obstáculos para la gobernabilidad democrática. También dificultan, si no imposibilitan, la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de las Naciones Unidas para grandes grupos de ciudadanos en las regiones más afectadas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU son universales. Por lo tanto, pensar en la dimensión de desarrollo sostenible de la política de drogas no debe limitarse a las dicotomías simplistas del Norte versus el Sur, del mundo desarrollado versus el mundo en desarrollo o de un país consumidor rico versus un país productor pobre. La guerra contra las drogas ha exacerbado la marginación y la vulnerabilidad en comunidades de todo el mundo. Sin embargo, los impactos económicos de la prohibición (y los riesgos de formas continuas, aunque diferentes, de explotación y opresión bajo la regulación legal) son especialmente pronunciados en aquellas regiones donde actualmente se cultivan drogas de origen vegetal y los países a través de los cuales se transportan los productos.

En el caso de estimulantes, esto quiere decir principalmente las regiones cocaleras de América del Sur y los países de tránsito de América Central. Sin embargo, también significa en cualquier parte de la cadena de suministro de anfetaminas y MDMA.

Este capítulo explora las implicaciones para el desarrollo del proceso de reforma y considera cómo las perspectivas de desarrollo pueden y deben integrarse en los marcos normativos emergentes. Hacia el final, explora cómo facilitar la justicia social de manera más amplia: incluso en la etapa minorista, asegurando que los nuevos mercados legales brinden beneficios a las comunidades afectadas de manera desproporcionada por la aplicación de la ley bajo la prohibición.

Transición a mercados regulados

Hay cuestiones de desarrollo y justicia social muy diferentes relacionadas con cada una de las drogas estimulantes de este libro, y para las diferentes personas involucradas en cada eslabón de las cadenas de suministro: personas que cultivan y producen, personas que transportan y personas que venden y consumen drogas.

En cada etapa, sin embargo, hay temas comunes de desigualdad, vulnerabilidad y explotación. Muy pocas personas que trabajan en la economía de las drogas ilegales coinciden con los estereotipos de gánsteres adinerados que dominan los titulares de las noticias y los dramas televisivos. La realidad es que el mercado de las drogas ilegales es profundamente inicuo, con una pequeña cantidad de "jefes" adinerados ampliamente superados en número por millones de agricultores, mensajeros y traficantes callejeros de bajos ingresos. Estos niveles más bajos del mercado de las drogas están desproporcionadamente poblados por personas que ya están social y económicamente marginadas. Su migración a la economía de las drogas ilegales, si bien proporciona un medio de supervivencia económica a corto plazo e incluso permite cierto grado de inclusión social, tenderá a afianzar la pobreza y la marginación a largo plazo al convertirlos en objetivos de la aplicación de la ley, sujetos a la criminalización, el encarcelamiento y la violencia, así como a la explotación e intimidación por parte de grupos del crimen organizado.

MDMA

El mercado ilegal de MDMA es, por valor, relativamente pequeño en comparación con las anfetaminas y la cocaína.[2] Como se discutió en el capítulo sobre MDMA, hasta alrededor de 2008, la fabricación ilegal de MDMA involucraba un precursor de origen vegetal (aceite de safrol derivado del árbol de sasafrás en China y Camboya), pero esto era modesto en escala y en términos económicos. La producción ilegal de MDMA para el mercado mundial ha sido reemplazada desde entonces por un proceso químico completamente sintético. Relativamente pocas personas se dedican a la producción, que en su mayoría tiene lugar dentro de la Unión Europea, especialmente en los Países Bajos, aunque se informa que la producción se ha diversificado en los últimos años para incluir otros países como Canadá y China.[3]

La naturaleza de la producción de MDMA significa que los problemas de desarrollo son menos graves. Su escala comparativamente pequeña dicta que se requerirán relativamente pocos actores con licencia para satisfacer la demanda del mercado. No obstante, cualquier modelo regulatorio para la producción debe diseñarse teniendo en cuenta la equidad social y la justicia, implementando los principios básicos descritos en el Capítulo 1: esto incluye evitar la captura corporativa excesiva y asegurar una distribución equitativa de las licencias.

Anfetaminas

La producción legal e ilegal de anfetaminas es ahora mayoritariamente sintética, utilizando BMK (fenilacetona) como precursor clave, que a su vez puede sintetizarse con relativa facilidad, dependiendo de las sustancias químicas disponibles para su fabricación. La metanfetamina se puede sintetizar de manera similar a partir del fenilacetona, pero también a partir de la efedrina o la pseudoefedrina, sustancias que se encuentran en muchas curas comunes para el resfriado de venta libre (la fuente de importante producción de metanfetamina en pequeña escala) y en la planta de efedra.[4] La efedra tiene una

2 En 2005, la UNODC estimó el mercado de la cocaína en $ 70 mil millones por año, el mercado de anfetaminas en $ 28 mil millones por año y el mercado de éxtasis / MDMA en $ 16 mil millones por año: UNODC (2005). Informe Mundial sobre las Drogas 2005: Volumen 1: Análisis. www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_web.pdf. pp.130–143.

3 Centro Europeo para el Monitoreo de Drogas y Drogadicción (2016). Cambios recientes en el mercado europeo de MDMA / éxtasis: resultados de un estudio de tendencias del EMCDDA. p.5. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2473/TD0116348ENN.pdf

4 Erowid (2004). Síntesis de fenil-2-propanona (P2P). Archivado en: erowid.org/archive/rhodium/chemistry/phenylacetone.html

larga historia de uso tradicional en China, India y Asia central, donde existe un importante mercado legal para el té de efedra y los remedios herbales.

También hay una tendencia creciente en Afganistán hacia el cultivo de efedra para la producción ilegal de metanfetamina, tanto para el consumo interno como para la exportación al mercado mundial a través de Irán.[5] Mientras que los remedios de venta libre que contienen la efedrina o seudoefedrina han ofrecido una opción precursora a pequeña escala mucho más fácil para la producción de metanfetamina, las tendencias recientes reportadas en Afganistán muestran que algunos productores están cambiando a una variante silvestre de la planta de efedra que crece en las montañas, reduciendo los costos de producción a la mitad y contribuyendo a una industria regional de metanfetamina en expansión.[6] Sin embargo, la novedad y la escala relativamente pequeña de este nuevo mercado oportunista sugieren que las implicaciones para el desarrollo de la transición hacia alguna forma de producción legal serían relativamente marginales. Esta producción basada en plantas es significativamente menos importante económicamente en escala que la producción ilegal de opio y cannabis en Afganistán, por ejemplo.



Cultivo de efedra
para la producción de metanfetamina se está generalizando cada vez más en Afganistán
FOTO: David Mansfield, 2020

5 Mansfield, D., Soderholm, A. y Organización para el Desarrollo Sostenible y la Investigación (2019). Lectura larga: Las incógnitas desconocidas de la nueva ola de producción de metanfetamina en Afganistán. LSE US Centre. https://blogs.lse.ac.uk/usappblog/2019/09/30/long-read-the-unknown-unknowns-of-afghanistans-new-wave-of-methamphetamine-production/; UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 4: Temas transversales. pp.26-27. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_4.pdf

6 Bathia, J. (2020). "Revisión de la literatura: Drogas y (des) orden en Afganistán". *Drugs and (dis)order*. p.11. drugs-and-disorder.org/wp-content/uploads/2020/04/Drugs-and-development-in-Afghanistan_Final.pdf; Power, M. (2019). "La metanfetamina de origen vegetal es la próxima frontera del tráfico de drogas en Afganistán". *Vice* 2 de octubre www.vice.com/en_us/article/8xwv83/drug-lords-have-figured-out-how-to-make-meth-from-plants

Producción de anfetaminas y conflicto armado

Según el OEDT, existe una "considerable incertidumbre sobre los niveles de producción actual" de anfetamina en el Medio Oriente, aunque "es probable que el uso de captagon sea bastante fluido y podría cambiar rápidamente en el contexto de la evolución de las situaciones de seguridad, políticas y económicas".[i] El conflicto armado plantea un desafío particular en el contexto del desarrollo, precisamente debido a estas situaciones que se intensifican rápidamente.

También existe una tendencia histórica en el uso de anfetaminas por los combatientes. La producción (y el uso) en Siria, en medio de una violenta guerra civil, destaca un importante desafío para el desarrollo. Se ha reportado que entre los que se benefician de la producción y distribución de drogas se incluye al grupo armado *Hezbollah*, con sede en el Líbano, mientras que la UNODC señala además que el captagon sigue siendo "una fuente potencial de ingresos para los grupos terroristas e insurgentes en la subregión".[ii] El OEDT es más cauteloso y concluye que, "si bien algunos grupos terroristas pueden explotar el mercado de captagon para financiar sus actividades y algunos terroristas a veces pueden usar captagon u otras drogas ... la evidencia disponible no indica ninguna asociación particular entre captagon y terrorismo."[iii]

i OEDT (2018). Captagon: comprender el mercado ilícito de hoy. p.11,15. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

ii Henley, J. (2014). Captagon: la anfetamina que alimenta la guerra civil en Siria". *The Guardian* 13 de enero. www.theguardian.com/world/shortcuts/2014/jan/13/captagon-amphetamine-syria-war-middle-east; UNODC (2019). Informe Mundial sobre las Drogas 2019, folleto 4: Estimulantes. p.52. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf; véase también UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos. p.58. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

iii Ver nota a pie de página 15.

Sin embargo, a nivel mundial, los mercados de anfetaminas y metanfetaminas son enormes y están íntimamente entrelazados con la actividad del crimen organizado, lo que tiene profundos impactos en la seguridad y el desarrollo regionales. El mercado de Asia sudoriental se ha expandido rápidamente en el último decenio y las incautaciones de metanfetamina se han multiplicado por siete y las de anfetamina se han duplicado entre 2008 y 2017.[7] La producción de metanfetamina también se ha desplazado significativamente de China, donde ha habido un esfuerzo concertado de aplicación de la ley, a regiones más remotas y menos vigiladas en el norte de Myanmar.[8] Como señala la UNODC, "como cualquier negocio, las empresas delictivas transnacionales buscan condiciones que sean buenas para los resultados finales, y en el sudeste asiático las condiciones han sido favorables". Tales condiciones incluyen el subdesarrollo

7 UNODC (2019). Actualización inteligente global, volumen 22. El mercado de ETA — 10 años después del Plan de Acción de 2009. págs. 4-5, 7.https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_22_final_web.pdf.

8 Douglas, J. (2018). "El nuevo hotspot de metanfetamina de Asia alimenta los disturbios regionales". *CNN* 8 de junio. edition.cnn.com/2018/06/08/opinions/myanmar-shan-state-methamphetamine-intl/index.html

sistémico, agravado aún más por los mercados de drogas ilegales, así como el suministro inmediato de precursores e industrias químicas bien establecidas.[9]

La mayor parte del comercio de precursores en los últimos años se ha dirigido hacia Oriente Medio. Entre 2008 y 2011, se importaron a Jordania 98 toneladas de BMK (actualmente el precursor clave de la anfetamina y que representa más de dos tercios del comercio mundial), "principalmente para reexportar a Irak". El OEDT informa que "el destino de estas importaciones no está claro" y que "sólo una incautación de precursores" se informó oficialmente en el Oriente Medio entre 2006 y 2012. Como señala el OEDT, "si se desviara incluso un pequeño porcentaje de este precursor", se podrían haber producido grandes volúmenes de anfetamina y sustancias afines.[10] La "legitimidad" de estas importaciones ha sido cuestionada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, con el BMK supuestamente importándose para desarrollar productos de limpieza, a pesar de que existen alternativas disponibles.[11]

Más recientemente, se ha informado del "desmantelamiento" de laboratorios de síntesis de anfetaminas en Líbano y Jordania.[12] Sin embargo, solo cinco fueron desmantelados en el Medio Oriente entre 2010 y 2018.[13] A pesar de estas fuertes sugerencias a partir de las tendencias en el comercio de precursores, la escala exacta de la producción de anfetaminas en el Medio Oriente sigue sin estar clara. El EMCDDA especula que la guerra civil siria ha afectado la producción de captagon a partir de 2011, puesto que han observando que las líneas de producción de captagon se han desplazado de las redes delictivas en los Balcanes en la década de 1990 y principios de la de 2000 a Oriente Medio en los últimos años. Captagon era originalmente una versión medicinal de marca del estimulante fenetilina, pero ahora aparece en el mercado ilegal que contiene predominantemente anfetaminas (ver Capítulo 4). El EMCDDA sugiere que "una combinación de jurisdicción débil, mayor demanda por parte de los combatientes o poblaciones afectadas y varias facciones que buscan acceso a fondos a través del compromiso con el tráfico de drogas pueden haber resultado potencialmente

9 UNODC (2019). Delincuencia organizada transnacional en el sudeste asiático: evolución, crecimiento e impacto. Prefacio. www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/Publications/2019/SEA_TOCTA_2019_web.pdf

10 EMCDDA (2018). Captagon: comprender el mercado ilícito de hoy. p.9. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

11 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2010). Precursores y productos químicos utilizados frecuentemente en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. p.9. www.incb.org/documents/PRECURSORS/TECHNICAL_REPORTS/OLDER-REPORTS/2010/PrecursorsReport2010_Rev_E_V10579291.pdf

12 Véase la nota a pie de página 9.

13 Véase la nota a pie de página 9.



Producción de metanfetamina de alta calidad en Afganistán
FOTO: David Mansfield, 2020

en un mayor incentivo para aumentar la producción de captagon dentro de la región".[14]

Como se discutió en el Capítulo 4, los diferentes mercados y formas de anfetamina en demanda alrededor del mundo presentan un desafío único para la regulación. En términos de producción de captagon, esto parece haberse trasladado al Medio Oriente, ya que es donde está el mercado principal.[15] La regulación de los mercados internos existentes dentro de las regiones es más sencilla. Las cuestiones más importantes para la regulación estarán en relación con la anfetamina producida para el consumo en otras partes del mundo y la garantía de que la regulación de la producción fuera de los países "consumidores" no elimine el salvavidas económico para quienes dependen de la producción de anfetaminas para los mercados ilegales existentes.

Cocaína

La cocaína farmacéutica ya se puede sintetizar completamente a partir de precursores legalmente obtenibles (incluidas la atropina, la tropinona y la carbometoxitopinona, ninguna de las cuales está actualmente controlada por la Convención de las Naciones Unidas sobre Drogas de 1988). El proceso es difícil y actualmente mucho menos económico que la extracción tradicional comparativamente simple de la planta de coca, discutida en el Capítulo 5, y no se sabe que sea una fuente para el mercado ilegal.[16] Sin embargo, esta

14 EMCDDA (2018). Captagon: comprender el mercado ilícito de hoy. p.8. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9783/20184976_TDAU18002ENN_PDF.PDF

15 Véase la nota a pie de página 14. p.6

16 EMCDDA (Sin fecha). Perfil de la cocaína y el crack. www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine



Desde pequeños, los niños aprenden a utilizar machetes para preparar las plantas. Listo para sembrar en un nuevo campo de coca. Caserío La Playa, Colombia 2003.
FOTO: Carlos Villalon, **villalonsantamaria.com**

situación podría cambiar muy rápidamente con innovaciones tecnológicas revolucionarias que podrían remodelar drásticamente cualquier mercado futuro de cocaína, legal o ilegal.

Si bien es impredecible, tal desarrollo no es tan descabellado. Los bioingenieros, por ejemplo, han utilizado recientemente levadura genéticamente modificada con genes de amapola de opio, para producir noscapina, un alcaloide que se produce naturalmente en las amapolas de opio (utilizadas como supresores de la tos no narcóticos), y ha habido rumores persistentes de intentos de científicos clandestinos de lograr algo similar con el alcaloide de la cocaína.[17] Esto sería una inversión de las tendencias de innovación en la producción de anfetaminas, discutidas anteriormente, que a la inversa están viendo transiciones a métodos de producción basados en plantas en partes de Afganistán.

17 Li, Y., Li, S., Thodey, K. et al. (2018). "Biosíntesis completa de noscapina y alcaloides halogenados en levadura". *Proceedings of the National Academy of Sciences*. pp.115–17. **doi.org/10.1073/pnas.1721469115**

Mientras tanto, tanto la hoja de coca cruda como la cocaína farmacéutica están sujetas a estrictos controles internacionales en virtud de la Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961.[18] Al igual que la heroína (diamorfina), derivada de la adormidera, la cocaína se encuentra en la Lista I más estricta del tratado, aunque no en la Lista IV, que se adjunta a algunas designaciones de la Lista I para indicar que una droga no tiene usos médicos que superen el potencial de abuso.[19] El cultivo legal de coca y la producción de cocaína para usos médicos continúan de hecho bajo los auspicios del tratado. Pero dadas las limitadas aplicaciones médicas de la cocaína y la limitada investigación hasta ahora sobre la coca misma, la producción es a una escala mucho menor que la producción legal del opio; la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes estimó que el cultivo cubría aproximadamente 14.000 hectáreas en 2017.[20]

CASO DE ESTUDIO

Guinea Bissau

La creciente demanda de cocaína en Europa, combinada con el aumento de la vigilancia de las rutas de tránsito del Caribe, ha desplazado las líneas de suministro desde América Latina a África Occidental, un ejemplo del "efecto globo" en acción, donde la reducción de la actividad de las drogas ilegales en una región se compensa con un aumento correspondiente en otras partes. Guinea Bissau, que ya experimenta una gobernanza débil, una pobreza endémica y una infraestructura policial limitada, se ha visto particularmente afectada por este efecto, con graves consecuencias para uno de los países más subdesarrollados de la Tierra.[21]

En 2006, el PIB total de Guinea-Bissau fue de 304 millones de dólares, el equivalente a seis toneladas de cocaína vendidas en Europa al por mayor.[22]

18 Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961). Enmendado por el Protocolo de 1972 que modifica la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

19 Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961). Enmendado por el Protocolo de 1972 que modifica la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

20 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2017). Estupefacientes 2017: Requisitos mundiales estimados para 2018. p.105. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf

21 Loewenstein, A. (2019). "Cómo el narcotráfico transformó un país tropical pacífico en un estado narco". *Vice.* 12 de diciembre www.vice.com/en_us/article/gyzznx/how-the-drug-trade-transformed-a-peaceful-tropical-country-into-a-narco-state; ver tambien: Loewenstein, A. (2019). "Pastillas, polvo y humo: dentro de la sangrienta guerra contra las drogas". *Scribe*.

22 UNODC (2008). Tráfico de cocaína en África occidental: la amenaza para la estabilidad y el desarrollo. p.10. www.unodc.org/documents/data-and-analysis/west_africa_cocaine_report_2007-12_en.pdf

Para 2008, se estimaba que 50 toneladas de cocaína pasaban por África occidental cada año, y al menos 30 toneladas iban a Guinea Bissau.[23] La disparidad de riqueza entre las organizaciones de trata y las autoridades ha facilitado la infiltración y corrupción de la escasa infraestructura estatal que existe. Las investigaciones muestran una amplia participación de la policía, el ejército, los ministros del gobierno y la familia presidencial en el tráfico de cocaína, donde la llegada de esta última también ha provocado un fuerte aumento del uso indebido de cocaína y crack entre la población en general.[24]

Las autoridades de Guinea Bissau carecían de los equipos necesarios para hacer frente a la afluencia de la delincuencia organizada. En 2019, el presidente de Guinea Bissau afirmó que "no tenemos aviones, no tenemos barcos, carecemos de los radares que nos darían control sobre nuestra ... zona económica", para responder al poder de los traficantes de droga.[25] Los oficiales del ejército que abordan el problema informan que solo tienen teléfonos móviles como dispositivos de comunicación. Sin embargo, la respuesta oficial también se ve fuertemente socavada por la magnitud de la corrupción, que a su vez se ha visto exacerbada por el repentino interés del crimen organizado internacional en el país. En 2013, la Agencia Antidrogas de EE. UU se involucró, lo que llevó al arresto de un exjefe naval de Guinea Bissau en 2013, pero esto también resultó "en última instancia infructuoso".[26]

La guerra contra las drogas ha convertido a Guinea Bissau de un Estado frágil a un narcoestado fallido en menos de una década, creando un entorno institucional en el que los procesos de desarrollo incipientes se reducen o se invierten. Otros países de África occidental también se ven afectados o amenazados, al igual que todos los Estados frágiles con el potencial de ser utilizados como países productores o de tránsito. Cuando una línea de distribución se cierra, otra se abre a la fuerza, y el subdesarrollo brinda oportunidades para que los traficantes de drogas las exploten.

23 Mallinder, L. (2018). ¿Sigues siendo un narcoestado? La economía ilegal de las drogas en Guinea-Bissau. Global Initiative against Transnational Organized Crime. 27 de marzo. globalinitiative.net/guinea-bissau-illegal-drug-economy/

24 UNODC (2007). Tráfico de cocaína en África occidental: Informe de situación. www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Cocaine-trafficking-Africa-en.pdf

25 Mallinder, L. (2019). "El presidente está preocupado por el tráfico de drogas mientras Guinea-Bissau vota". *Al Jazeera* 10 de marzo. www.aljazeera.com/indepth/features/key-vote-guinea-bissau-president-worried-drug-trade-190308224352266.html

26 Loewenstein, A. (2019). "Cómo el narcotráfico transformó un país tropical pacífico en un estado narco". *Vice.* 12 de diciembre. www.vice.com/en_us/article/gyzznx/how-the-drug-trade-transformed-a-peaceful-tropical-country-into-a-narco-state

A diferencia de la MDMA sintética y la anfetamina, la cocaína todavía se produce exclusivamente a partir de la hoja de coca (la síntesis química es posible pero aún no económicamente viable). Esto crea una serie de desafíos de desarrollo más agudos. Las cifras más recientes de la UNODC sugieren que la producción ilegal de cocaína a nivel mundial alcanzó un récord en 2018, con más de 240.000 hectáreas de cultivo de arbusto de coca en todo el mundo y una producción estimada de 1.723 toneladas de cocaína, casi el doble de los valores equivalentes de 2013.[27]

La UNODC también informó de incautaciones récord de cocaína en 2018 de 1.311 toneladas. De esto se puede extrapolar que el consumo global para 2018, o al menos la cocaína disponible para el consumo, fue de aproximadamente 412 toneladas.[28] Sin embargo, existen importantes interrogantes sobre los datos de producción y de incautaciones, que se compilan a partir de una variedad de fuentes metodológicamente desafiantes, incluyendo imágenes satelitales de miles de pequeñas parcelas y los cuestionarios del informe anual de la UNODC de los Estados miembros. Estos datos no se ajustan fácilmente a los rendimientos de los cultivos, la pasta de coca / pureza de la cocaína, el posible recuento doble o el subregistro y, por lo tanto, solo pueden dar cifras aproximadas. Asumiendo que 412 toneladas son correctas, entonces, calculando a partir de los datos de la UNODC para el área de cultivo, bajo un marco legal del 100%, solo se necesitarían 57,000 hectáreas de cultivo de coca para abastecer la demanda global actual.[29] De hecho, probablemente sería algo más bajo que esto, ya que los rendimientos por hectárea de producción legal probablemente aumentarían con la eficiencia comercial.

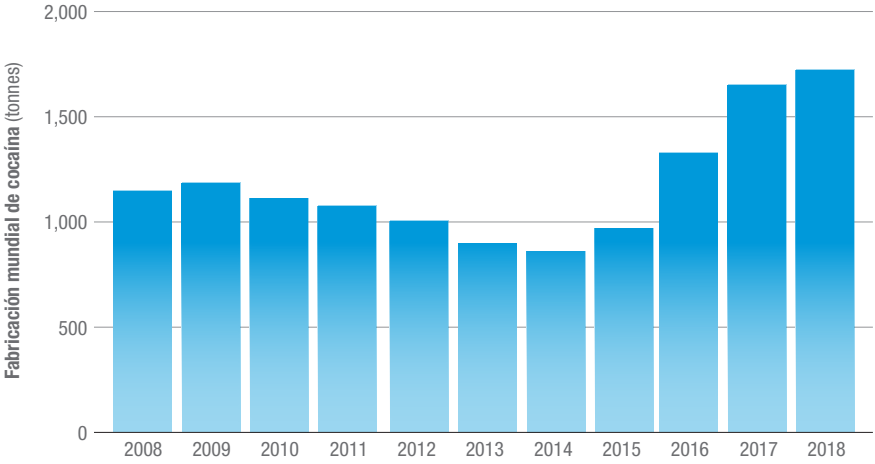
Lo que esto ilustra de manera útil es que el mercado de la cocaína, aunque tiene un valor elevado bajo la prohibición (entre 85 y 165 000 millones de dólares anuales en el sector minorista, según la UNODC), en realidad es bastante pequeño desde una perspectiva agrícola.[30] 57.000 hectáreas de coca son marginales en comparación con otros estimulantes clave de origen vegetal a nivel mundial: 2,8 millones de hectáreas para el cultivo de té y 10 millones de

27 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos. págs.21, 23. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

28 La producción mundial se estima en 1.723 toneladas. La cocaína disponible para el consumo se estima como cocaína fabricada, menos cocaína incautada. Según esta estimación, 412 toneladas estarían disponibles para el consumo: UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos. pp.21, 23, 26. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

29 Este cálculo se basa en la premisa de que se requirieron 240.000 hectáreas para producir 1.723 toneladas de cocaína.

30 UNODC (2011). El mercado transatlántico de cocaína: documento de investigación. p.13. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Transatlantic_cocaine_market.pdf



Fabricación mundial de cocaína

FUENTE: UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 3: Oferta de medicamentos. p.82–83. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_3.pdf

de hectáreas para el cultivo de café[31]. 57,000 hectáreas es igual a un cuadrado con lados de solo 14.8 millas de largo (o 220 millas cuadradas). 412 toneladas de cocaína cabrían en solo 15 contenedores de envío estándar.

La UNODC estima que entre 280.000 y 370.000 hogares están involucrados en la producción de coca.[32] La coca es, como el cannabis y el opio, un cultivo de alto rendimiento y relativamente pocos insumos. Se cultiva en regiones remotas en suelos pobres a gran altura y sin la necesidad de riego sofisticado o pesticidas. También es mucho menos perecedero y más fácil de transportar que la mayoría de los productos agrícolas convencionales, y se puede cosechar cuatro veces al año después de tan solo 18 meses, en comparación con una cosecha anual después de tres años para el café. Como señala Julia Buxton, "incluso los niveles bajos de cultivo de estos productos de alto valor-peso brindan una red de seguridad económica para los pobres en tierra, alimentos y efectivo, con mercados garantizados, precios relativamente estables y pago en efectivo".[33]

31 Buxton, J. (2015). Drogas y desarrollo: la gran desconexión. GDPO, Universidad de Swansea. p.11. www.swansea.ac.uk/media/Drugs-and-Development-The-Great-Disconnect.pdf

32 UNODC (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020, folleto 6. p.46. wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_6.pdf

33 Buxton, J. (2015). Producción de cultivos de drogas, pobreza y desarrollo. *Open Society Foundation*. p.8. https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/0b9cf913-7c05-4e54-be67-274365d95391/drug-crop-production-poverty-and-development-20150208.PDF

CASO DE ESTUDIO

Colombia

Colombia ha estado en el epicentro de la producción ilegal de cocaína desde la década de 1970. Las grandes ganancias generadas alimentaron la expansión del conflicto armado interno entre el gobierno, los movimientos guerrilleros y los grupos paramilitares y han impulsado la corrupción en la policía, el poder judicial y la política. A pesar del acuerdo de paz de 2016, continúa el nexo entre el dinero de las drogas, los conflictos internos y la corrupción.

Muchos agricultores rurales de Colombia dependen de la coca para su supervivencia económica. La UNODC estima que 106,900 familias colombianas se encuentran actualmente involucradas en la industria de la coca, con un ingreso anual promedio por persona por cultivar hoja de coca y procesarla en "pasta base" de solo $960, menos de un tercio del salario mínimo.[34] La criminalización de la producción de coca se ha utilizado para justificar la violencia sistemática y sostenida contra los agricultores rurales, marginando aún más a una población ya expuesta a la pobreza extrema y la exclusión social.[35]

Durante muchos años, los gobiernos de Estados Unidos y Colombia han desplegado cinco estrategias en sus esfuerzos por erradicar el narcotráfico: extradición, sustitución, fumigación aérea, militarización y erradicación. Estos han tenido poco impacto en el cultivo total de coca, pero han tenido graves impactos en la salud humana, las culturas indígenas y el medio ambiente. La fumigación aérea de cultivos con glifosato en Colombia se suspendió en 2015 después de que la OMS declarara que el glifosato probablemente era cancerígeno, pero el Gobierno anunció la intención de reiniciar el programa tras la elección de Iván Duque como presidente en 2018.[36]

Las políticas antidrogas encaminadas a erradicar la producción de coca han transformado el conflicto armado interno de Colombia. Desde la década de 1990, el financiamiento estadounidense para operaciones antidrogas se ha vuelto cada

34 UNODC y Fundación Ideas para la Paz (2018). ¿Quiénes son las familias que viven en las zonas con cultivos de coca? Caracterización de las familias beneficiarias del Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS). ideaspaz.org/media/website/FIP_familiascoca_final.pdf (In Spanish).

35 Ciro, E. (2016). *Cultivando coca en el Caquetá: vidas y legitimidades en la actividad cocalera.* Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. p.121; Grupo de Memoria Histórica, (2012). *El Placer. Mujeres, coca y guerra en el Bajo Putumayo*. Centro Nacional de Memoria Histórica.

36 Alsema, A. (2020). "Colombia anuncia reanudación de la fumigación aérea de coca, nuevamente". *Colombia Reports* 1 de enero. colombiareports.com/colombia-announces-resumption-of-aerial-fumigation-of-coca-again/



Un comando guerrillero de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) en lo profundo del territorio cocalero. La Hacienda, Colombia, 2002.
FOTO: Carlos Villalon, villalonsantamaria.com

vez más militarizado y en gran medida indistinguible de la contrainsurgencia. Bajo el Plan Colombia respaldado por Estados Unidos, un paquete de ayuda exterior destinado a devolver la estabilidad y seguridad a Colombia y erradicar el tráfico de drogas, la violencia aumentó y hubo violaciones generalizadas de los derechos humanos. El conflicto armado de Colombia y los abusos relacionados con los derechos humanos habían desplazado, en 2019, a más de 7,5 millones de personas.[37]

En 2016, el gobierno colombiano y la guerrilla de las FARC firmaron un acuerdo de paz diseñado para poner fin al conflicto armado. Se estableció el Programa Nacional Integrado de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS) que se compromete a ser una "Solución al Problema de las Drogas Ilícitas" y a eliminar el cultivo ilegal de coca, cannabis y adormidera. El programa de sustitución de cultivos de coca de Colombia, que tiene como objetivo ayudar a los agricultores a erradicar voluntariamente sus cultivos de coca a cambio de subsidios y apoyo del gobierno para cambiar a cultivos legales, es una respuesta insatisfactoria al comercio ilegal

37 Sanchez, N.C. et al. (2019). Reparaciones en Colombia: "¿hacia dónde? Mapeo del panorama colombiano de reparaciones para víctimas del conflicto armado interno". Queen's University Belfast reparations.qub.ac.uk/assets/uploads/ColombiaReparationsPolicyReportFORAPPROVAL-SP-HR-NoCrops.pdf

de cocaína.[38] En las regiones periféricas y marginales productoras de drogas de Colombia, muchas personas que entran en programas de sustitución están siendo amenazadas o asesinadas por los cárteles. En 2018, los homicidios en los municipios del PNIS aumentaron un 38% con respecto a 2017 y los asesinatos de líderes sociales aumentaron un 165%.[39]

Repensar el desarrollo alternativo: una alternativa a la coca ilegal y la guerra contra las drogas

El concepto de "desarrollo alternativo" ha dominado a menudo el debate internacional sobre las respuestas a la producción ilegal de cultivos de drogas. Inicialmente se concibió como una herramienta para sustituir los cultivos de drogas por otros cultivos comerciales para reducir la oferta de drogas. Busca reconocer que el cultivo ilegal de drogas es a menudo un salvavidas vital para muchas comunidades, al proporcionar una fuente alternativa de ingresos al tiempo que promueve los objetivos de combatir el cultivo ilegal.

Las intervenciones de desarrollo alternativo han tendido a ser implementadas por agencias de control de drogas y fuerzas de seguridad guiadas por objetivos de erradicación, con poca preocupación por las necesidades reales de desarrollo de las comunidades afectadas. A menudo carecen de la inversión a largo plazo necesaria para ser eficaces, adoptan enfoques de arriba hacia abajo que no logran involucrar a las comunidades afectadas en su diseño e implementación y no abordan desigualdades estructurales más amplias. Al igual que los esfuerzos de control más abiertamente dirigidas por la aplicación de la ley, incluso las intervenciones localizadas más exitosas no cambian la dinámica fundamental de oferta y demanda del mercado global. Si bien la demanda permanece, la oportunidad de ganancias también permanece. El "éxito" de la reducción de la oferta localizada simplemente desplaza las rutas de producción o tránsito, y

38 El Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS), es parte fundamental del punto cuatro del acuerdo de paz, que se compromete a ser una "Solución al Problema de las Drogas Ilícitas" y para eliminar el cultivo ilegal de coca, cannabis y adormidera.

39 Fundación Ideas para la Paz (2019). ¿En qué va la sustitución de cultivos ilícitos? Desafíos, dilemas actuales y la urgencia de un consenso. p.9. ideaspaz.org/media/website/FIP_sustitucion_VOL06.pdf; Montenegro, S., Llano, J., & Ibañez, D. (2019). El PIB de la Cocaína 2005–2018: Una estimación empírica (PIB de la cocaína 2005-2018: Una estimación empírica). *Documento CEDE*, (2019–44).

los costos y desafíos que las acompañan, a otras regiones. Este es el llamado "efecto globo", tan claramente atestiguado con la producción de coca en los Andes, donde las caídas secuenciales en la producción en una región fueron compensadas por aumentos en otras partes. La erradicación de millones de hectáreas de hoja de coca no ha tenido impactos de mediano a largo plazo en la producción total de cocaína, que ha sido más que capaz de satisfacer la creciente demanda mundial. Los ciclos resultantes de erradicación y el cultivo de nuevas áreas de tierra han aumentado aún más el daño ambiental de la fumigación aérea y la deforestación en algunos de los ecosistemas más diversos del mundo.[40]

> *En algunos de estos casos, el legado de una recuperación inadecuada del conflicto combinado con la liberalización del mercado, pocas oportunidades de empleo generalizadas, bajos niveles de remuneración, escasas oportunidades para la movilidad social y una gobernanza opaca, generan en el comercio internacional de drogas estimado en 322.000 millones de dólares anuales una alternativa de sustento racional, si no perfecta. Los programas de DA [desarrollo alternativo] rara vez han tenido en cuenta estos factores y no han ofrecido oportunidades que representen alternativas viables y escalables a las personas que toman decisiones de supervivencia en circunstancias difíciles.*[41]

Sin embargo, el paradigma de desarrollo alternativo no puede ignorarse en su totalidad. Al menos representa un reconocimiento de las fallas de los esfuerzos tradicionales de erradicación e interdicción y, como el Transnational Institute ha señalado, representa "esfuerzos para encontrar un equilibrio más humano entre las obligaciones de control de drogas, los objetivos de la política de reducción de la oferta y la protección de los derechos de las personas que dependen del cultivo ilegal para la subsistencia básica".[42] En el mejor de los casos, los programas de desarrollo alternativo han intentado abordar los factores estructurales que impulsan a las comunidades a cultivar cultivos ilegales y les han ayudado en la transición a la economía legal. Se han logrado algunos éxitos locales, incluso si hay poco impacto en controles de suministro

40 Rolles, S., Murkin, G., Powell, M. et al. (2016). Informe Alternativo sobre Drogas — 2ª edición. Transform Drug Policy Foundation. pp.129-138. **transformdrugs.org/product/the-alternative-world-drug-report-2nd-edition/**

41 Buxton, J. (2015). Producción de cultivos de drogas, pobreza y desarrollo. *Open Society Foundations*. p.8. **https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/0b9cf913-7c05-4e54-be67-274365d95391/drug-crop-production-poverty-and-development-20150208.PDF**

42 Transnational Institute (2018). Conectando los puntos... Derechos humanos, cultivo ilícito y desarrollo alternativo. p.6. **www.tni.org/files/publication-downloads/tni-2018_connecting_the_dots.pdf**



Un hombre empaca hojas de coca en bolsas de 25 kilos.
Una vez empaquetadas, las hojas de coca se transportan a las principales ciudades para ser vendidas para consumo personal. Chimoré, Bolivia, 2007.
FOTO: Carlos Villalon, villalonsantamaria.com

más amplios.[43] Los proyectos de desarrollo alternativo más eficaces han empleado el apoyo de múltiples agencias a largo plazo, cuidadosamente secuenciado y adecuadamente financiado y han evitado criminalizar a los actores de pequeña escala. En lugar de exigir la erradicación inmediata de los cultivos de drogas como condición previa para la participación, han buscado involucrar a las comunidades afectadas en el diseño de los programas.

El debate en torno al desarrollo alternativo ha evolucionado para incorporar ideas más sofisticadas como "medios de vida alternativos", "desarrollo rural en un entorno de drogas" o "desarrollo de medios de vida alternativos sostenibles". Pero este nuevo pensamiento bienvenido rara vez se ha llevado a la práctica sobre el terreno. El Transnational Institute ha señalado que "el predominio de las realidades represivas sobre el terreno y la falta de compromiso de los donantes con el desarrollo alternativo lo han convertido en gran medida en

43 Ministerio Federal de Cooperación y Desarrollo Económicos (BMZ) (2016). Repensar el enfoque del desarrollo alternativo: principios y estándares del desarrollo rural en materia de drogas Áreas de producción. 4ª edición. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.
https://snrd-asia.org/download/sector_programme_rural_development/Rethinking-the-Approach-of-Alternative-Development.pdf

una 'realidad virtual', manteniendo vivo el mito de que existe un enfoque humanitario hacia el cultivo ilegal en la práctica."[44] Históricamente, el debate sobre el desarrollo alternativo también ha fallado en reconocer a la prohibición de las drogas como uno de los impulsores estructurales clave del subdesarrollo regional, y mucho menos ha explorado opciones para la regulación como un camino a seguir.

La regulación promete lograr la contracción de la producción ilegal de drogas con el tiempo, algo que el desarrollo alternativo, la erradicación y la interdicción han fracasado de manera tan notoria en lograr. Por ejemplo, es probable que los mercados emergentes de cannabis legal en los Estados Unidos ya estén afectando la escala de la producción del mercado criminal de México.[45] Pero a medida que esta transición continúa, los actores de bajo nivel en la producción de cultivos de drogas necesitarán establecer medios de vida alternativos o hacer la transición a la producción de cultivos de drogas para la naciente economía legal.

En cualquier escenario, las lecciones aprendidas de décadas de desarrollo alternativo: lo que ha funcionado y lo que no, pueden ofrecer una guía útil. Si bien no es realista proponer que toda la producción ilegal de coca actualmente pueda pasar a un modelo legal alternativo, existe la posibilidad real de que al menos algunos productores lo logren. El ejemplo de las reformas legales del mercado de la coca en Bolivia es instructivo (ver más abajo), al igual que la experiencia de Turquía con la producción de opio.[46]

Sin embargo, aquí se necesita realismo. Este no será un proceso fácil, ya que involucra a algunas de las poblaciones más pobres y más marginadas social y geográficamente del mundo. La dinámica de cualquier transición deberá estar determinada por las condiciones locales y las necesidades específicas de las comunidades en entornos sociales, culturales, políticos y económicos muy diferenciados. Tampoco será apropiado ni posible para todos los actores

44 Jelsma, M. (2018). Desarrollo alternativo y derechos humanos. *Transnational Institute* 24 de octubre. www.tni.org/en/article/alternative-development-and-human-rights

45 Kilmer, B., Caulkins, JP, Bond, BM y Reuter, PH (2010). Reducir los ingresos del narcotráfico y la violencia en México: ¿ayudaría la legalización de la marihuana en California. *California: Rand Corporation*. Disponible: https://www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP325.html; Ingraham, C. (2016). "La marihuana legal finalmente está haciendo lo que la guerra contra las drogas no pudo". *Washington Post*, 3 de marzo. https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2016/03/03/legal-marijuana-is-finally-doing-what-the-drug-war-couldnt/

46 Transform Drug Policy Foundation(2019). Comercio de opio en Turquía: transición exitosa de la producción ilícita a un mercado regulado legalmente. transformdrugs.org/turkeys-opium-trade-successfully-transitioning-from-illicit-production-to-a-legally-regulated-market-2/

del mercado y, por lo tanto, deberá integrarse con políticas de desarrollo más amplias que incluyan a aquellos para quienes tal transición no es práctica.

Además, la transición se desarrollará durante un período prolongado y probablemente involucrará a un pequeño número de países al principio, con más uniéndose con el tiempo. Incluso si se establecen mercados nacionales de productos a base de coca legalmente regulados a corto y mediano plazo, como en Bolivia, el mercado potencial de exportación mucho más grande de coca y productos de cocaína surgirá en una escala de tiempo de más largo plazo e intrínsecamente impredecible; después de todo, el debate sobre los aspectos prácticos de la cocaína regulada legalmente apenas comienza.[47]

CASO DE ESTUDIO

Bolivia

El consumo de coca, ya sea masticado o en té, está profundamente arraigado en la cultura en Bolivia con una historia que se remonta a miles de años. Los pequeños agricultores de subsistencia en las regiones de Yungas y Chapare, apoyados por una fuerte identidad cultural indígena y sindicatos campesinos, cultivan coca para uso doméstico tradicional, así como coca desviada hacia el mercado ilegal de cocaína. Durante las medidas enérgicas contra las drogas financiadas por Estados Unidos que se llevaron a cabo desde mediados de la década de 1980 hasta mediados de la década de 2000, esta producción de coca fue objeto de una erradicación forzosa en general. Los sindicatos de la coca, encabezados por el ex presidente boliviano Evo Morales, organizaron una resistencia nacional y protestas que con frecuencia condujeron a la represión, la violencia y los abusos de derechos humanos cometidos por las fuerzas de seguridad contra los agricultores.[48]

Paralelamente, se implementaron esfuerzos de desarrollo alternativo mal considerados, con un gasto estimado de $ 300 millones entre 1982 y 2008 por parte de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Agroyungas, un programa de sustitución de cultivos de cinco años y $21 millones de dólares del Fondo de las Naciones Unidas para el Control

47 Ver por ejemplo el trabajo de México Unido Contra la Delincuencia (MUCD): www.mucd.org.mx

48 Human Rights Watch (1996). Bolivia bajo presión: Violaciones a los derechos humanos y erradicación de la coca. www.hrw.org/reports/1996/Bolivia.htm

del Abuso de Drogas (UNFDAC) a fines de la década de 1980. A pesar de algunos gastos positivos en infraestructura, estos esfuerzos en gran medida no respondieron a las preocupaciones o satisficieron las necesidades de los cocaleros tradicionales, no colaboraron con los sindicatos y tuvieron a la erradicación de la coca como condición previa para la participación. Solo sirvieron para desplazar la producción de coca dentro de Bolivia, hacia Colombia o Perú, y fomentaron el descontento entre las comunidades agrícolas.[49]

Los fracasos y la interrupción de estas políticas fueron una plataforma clave para el ascenso a la presidencia del ex líder cocalero Evo Morales en 2006, momento en el que la política de la coca en Bolivia cambió drásticamente. La influencia de Estados Unidos cesó efectivamente: la financiación terminó en gran medida en 2008, la DEA fue expulsada en 2009 y USAID en 2013. La administración de Morales implementó un Plan de Desarrollo Integral con Coca, organizado bajo los siguientes principios rectores:

- Se respetan los derechos humanos
- La erradicación de la coca ya no es un requisito previo para la asistencia para el desarrollo
- La inversión se realiza primero en obras públicas y servicios sociales y luego en el desarrollo económico/agrícola bajo el supuesto de que, si los productores tienen ingresos suficientes, será más fácil para ellos reducir su dependencia de la coca
- Las iniciativas de desarrollo están diseñadas para satisfacer necesidades regionales únicas, incorporando conocimientos locales, cuestiones de género y diferencias generacionales
- Se promueve el desarrollo económico institucional, regional y municipal
- La coordinación con las organizaciones locales representativas se considera esencial
- Se fomenta la sustentabilidad ambiental, a través de iniciativas como el aumento de la producción orgánica de coca y café, especies forestales, diversificación y reforestación[50]

49 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2013). El legado de USAID en el desarrollo internacional. p.XV. www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1867/USAID-Legacy-in-Agricultural-Development.PDF; Léons, MB (1997). "Después del boom: disminución de los ingresos, erradicación y desarrollo alternativo en los Yungas". En: Léons, MB y Sanabria,H. (eds) (1997). *Coca, Cocaine, and the Bolivian Reality*, Albania: New York University Press.

50 Estado Plurinacional de Bolivia (2010). Estrategia Nacional de Desarrollo Integral con Coca 2011–2015.

La nueva política de Control Comunitario de la Coca permitió a los agricultores de Chapare y Yungas registrarse para tener derecho a una parcela de coca de 1.600 metros cuadrados destinada a los mercados locales legales de coca, con controles internos informales ejercidos a través de sindicatos. En 2009, se estableció el Programa de Apoyo al Control Comunitario participativo (PACS) encabezado por los propios cultivadores de coca y apoyado por $ 13 millones en financiamiento durante cinco años de la Unión Europea, quienes, a diferencia de las agencias estadounidenses, han apoyado ampliamente las reformas. Una serie de políticas complementarias han apoyado aún más el enfoque de control comunitario de la coca, incluida la despenalización del uso tradicional de la coca con respecto a las obligaciones de los tratados internacionales de Bolivia; nuevos sistemas de datos para el registro de agricultores y comerciantes y el seguimiento de la producción de coca legal e ilegal; e intentos de expandir el mercado interno de productos de coca como al té y las flores.

La reducción del desvío de coca al mercado ilegal de cocaína ha seguido siendo un elemento importante de la política (bajo el lema "Coca Sí, Cocaína No."), aunque secundario al desarrollo local y las prioridades de derechos humanos. En el contexto boliviano ha sido en gran medida eficaz, con una caída de la producción ilegal de coca y la eliminación del 88% de la coca erradicada mediante la reducción cooperativa con los productores.[51] Sin embargo, inevitablemente se ha presenciado el "efecto globo". El desplazamiento ha continuado internamente con la deforestación, el cultivo de coca en los parques nacionales y la contaminación ambiental por el procesamiento de cocaína, aunque a un nivel más bajo. La producción también ha aumentado en Perú y Colombia.

La nueva política no ha estado libre de problemas y sigue evolucionando. Las tensiones entre los agricultores y el Estado disminuyeron después de las implementaciones, y la violencia disminuyó drásticamente. A pesar de los desafíos en la evaluación, ha habido impactos sociales y económicos positivos en general para las comunidades locales de Chapare y Yungas, aunque muchos han percibido los beneficios como distribuidos de manera desigual, y las tensiones políticas entre diferentes regiones y colectivos, entre las comunidades tradicionales de cultivadores de coca y las recientemente aprobadas, han continuado.

issuu.com/lcaballero/docs/endic_2011_2015

51 Farthing, L. and Ledebur, K. (2015). Control Comunitario de la Coca de Habeas Coca. www.opensocietyfoundations.org/publications/habeas-coca-bolivia-s-community-coca-control

Roxana Argandoña, cultivadora de coca[52]



CRÉDITO FOTOGRÁFICO: Red Andina de Información

"Mi nombre es Roxana Argandoña. Vengo de la provincia de Chapare ubicada en el trópico de Bolivia. Mi familia no es rica y nunca terminé la escuela porque mi familia no podía pagarla. Durante décadas, mi familia se ha ganado la vida cultivando hoja de coca, siempre ha jugado un papel central en nuestro día a día.

Nuestra lucha por la hoja de coca no es nueva, se remonta a muchos, muchos años. Los gobiernos anteriores han condenado la coca y han dicho que no tenía cabida en Bolivia, sin embargo, a nivel ancestral la hoja de coca es y siempre ha sido parte importante de nuestra cultura.

Diferentes gobiernos han tenido diferentes actitudes hacia la hoja de coca durante mi vida. Ha habido varios esfuerzos militares para hacer cumplir una prohibición total de la producción de coca, erradicándola por la fuerza. Cada vez que ha sucedido, ha dado lugar a enfrentamientos violentos y mortales. Los presencié primero cuando era joven y luego como madre. Violencia extrema, asesinatos, el encarcelamiento de tantos jóvenes de nuestra comunidad y el abuso de mujeres. Esta era nuestra realidad del día a día. Sin coca, no teníamos medios de subsistencia. Nos vimos obligados a reaccionar, a luchar.

52 Ver: Anyone's Child. La historia de Roxan. anyoneschild.org/roxana/

Pasamos más tiempo en barricadas y marchas que en casa, pero nadie escuchó. Los militares nos disparaban gas y balas. Mucha gente falleció. ¡La vida en el Chapare era horrible! Ni siquiera podíamos dormir tranquilos. Los militares entraban en nuestras casas a cualquier hora del día y de la noche. Constantemente nos rociaban con gas. Tomabamos gasolina para el desayuno, el almuerzo y la cena. Nunca querría revivir eso o que mis hijos o nietos fueran testigos de lo que sufrimos.

Evo Morales llegó al poder y cambió las cosas. Ahora se nos permite cultivar una pequeña parcela de hoja de coca por familia. Finalmente podemos vivir y dormir en paz. Podemos caminar libremente y cultivar hoja de coca y celebrar reuniones sin miedo a la violencia o repercusiones.

Los bancos están ofreciendo por primera vez préstamos a bajo interés a agricultores y productores como yo. Esto nos ha permitido a nosotros y a muchas familias tener dinero para construir nuestras propias casas y conseguir un automóvil. En el pasado, las mujeres de mi pueblo iban a la ciudad a dar a luz. Tres de mis hijos nacieron en Cochabamba porque los hospitales de los trópicos estaban mal equipados. Tenía miedo de dar a luz a mis bebés allí. Uno de mis hijos murió aquí por falta de asistencia médica. Nació muerto. Después de eso, no quise dar a luz a mis hijos aquí. Sin embargo, ahora que el municipio ha experimentado un gran crecimiento, se están construyendo más hospitales y las condiciones están mejorando.

Mi hijo menor nació en Villa Tunari. La educación también ha mejorado enormemente. Antes no teníamos escuelas adecuadas. Los techos de las aulas estaban hechos de barro o paja. Ahora tenemos escuelas. En el pasado, los jóvenes del Chapare sufrieron discriminación, especialmente en las universidades. La sociedad no quería ni esperaba que nuestros hijos fueran a la universidad, pero ahora estamos viendo cambios. Ahora tanto hombres como mujeres son conscientes de sus derechos. Nuestros hijos están asistiendo a la universidad y recibiendo títulos. Producir hoja de coca no conduce a la violencia ni a la inestabilidad ni a ninguno de los horrores que he observado en mi vida. Son las prohibiciones del gobierno y los enfoques militares utilizados para luchar contra nosotros los que me han causado el mayor terror".

Comercio (más) justo

En un régimen de producción legalmente regulado, la coca y otros cultivos de drogas se convertirán en parte de un mercado de productos básicos más convencional dentro del discurso más amplio del desarrollo sostenible. Incluso si se libera de las consecuencias negativas de la prohibición (las amenazas paralelas de los grupos del crimen organizado y los agentes de la ley de drogas), hacer la transición a la producción legal aún podría empujar a los actores económicos mal preparados a una economía capitalista global implacable. Los pequeños agricultores no podrán competir de manera realista con las empresas agrícolas de gran escala. Es posible que se necesiten algunas formas de proteccionismo para garantizar los medios de vida, pero esta también es una oportunidad natural para que se apliquen principios y estructuras de comercio justo bien establecidos.[53]

Una comprensión más amplia del "comercio justo" implica precios mínimos garantizados para los productores para proporcionarles sustentabilidad económica y una prima pagada por el consumidor que luego se invierte en proyectos de desarrollo comunitario, educación y capacitación. Esto se suma al objetivo de garantizar una realización más amplia de los objetivos de desarrollo que incluyen: la protección de los derechos de los trabajadores; empoderamiento de la mujer; protección de los niños; y administración ambiental responsable.

Un nuevo enfoque de políticas centrado en el desarrollo sostenible podría apuntar pragmáticamente a comunidades y regiones vulnerables clave, ya sean los cultivadores de coca indígenas tradicionales o los recién llegados al mercado que están económicamente marginados, para impulsar una transición a medida que se expande el mercado legal de productos a base de coca. En muchos casos, será necesario contar con recursos y asistencia técnica adicionales para garantizar la estabilidad de los medios de vida y para amortiguar y apoyar cualquier proceso de transición.

Ciertos cultivos de drogas, incluida la hoja de coca, podrían estar sujetos a protección según las indicaciones geográficas de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) o la Denominación de Origen Protegida

53 Ver por ejemplo: World Fair Trade Organization, Fairtrade International et al. (2018). La Carta Internacional de Comercio Justo. docs.wixstatic.com/ugd/291e20_d0760267b37a41328b80e4df127f85cb.pdf



La Asamblea General de la ONU marca el aniversario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

FOTO: UN Photo/Cia Pak, Flickr. flic.kr/p/MKFjjF. Compartido bajo una licencia CC BY-NC-ND 2.0 (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/).

(DOP) de la Unión Europea.[54] Si bien tal protección podría beneficiar al tipo de productos a base de coca producidos localmente que se exploran en otra parte de este libro, no tendría sentido para la cocaína en polvo farmacéutica, que está despojada de cualquier distinción regional. La cocaína en polvo legal derivada de la coca andina no sería diferente de la cocaína legal producida en cualquier otro lugar.

También se da el caso de que otros países o regiones que opten por legalizar y regular los productos a base de coca, incluida potencialmente la cocaína, podrían cultivar coca y producir su propia cocaína como quisieran. De hecho,

54 Rolles, S., (2009) Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulación. Trasform Drug Policy Foundation. https://transformdrugs.org/publications/after-the-war-on-drugs-blueprint-for-regulation; Organización Mundial de Propiedad Intelectual (2018). Indicadores mundiales de propiedad intelectual 2018. pp.189-194. https://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/wipo_pub_941_2018.pdf; Comisión Europea (2018). Explicación de los esquemas de calidad. ec.europa.eu/agriculture/quality/schemes_en

nuevos países podrían ingresar al mercado de producción de coca para atender la demanda global y competir con cualquier oferta andina regulada. Es un malentendido común que la coca solo se puede cultivar en lugares andinos de gran altitud. En realidad, los avances en la tecnología agrícola significan que podría cultivarse con relativa facilidad cerca de centros de consumo clave en, por ejemplo, América del Norte o Europa. Protegiendo los medios de vida de la coca tradicional, los productores en este contexto requerirán acuerdos más sustantivos entre los países productores andinos y sus mercados clave en el Norte global. Es aquí donde, así como el paradigma de desarrollo alternativo se puede adaptar para pensar en la futura regulación legal, la narrativa de la "responsabilidad compartida", omnipresente en los foros de políticas de drogas de alto nivel y de la ONU durante algunas décadas, también debería repensarse para un mundo posterior a la prohibición.

Pasar de la "responsabilidad compartida" para la erradicación a la "responsabilidad compartida" para una regulación equitativa

El principio de "responsabilidad compartida" ha tenido un perfil históricamente alto en la política internacional de drogas. Busca equilibrar la reducción de la oferta en las regiones productoras primarias con la reducción de la demanda en las regiones consumidoras primarias en las economías desarrolladas. No obstante, nunca ha podido realizar ni siquiera sus ambiciones más razonables en el contexto de una guerra contra las drogas fundamentalmente inicua. Avanzar hacia la regulación de los drogas de origen vegetal a escala mundial, o al menos sobre la base de acuerdos comerciales bilaterales o interregionales, ofrece una perspectiva más realista para abordar los desafíos que enfrentan las regiones productoras, de tránsito y consumidoras, aun reconociendo que estas distinciones son cada vez más borrosas.

En *Después de la Guerra contra las Drogas: Una Propuesta para la Regulación*, argumentamos que las comunidades afectadas podrían recibir apoyo a través de un "Plan Marshall" posterior a la guerra contra las drogas. Las disposiciones de equidad que se están desarrollando en algunos estados de EE. UU. que han legalizado recientemente el cannabis son un ejemplo provisional de cómo tal

Elementos clave de la producción legal de coca que apoyan los objetivos de desarrollo sostenible

- El cambio de responsabilidades claves de las cuestiones relacionadas con las drogas y el desarrollo, incluidas las relacionadas con la regulación, para que pasen de estar en las agencias de aplicación de la ley a que se asignen a agencias de desarrollo local, regional e internacional; gobierno; y comunidades locales. En la ONU, por ejemplo, esto implicaría que la responsabilidad principal pasara de la UNODC al PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
- Poner fin a los objetivos de erradicación y "cero drogas", y establecer métricas centradas en el desarrollo para evaluar los resultados de la política de drogas
- La participación significativa de las comunidades afectadas en todo el desarrollo, implementación y evaluación de políticas[i]
- Asegurar que el diseño de nuevos modelos de mercado legal priorice los intereses de los pequeños agricultores y actores del mercado económicamente vulnerables, y a las comunidades más afectadas negativamente por la guerra contra las drogas.
- Explorar las opciones para la transición de los participantes del mercado ilegal a la producción legal, aprendiendo y aprovechando las experiencias en Bolivia, a través de productores autorizados, sindicatos de agricultores y cooperativas.
- Desarrollar mercados internacionales para los productos de coca (comenzando con productos vegetales de menor potencia) basados en principios de comercio más justo y justicia social que aseguren el logro de crecimiento económico inclusivo; protección de los derechos de los trabajadores e ingresos sostenibles; empoderamiento de la mujer; protección de los niños; y administración ambiental responsable
- Apoyar medios de vida alternativos y sostenibles para quienes actualmente se dedican a la producción ilegal de coca que no pueden hacer la transición al nuevo mercado legal e integrar programas de desarrollo relacionados con la coca en el desarrollo más amplio

i Centro Internacional de Derechos Humanos y Políticas de Drogas, PNUD, ONUSIDA, OMS (2019). Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas. PNUD. https://www.undp.org/publications/international-guidelines-human-rights-and-drug-policy; Transnational Institutel, (2016). El Foro Global de Productores de Plantas Prohibidas (GFPPP). www.tni.org/en/publication/the-global-forum-of-producers-of-prohibited-plants-gfppp

pensamiento se ha convertido en una realidad, aunque muchas están todavía en su infancia y hay grandes obstáculos que superar (ver más abajo).[55] Este enfoque también podría aplicarse de manera más amplia en el discurso mundial sobre

55 Slade, H. (2020). Estados alterados: Regulación del cannabis en los EE. UU. Transform Drug Policy Foundation. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

drogas y desarrollo. Una cantidad sustancial de ayuda al desarrollo actualmente está condicionada a objetivos represivos y contraproducentes de control de drogas, como el Plan Colombia. Esta es una situación que necesita evolucionar urgentemente a medida que nos alejamos de la prohibición.

Como parte de esta realineación de recursos, el apoyo podría en cambio dirigirse a las antigüas economías de tránsito y de producción de drogas ilícitas. Esto ayudaría a apoyar medios de vida alternativos y promovería la buena gobernanza y el desarrollo institucional. El financiamiento podría provenir del "dividendo de la paz" que llegaría con el fin de la guerra contra las drogas, reorientando el gasto interno en la aplicación de la ley y la ayuda condicionada a está, y podría ser respaldado por nuevos ingresos fiscales de los mercados legales.

Todos tienen la responsabilidad compartida de garantizar que estos mercados emergentes funcionen de manera equitativa que apoye el desarrollo sostenible para todos y asuma la responsabilidad de apoyar a aquellos que han resultado más perjudicados por el fracaso de la guerra contra las drogas. Las organizaciones de la sociedad civil, los gobiernos y las agencias intergubernamentales que ya trabajan en el desarrollo alternativo, así como el campo más amplio del desarrollo cuyo trabajo está inevitablemente comprometido con las cuestiones relacionadas con las drogas, deben comenzar a debatir y planificar cómo se puede utilizar más ampliamente su experiencia en estos contextos.

El contexto más amplio de la justicia social

Más allá de los productores de cultivos de drogas, un grupo mucho más amplio y diverso de actores de bajo nivel trabaja en los sectores de producción, tránsito y venta minorista de la economía ilegal de las drogas. Al igual que con los productores, es vital que no se olvide a ninguna persona o comunidad afectada en la transición a la regulación legal. Para los traficantes de bajo nivel o los mensajeros de estimulantes farmacéuticos, hay relativamente menos de las mismas vías claras hacia un mercado posterior a la prohibición que los que existen para los cultivadores de coca, así como menos habilidades obviamente transferibles. Sin embargo, esto no significa que no haya oportunidades para los programas de equidad social. Más bien, esto dicta que las políticas deben buscar enfocar los recursos (incluidos los recursos financieros obtenidos de

los ingresos fiscales, y del dinero ahorrado, en lugar de gastos de aplicación de la ley) en la inversión en capital social para las personas y comunidades afectadas, en lugar de simplemente crear oportunidades para una transición específica a mercados recientemente regulados.

Algunas de las reformas del cannabis estadounidenses más progresistas apuntan hacia posibilidades en esta área. Muchos estados de EE. UU., por ejemplo, permiten la eliminación de antecedentes penales (o el sellado de registros) por delitos relacionados con drogas que, después de la reforma, ya no serían delitos. En California e Illinois, este proceso es automático, mientras que en otros estados existe algún requisito para que la persona solicite al Tribunal correspondiente que sus antecedentes penales sean sellados o eliminados.[56] Un programa similar de eliminación de antecedentes penales para los delitos relacionados con las drogas estimulantes será una parte vital para reducir el estigma y la desventaja de por vida que las condenas penales pueden generar para las personas ya vulnerables, así como para sus familias, dependientes y comunidades. Esto deberá ir más allá de los delitos de mera posesión para incluir una variedad de delitos de producción, tránsito y suministro de bajo nivel.

La regulación del cannabis en los EE. UU. también ha presentado diversos esfuerzos para redirigir los beneficios de los nuevos mercados legales hacia aquellos afectados desproporcionadamente por la aplicación de la ley bajo la prohibición. En los estados donde el cannabis es legal, se vende al por menor bajo un modelo comercial; por lo tanto, los programas de equidad social se han centrado en facilitar el acceso al mercado para los solicitantes de equidad calificados, principalmente a través del funcionamiento de tiendas minoristas de cannabis. Si bien estos esquemas no son directamente transferibles a los mercados estimulantes, el pensamiento central detrás de ellos — garantizar que los beneficios de los mercados legales emergentes se dirijan de manera proactiva hacia aquellos afectados más negativamente por la prohibición — es ciertamente transferible. Los programas de equidad utilizados en algunos estados de EE. UU. también demuestran que el concepto de incorporar una agenda de justicia social en la legislación que guía los mercados legales

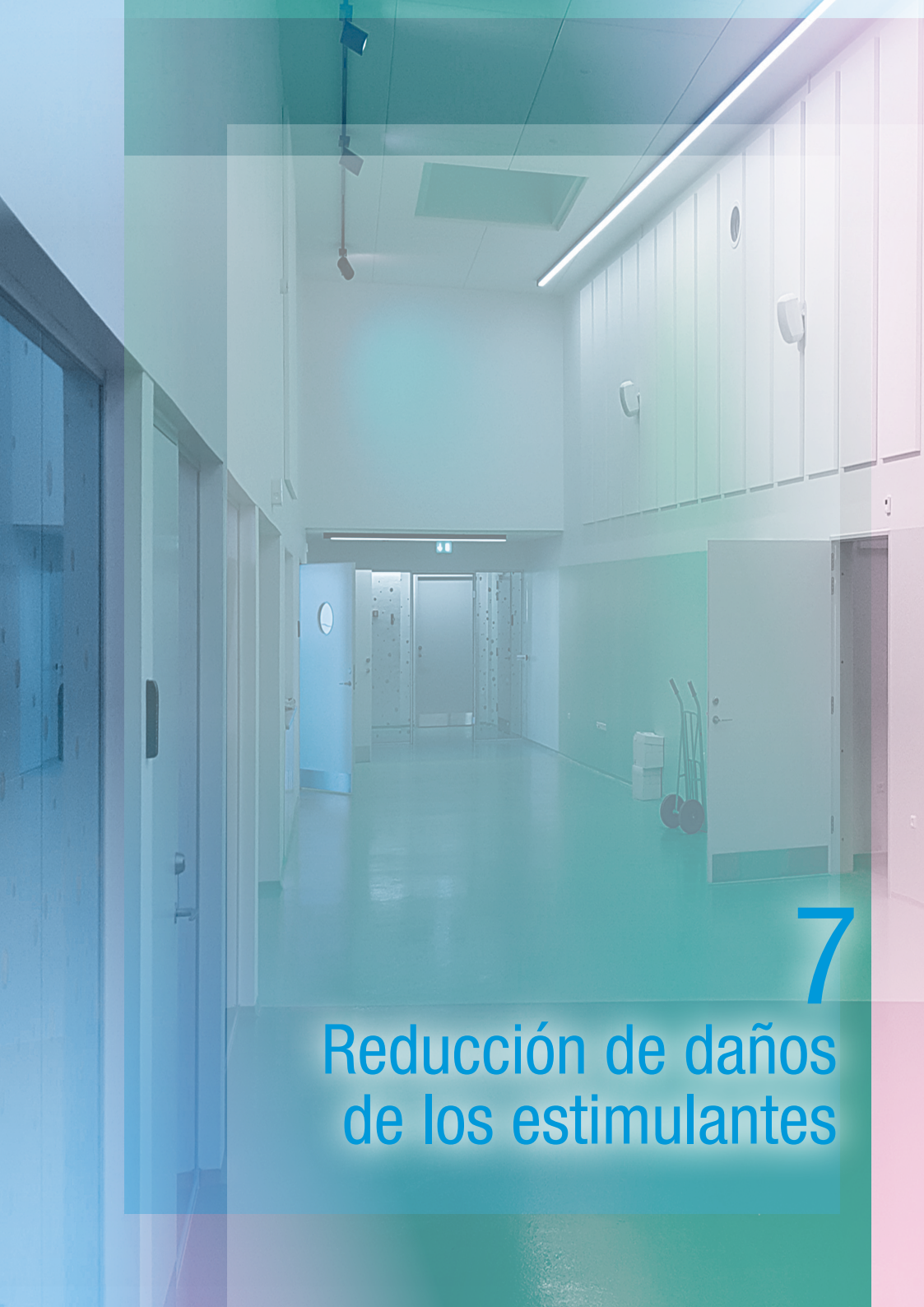
Las políticas deben buscar concentrar los recursos en la inversión en capital social para las personas y comunidades afectadas

56 Slade, H. (2020). Estados alterados: Regulación del cannabis en EE. UU. Transform Drug Policy Foundation. transformdrugs.org/product/altered-states-cannabis-regulation-in-the-us/

emergentes es una propuesta políticamente práctica, al menos a escala local. Las primeras experiencias enfatizan la importancia de construir en esta agenda desde el principio, antes de que se establezcan y arraiguen las dinámicas del mercado.

Por una variedad de razones culturales y políticas, ganar apoyo para la regulación de estimulantes será más desafiante que para el cannabis, y los mismos problemas se aplicarán a cualquier programa de equidad social que la acompañen. Existe el desafío adicional de que los esquemas que pueden obtener el apoyo político popular a nivel local pueden tener dificultades para reunir el mismo apoyo cuando se trasladan al ámbito del comercio internacional y desarrollo, dado el modesto apetito público por el gasto internacional en desarrollo en general. Puede darse el caso de que esto sea algo que deba ser apoyado a nivel gubernamental e institucional, lo que hace que el liderazgo de las agencias de desarrollo, salud y derechos humanos de la ONU sea aún más crítico en este momento.

FOTO: Steve Rolles



7 Reducción de daños de los estimulantes

Existe una necesidad urgente de un enfoque sustancialmente mayor en la investigación de la reducción de daños y en los recursos en temas relacionados con los estimulantes

NO EXISTE UNA DEFINICIÓN UNIVERSALMENTE ACEPTADA DE "REDUCCIÓN DE DAÑOS", aunque el principio clave es la reducción de los daños asociados con el consumo de drogas. *Harm Reduction International (HRI)* define el término de la siguiente manera:

> *La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo minimizar los impactos negativos de salud, sociales y legales asociados con el uso de drogas, las políticas de drogas y las leyes de drogas. La reducción de daños se basa en la justicia y los derechos humanos: se centra en el cambio positivo y en trabajar con las personas sin juzgarlas, coercionarlas, discriminarlas o exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo.*[1]

Desde su aparición en la década de 1980, el concepto se ha incorporado ampliamente en las políticas de drogas en todo el mundo, y la ONU ahora defiende la reducción de daños como la mejor práctica. En 2018, HRI informó que 85 países incluyen una referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en los documentos de política nacional.[2]

Como se menciona en esta definición, el concepto de reducción de daños a menudo incluye de manera útil la consideración de los impulsores estructurales del daño. Esto incluye factores económicos y sociales, pero también puede incluir significativamente los daños experimentados a través de políticas y leyes, como los impactos de la criminalización del uso de drogas y la aplicación de la ley correspondiente. Los "daños" también pueden ir más allá de los daños a la salud experimentados por el consumo de drogas para incluir "daños sociales o económicos como delitos adquisitivos, corrupción, encarcelamiento excesivo,

1 Harm Reduction International (2020). ¿Qué es la reducción de daños? www.hri.global/what-is-harm-reduction

2 Harm Reduction International (2018). Estado mundial de la reducción de daños 2018. www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf

violencia, estigmatización, marginación o acoso".[3] Los documentos de política de la ONU también destacan este contexto más amplio, refiriéndose más recientemente a las "leyes y políticas de apoyo" como uno de los "habilitadores críticos" de una respuesta política de reducción de daños efectiva.[4] En particular, la Posición Común de las Naciones Unidas sobre las Drogas de 2019 aboga firmemente por la despenalización de las personas que consumen drogas. Sin embargo, aunque las posiciones de la ONU reconocen los daños de la prohibición, todavía no apoyan la disponibilidad de medicamentos regulados legalmente más allá de la prescripción médica en un contexto de tratamiento.

La reducción del daño de los estimulantes incluye intervenciones destinadas a un uso de menor riesgo en entornos sociales (ver, por ejemplo, el Capítulo 3 sobre MDMA), así como distintas intervenciones dirigidas al uso de mayor riesgo, que incluyen específicamente fumar e inyectarse y que son el tema central de este capítulo. Como se discutió en capítulos anteriores, este libro no propone un modelo de venta al por menor para estimulantes clasificados como nivel de riesgo 3, incluyendo: anfetamina fumable o inyectable; cocaína inyectada o crack de cocaína ahumada/pasta base/basuco; y otros estimulantes fumados o inyectados de alto riesgo. En su lugar, proponemos un modelo de reducción de daños no minorista, que estaría basado en los principios y ejemplos descritos en este capítulo. Esto refleja la realidad de que, incluso con los esfuerzos por fomentar patrones de uso de estimulantes de menor riesgo (incluso haciendo que los productos de menor riesgo estén disponibles a través de un mercado estrictamente regulado), muchas personas seguirán optando por fumar o inyectarse drogas estimulantes. Como se discutió en la sección sobre crack de cocaína, estas personas no deben ser criminalizadas. En cambio, debería haber una respuesta coordinada de salud pública, combinada con el apoyo social apropiado. Abordar las condiciones sociales que subyacen al uso más problemático de estimulantes es clave para reducir los comportamientos de alto riesgo a largo plazo, pero la respuesta inmediata debe estar basada en la reducción de daños, para proteger mejor el derecho a la salud de las personas que usan estimulantes.

3 IDPC (2016). Nuevos enfoques sobre reducción de daños con un vistazo a UNGASS 2016, documento de sala de conferencias: 59º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes. http://fileserver.idpc.net/library/Conference-Room-Paper-on-Harm-Reduction.pdf

4 UNODC, WHO y UNAIDS (2019). Prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH para personas que usan drogas estimulantes: Guía técnica. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf

Abordar las condiciones sociales que subyacen al uso de estimulantes más problemático es clave para reducir las conductas de alto riesgo a largo plazo

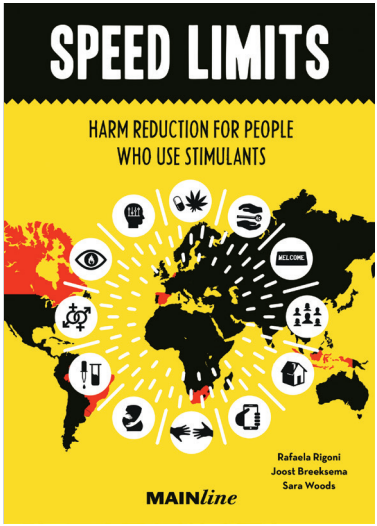
Dentro del campo más amplio de la reducción de daños, los estimulantes generalmente han sido un tema poco explorado y desatendido. El enfoque histórico de los esfuerzos de reducción de daños ha sido con la inyección de opioides, particularmente en el contexto de la respuesta al VIH. Este enfoque en las personas que se inyectan drogas ha tendido a marginar las cuestiones relacionadas con el tabaquismo y la inhalación de drogas más comúnmente asociadas con estimulantes. Dado el marcado aumento de los niveles de uso de estimulantes de alto riesgo y los daños asociados en los últimos años, esta es una situación insostenible. Existe una necesidad urgente de un enfoque sustancialmente mayor en la investigación de la reducción de daños y en los recursos sobre cuestiones relacionadas con los estimulantes. Este llamado se produce en un momento en que la financiación para la reducción de daños en general se está moviendo en la dirección equivocada, bajo la amenaza de una combinación de factores que incluyen la austeridad, la retirada de los donantes y las prioridades políticas cambiantes.[5]

Las respuestas de reducción de daños para los opioides (y otros depresores) y estimulantes, por supuesto, no son independientes. Se superponen, tanto en términos conceptuales como prácticos, y de manera significativa porque muchas personas que usan drogas consumen ambas. El uso de múltiples fármacos de alto riesgo se ha vuelto cada vez más común, lo que significa que los nuevos enfoques para la reducción del daño por estimulantes también requerirán nuevos enfoques para la reducción del daño por opioides.[6]

Existen desafíos estructurales que socavan el desarrollo de la reducción de daños por estimulantes. Históricamente, la innovación ha sido impulsada por respuestas a crisis localizadas a menor escala, en lugar de un liderazgo de arriba hacia abajo de los gobiernos, en primera instancia. En el caso de los estimulantes en particular, el progreso puede verse frenado porque los desarrollos son independientes, a pequeña escala tienen lugar en entornos políticos a menudo

5 Harm Reduction International (2018). La década perdida: negligencia en la financiación de la reducción de daños. **www.hri.global/harm-reduction-funding**

6 Grund, JP, Coffin, P., Jauffretroustide, M. et al. (2010). *The Fast and Furious — Cocaine, Amphetamines and Harm Reduction* en Rhodes, T. y Hedrich, D. (eds) (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. pp.191-232. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.



hostiles, carecen de financiación sostenible y no se evalúan adecuadamente. No obstante, hay indicios positivos de que los gobiernos y las agencias internacionales están tomando el tema más en serio, aunque de manera tardía. Los organismos internacionales de investigación y las organizaciones no gubernamentales también han contribuido a un creciente cuerpo de trabajo, demostrando liderazgo y acelerando la comprensión y el conocimiento sobre la eficacia y las mejores prácticas en todo el mundo.[7]

En 2018, la organización holandesa *Mainline* publicó "Límites de velocidad: reducción de daños para las personas que usan estimulantes", escrito por Rafaela Rigoni, Joost Breeksema y Sara Woods. El informe es una revisión de la literatura mundial pionera sobre las actividades de reducción de daños para personas que usan estimulantes, que documenta y analiza ejemplos de buenas prácticas en la reducción de daños para estimulantes de todo el mundo. Agradecemos a *Mainline* por permitirnos reproducir un resumen editado de estas intervenciones clave de reducción de daños, descritas en el informe a continuación.

Ejemplos de buenas prácticas

Texto adaptado del informe *Mainline*, "Límites de velocidad: reducción de daños para las personas que usan estimulantes".[8]

7 Ver, por ejemplo: Blickman, T. (2011). Estimulantes de tipo anfetamínico y reducción de daños. Informe sobre políticas de drogas del TNI 37. fileserver.idpc.net/library/TNI-Briefing-ATS-and-Harm-Reduction-2011.pdf; Harm Reduction International y coAct (2019). Reducción de daños por uso de estimulantes. https://www.hri.global/files/2019/04/28/harm-reduction-stimulants-coact.pdf

8 El texto que se utiliza a continuación es una versión editada y adaptada del resumen ejecutivo de "Límites de velocidad: reducción de daños para las personas que usan estimulantes", que incorpora texto adicional del informe principal y algunas referencias adicionales nuevas. Por favor haga referencia, cite o acredite el informe original (citado a continuación) en lugar del texto adaptado que se usa aquí: Rigoni, R., Breeksema, J. y Woods, S. (2019). Límites de velocidad: reducción de daños para las personas que usan estimulantes. Línea principal. http://mainline-eng.blogbird.nl/uploads/mainline-eng/2018_Mainline_%E2%80%93_Harm_Reduction_for_People_Who_Use_Stimulants_%E2%80%93_Full_Report.pdf

Kits para fumar más seguros

Para las personas que fuman drogas estimulantes, se ha descubierto que los kits para fumar más seguros previenen las lesiones en la boca y los pulmones causadas por el uso de pipas de fabricación propia. Si bien la mayoría de la evidencia se refiere a kits para el crack, algunos estudios también evalúan los kits para la metanfetamina. En los kits, los filtros ayudan a reducir el daño a la garganta y los pulmones, mientras que las tuberías y las boquillas (de goma) pueden reducir los cortes y quemaduras en los labios, así como reducir el daño a los pulmones y la toxicidad. Al reducir las lesiones en la boca y el intercambio de pipas, los kits para fumar más seguros también pueden reducir el riesgo de transmisión de enfermedades como el VIH, la hepatitis C y el Covid-19.[9]

El contenido de los kits para fumar más seguros para el crack varía en los diferentes países donde se distribuyen, pero un kit completo normalmente contiene: una pipa (normalmente un vástago de vidrio resistente al calor o, alternativamente, una pipa de madera); una boquilla de goma o silicona; pantallas / gasas (de acero o latón); sustancias utilizadas para proteger los labios (bálsamo labial o vaselina); información sobre el uso más seguro de drogas (incluida la prevención de compartir equipos y la eliminación segura); e información y materiales sobre sexo más seguro (condones y lubricante).

Varios estudios encontraron que la distribución de kits para fumar más seguros aumenta las técnicas y prácticas de fumar más seguras y reduce significativamente las prácticas de inyección.[10] Un factor importante para asegurar la efectividad de la intervención es que los kits deben adaptarse a las preferencias y necesidades de las personas, ya que esto aumenta la aceptación de los equipos para fumar más seguros y evita que las personas que usan estimulantes continúen usando pipas de fabricación propia. En algunos casos, cuando las comunidades de personas que usan los estimulantes se resisten

9 Harris, M. (2020). "Un impulso urgente para la acción: intervenciones de inhalación segura para reducir la transmisión de COVID-19 y el riesgo de muerte entre las personas que fuman crack en el Reino Unido". *International Journal of Drug Policy*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306748/

10 Jozaghi, E., Lampkin, H. y Andresen, MA (2016). "La participación de los pares y su papel en la reducción del comportamiento de riesgo entre los fumadores de crack y metanfetamina de la comunidad del centro de la zona este de Vancouver, Canadá". *Harm Reduction Journal* 13.1. doi.org/10.1186/s12954-016-0108-z.; Leonard, L., DeRubeis, E., Pelude, L. et al. (2008). "Inyecto menos porque tengo un acceso más fácil a las tuberías". "La inyección y el intercambio de materiales para fumar crack disminuyen a medida que se distribuyen recursos más seguros para fumar crack". *International Journal of Drug Policy* 19.3 doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.008; Ti, L., Buxton, J. Wood, E. et al. (2012). "Factores asociados con la dificultad para acceder a tuberías de cocaína crackeadas en un entorno canadiense". *Drug and Alcohol Review*. 31,7. doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00446.x.



Máquina expendedora de kit para fumar más seguro
Sociedad de Prevención de Sobredosis, Vancouver, Canadá
FOTO: Steve Rolles, 2019

a cambiar a instrumentos más estériles, una alternativa pueden ser métodos de enseñanza que pueden reducir el daño al usar pipas hechas por ellos mismos. Los kits distribuidos en entornos sanitarios pueden ser una oportunidad para dar consejos sobre un uso más seguro y dirigir a las personas a otros servicios. La distribución de kits también puede ser una forma útil de involucrar a algunas poblaciones de difícil acceso que aún no están en contacto con los proveedores de servicios.

Uno de los países donde la distribución de kits para fumar más seguros se ha implementado y estudiado ampliamente es Canadá. Las directrices canadienses de mejores prácticas fomentan los programas de agujas y jeringas (NSP) y otros programas de reducción de daños para distribuir equipos para fumar más seguros, educar a los clientes sobre prácticas de fumar más seguras y brindar opciones para la eliminación segura de equipos usados.[11] Muchos programas de agujas y jeringas en Canadá también ofrecen kits y educación para fumar crack más seguros.[12]

11 Strike, C., Hopkins, S. Watson, TM y col. (2013). Recomendaciones de mejores prácticas para los programas canadienses de reducción de daños que brindan servicio a personas que consumen drogas y están en riesgo de contraer el VIH, el VHC y otros daños: Parte 1. Grupo de trabajo sobre mejores prácticas para programas de reducción de daños en Canadá. www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/bestpractice-harmreduction.pdf; Watson, TM, Strike, C., Challacombe, L. et al. (2017). "Desarrollo de recomendaciones nacionales de mejores prácticas para programas de reducción de daños: lecciones aprendidas de un proyecto comunitario". *International Journal of Drug Policy* 41. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395916303437

12 Strike, C. y Watson, TM (2017). "Educación y equipamiento para personas que fuman crack de cocaína en Canadá: avances y límite". *Harm Reduction Journal* 14.1. doi.org/10.1186/s12954-017-0144-3

Chemsex

El término *chemsex* se usa generalmente para definir la combinación intencional de sexo con el uso de ciertas drogas psicoactivas, entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).[i] *Chemsex* generalmente ocurre en entornos privados, como la casa de alguien, o durante fiestas sexuales de varios días (Pakianathan et al. 2016). En EE. UU. y Australia, el *chemsex* se conoce mejor como fiesta y juego.

En estos entornos, las drogas o químicos, como a veces se les llama en esta escena, con frecuencia incluyen los estimulantes metanfetamina y mefedrona (4-MMC), así como GHB / GBL y una variedad de otras sustancias. A menudo se usan en combinación para facilitar, mejorar y prolongar las sesiones sexuales que duran varias horas, o incluso días, con múltiples parejas sexuales.

El consumo de drogas conduce a un menor uso de condones y a un mayor número de parejas sexuales. Muchos autores identifican la necesidad de reducir tanto el consumo de drogas como las conductas sexuales de riesgo en estos entornos.

Los nuevos enfoques incluyen la provisión de servicios de *chemsex* dentro de clínicas o servicios de salud sexual amigables para los HSH, en lugar de dirigir a los hombres a los servicios de drogas existentes, y enfocarse en información dedicada a la reducción de daños, el sexo más seguro y paquetes de uso de drogas más seguros.

i Bourne, A., Reid, D., Hickson, F. et al. (2015). "Uso de drogas ilícitas en entornos sexuales ('chemsex') y comportamiento de riesgo de transmisión de VIH / ITS entre hombres gay en el sur de Londres: resultados de un estudio cualitativo. *Sexually Transmitted Infections* 91.8. https://sti.bmj.com/content/91/8/564

Prevención de riesgos sexuales

Los riesgos para la salud sexual y el uso de estimulantes están estrechamente relacionados. Ejemplos de esto incluyen:

- Estar bajo la influencia de una droga puede conducir a la desinhibición y, en consecuencia, a actividades sexuales no deseadas que pueden tener efectos negativos (por ejemplo, angustia mental, enfermedades de transmisión sexual [ETS], embarazo)
- Participar en el trabajo sexual para financiar el consumo de drogas
- Usar sustancias para mejorar el rendimiento sexual y el placer (*chemsex*)
- Usar sustancias como estrategia para lidiar con la angustia emocional que surge de un problema de salud sexual, como un diagnóstico de VIH

Los servicios de salud sexual y de drogas rara vez están ubicados en el mismo lugar, lo que dificulta abordar ambos problemas al mismo tiempo. Debido a la fuerte interrelación, el EMCDDA afirma que es necesaria la integración de los servicios para el consumo de drogas y la salud sexual. En cualquier caso, se debe compartir la experiencia y se debe fomentar a los servicios a trabajar juntos más estrechamente. Además, es necesaria una mejor comprensión de los comportamientos de riesgo y las necesidades de tratamiento.[13]

Hasta cierto punto, la prevención de los riesgos sexuales no es diferente para las personas que usan estimulantes que para otras poblaciones que consumen drogas. La prevención de riesgos sexuales debe incluir acceso gratuito a condones y lubricantes, información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, acceso de bajo umbral a pruebas y tratamiento de VIH e ITS, métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo y asesoramiento, hablar sobre riesgos sexuales y desarrollar planes para mejorar el autocontrol sobre conductas de riesgo.

Algunos riesgos sexuales, así como las medidas de prevención y reducción de daños, se aplican más específicamente a las personas que usan estimulantes. Los estimulantes tienden a secar las membranas mucosas y disminuir la sensibilidad, lo que aumenta las posibilidades de tener relaciones sexuales más prolongadas e intensas. Por lo tanto, las personas deben usar mucho lubricante. Esto es especialmente cierto para las personas que usan estimulantes para facilitar y mejorar la actividad sexual, como los hombres que usan estimulantes como parte de la escena del *chemsex*.

También es importante abordar la violencia sexual y física, el sexo transaccional y comercial y las relaciones abusivas.

Intervenciones centradas en las mujeres

En comparación con los hombres, las mujeres se enfrentan a diferentes riesgos y contextos de consumo de drogas. Las mujeres experimentan más estigma, tienen un mayor riesgo de exposición a la violencia, están más bajo la influencia de sus parejas en sus patrones de consumo de drogas y comportamientos sexuales, están más definidas por su función parental y es más probable que se

13 EMCDDA (2017). Respuestas sociales y de salud a los problemas de drogas. Una guía europea. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en

dediquen al trabajo sexual, lo que aumenta el riesgo de exposición a infecciones transmitidas por la sangre.[14]

A pesar de estas diferencias de género, los estudios y estrategias dirigidos específicamente a las mujeres que consumen drogas aún están poco desarrollados, más aún en lo que respecta al uso de estimulantes.

Las estrategias específicas para las mujeres se dividen en tres categorías: acceso al cuidado, embarazo y maternidad, y salud y derechos sexuales y reproductivos. El portal de mejores prácticas del OEDT proporciona principios rectores sobre cómo responder a estas necesidades, independientemente de la droga elegida.[15]

Se recomienda brindar servicios específicos para todas las mujeres que consumen drogas. Los principios rectores incluyen tener servicios específicos para mujeres que no las juzguen, brinden apoyo, sean seguros física y emocionalmente y promuevan conexiones saludables con los miembros de la familia y otras personas importantes. Para las mujeres embarazadas y en edad de procrear, estos deben incluir atención obstétrica, ginecológica y de ITS, salud mental, bienestar personal, y cuidado de niños y apoyo familiar.

Para quienes se dedican al trabajo sexual, un horario de apertura por la noche y el alcance móvil ayudarían a aumentar el acceso a los servicios. Otras recomendaciones incluyen eliminar la legislación que hace que el consumo de drogas sea el único motivo para sacar a los niños de la custodia de sus padres o que busca castigar a las mujeres por consumir drogas durante el embarazo.[16]

Las intervenciones también deben incluir parejas de usuarias. Para las mujeres embarazadas que usan estimulantes, algunas pautas mencionan mejorar la nutrición, disminuir el tabaquismo, disminuir el consumo de alcohol y otras

14 Arpa, S. (2017). Mujeres que consumen drogas: problemas, necesidades, respuestas, desafíos e implicaciones para las políticas y la práctica. EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf; Bungay, V. y col. (2010). "La salud de las mujeres y el uso de crack de cocaína en contexto: violencia estructural y 'cotidiana'". *International Journal of Drug Policy* 21.4. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395909001698?via%3Dihub; Limberger, J. y col. (2016). "Mujeres usuarias de crack: revisión sistemática de la literatura brasileña". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 65.1. https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/5cGtTDJPVrftvz9V9D9955B/?lang=en

15 OEDT (2018). Portal de mejores prácticas. www.emcdda.europa.eu/best-practice_en

16 INPUD, ICW, and INWUD (2015). Mujeres que consumen drogas y VIH: Declaración de posición 2015. inpud.net/en/women-who-use-drugs-and-hiv

drogas, promover la salud dental y fomentar la actividad física y la atención prenatal temprana y continua, así como reducir cualquier acción forzada en los servicios, como requerir abstinencia para recibir atención.

Salas para consumo de drogas

Las salas de consumo de drogas (DCR por sus siglas en inglés), también conocidas como lugares/centros de prevención de sobredosis e instalaciones supervisadas de inyección/consumo de drogas) son instalaciones sanitarias supervisadas por profesionales donde las personas pueden consumir drogas en condiciones más seguras e higiénicas.[17] Los tres objetivos principales de los DCR son reducir la morbilidad y la mortalidad al proporcionar un entorno seguro y capacitar a las personas que consumen drogas en un uso más seguro, reducir el uso público de drogas y mejorar la comodidad pública en áreas abiertas de la escena de drogas, y promover el acceso a instalaciones sociales, de salud y de tratamiento de drogas.[18]

17 Transform Drug Policy Foundation (2020). Salas de consumo de drogas más seguras o centros de prevención de sobredosis (OPC). **transformdrugs.org/overdose-prevention-centres/**

18 EMCDDA (2018). Perspectivas sobre las drogas — Salas de consumo de drogas: una descripción general de la provisión y la evidencia. **https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en**



Instalación de consumo de drogas supervisado. Montreal, Canada

FOTO: Steve Rolles, 2017



Sala de fumadores / inhalación de drogas
supervisada con salidas de aire, Copenhague, Dinamarca
FOTO: Steve Rolles, 2018

Aunque los DCR se han centrado principalmente en personas que se inyectan drogas, también se centran cada vez más en personas que fuman o inhalan sus drogas.[19] En un inventario de 2017 entre 43 DCR, 41 instalaciones ofrecían espacios para inyecciones seguras, 31 también ofrecían espacios para fumar, y 22 DCR también facilitaban espacios para inhalar. 34 de estos DCR permitieron al menos dos medios de administración de la droga (inyectar, inhalar o fumar), ya sea en espacios separados o en la misma habitación. En este mismo inventario, los estimulantes, incluyendo las anfetaminas, el crack, la cocaína y las catinonas, parecían ser las sustancias más comúnmente utilizadas, independientemente de la vía de administración.[20] Casi igual de común es el uso de heroína, seguido de una combinación de opiáceos y estimulantes (*speedballing*). Es probable que los DCR que proporcionan espacios tanto para la inyección como para la inhalación faciliten la transición de la inyección a formas menos riesgosas, como fumar.

Muchos de los beneficios de las instalaciones de inyección supervisadas también se aplican a las instalaciones para fumadores: proporcionan un entorno seguro y sin prisas; los usuarios tienen acceso a equipo esterilizado; idealmente, dan acceso a otros servicios sociales y de salud (incluyendo el apoyo psicosocial, los servicios médicos, el tratamiento de adicciones, etc.).[21] Los DCR tienen un

19 Véase la nota 18 a pie de página.

20 Belackova, V., Salmon, A.M., Schatz, E. et al. (2018). Censo en línea de salas de consumo de drogas (DCR) como escenario para abordar el VHC: Informe de práctica actual y capacidad futura. International Network of Drug Consumption rooms.
https://www.researchgate.net/publication/323445365_Online_census_of_Drug_Consumption_Rooms_DCRs_as_a_setting_to_address_HCV_current_practice_and_future_capacity

21 Voon, P., Ti, L., Dong, H. et al. (2016). "Consumo de crack de cocaína en público arriesgado y apresurado: el potencial de las instalaciones de inhalación supervisadas". *BMC Public Health 16*. doi.org/10.1186/s12889-016-3137-3

gran potencial para llegar a personas de difícil acceso que consumen drogas.[22] El DCR puede conectarlos con servicios sociales y de salud, como atención médica, tratamiento de drogas, derivaciones a servicios legales, programas de vivienda, ayudando a abordar los daños asociados con el entorno de riesgo más amplio.[23]

Autorregulación

Los enfoques de autorregulación se centran en empoderar a las personas que consumen drogas para que desarrollen habilidades y competencias para obtener un mayor control sobre su consumo de drogas. La autorregulación se puede entrenar, y un alto grado de autorregulación se asocia con niveles reducidos de uso y problemas relacionados.

Algunos de los métodos que las personas que usan drogas pueden aplicar para ayudar a controlar su uso incluyen: establecer reglas para su uso (por ejemplo, cantidad o frecuencia de uso); el conjunto (o mentalidad, por ejemplo, usar solo cuando se siente bien); el entorno (por ejemplo, usar solo con amigos, no en el trabajo).[24]

Las personas que consumen drogas están empleando diversas estrategias, incluso si no están necesariamente convencidas de los riesgos, tales como: llevar siempre su propia parafernalia de consumo de drogas; negarse a compartir; evaluar los riesgos visualmente (por ejemplo, si alguien tiene heridas visibles); o preguntando a la gente si tienen VIH o VHC.[25] La difusión de estos

22 EMCDDA (2018). Perspectivas sobre las drogas — Salas de consumo de drogas: una descripción general de la provisión y la evidencia. www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

23 DeBeck, K., Buxton, J., Kerr, T. et al. (2011). "Consumo de a crack de cocaína en público y disposición a utilizar un centro de inhalación supervisado: implicaciones para el trastorno de la calle". *Substance Abuse Treatment Prevention Policy* 6.1. doi.org/10.1186/1747-597X-6-4; McNeil, R., Kerr, T., Lampkin, H. et al. (2015). "Necesitamos un lugar para fumar crack": un estudio etnográfico de una habitación más segura para fumadores no autorizada en Vancouver, Canadá. *International Journal of Drug Policy* 26.7. doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.015; Shannon, K., Ishida, T., Morgan, R. et al. (2006). "Impactos potenciales en la comunidad y la salud pública de las instalaciones para fumar más seguras supervisadas por un médico para los consumidores de crack". *Harm Reduction Journal* 3.1. doi.org/10.1186/1477-7517-3-1.

24 Forum Droghe y Transnational Institute (2014). Experiencias globales con reducción de daños para estimulantes y nuevas sustancias psicoactivas. www.tni.org/files/download/report_expertseminarmaster.pdf

25 Boyd, SC, Johnson, JL y Moffat, B. (2008). "Oportunidades para aprender y barreras para el cambio: Romper el consumo de cocaína en el centro este de Vancouver". *Harm Reduction Journal* 5.1. https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-5-34; Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et al. (2017). "Comprensión de las experiencias y los fundamentos para compartir equipos para fumar crack: un estudio cualitativo con personas que fuman crack en Montreal". *International Journal of Drug Policy* 48. doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059;
Ti, L., Buxton, J. Wood, E. (2012). "Factores asociados con la dificultad para acceder a tuberías de cocaína crackeadas en un entorno canadiense". *Drug and Alcohol Review* 31.7. doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00446.x

mecanismos básicos de autorregulación se realiza idealmente con la estrecha participación de los pares.

Varios estudios indican que las intervenciones basadas en la atención plena (o *mindfulness*) pueden mejorar la autorregulación y reducir el consumo de cocaína y metanfetamina.[26] Estas intervenciones se caracterizan por prestar atención sistemáticamente al momento presente con una actitud no crítica y de aceptación. Esto puede ayudar a las personas que usan estimulantes a lidiar con eventos o emociones angustiantes al cambiar los patrones de pensamiento inútiles, reducir el uso de estimulantes como un medio para escapar de emociones no deseadas y, en general, aumentar el autocontrol.

Las intervenciones basadas en la atención plena también son efectivas para tratar el estrés, la ansiedad y la depresión, todos los aspectos de la salud mental que están asociados con el uso problemático de drogas (estimulantes) y la recaída.

Vivienda primero

El uso problemático de estimulantes se ha asociado con la pobreza, el desempleo, el encarcelamiento, la falta de vivienda y la vivienda inestable.[27] Las estrategias e intervenciones que ayudan con estos problemas, por lo tanto, tienen la capacidad de abordar varios de los daños del uso problemático de estimulantes.[28] La situación de las personas sin hogar se puede abordar específicamente mediante intervenciones de vivienda primero.

Vivienda primero busca trasladar a las personas a una vivienda permanente lo más rápido posible. Se enfatiza la vivienda permanente y estable como una estrategia primaria para la atención de personas sin hogar, personas con problemas de salud mental y personas que consumen drogas. Esto contrasta

26 Zgierska, A., Rabago, D. Chawla, N. (2009). "Meditación de atención plena para los trastornos por uso de sustancias: una revisión sistemática". *Substance Abuse* 30.4: doi.org/10.1080/08897070903250019

27 Grund, J-P, Cof n, P., Jauffretroustide, M. et al. (2010). "The Fast and Furious — Cocaine, Amphetamines and Harm Reduction" en Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds) (2010). *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. pp.191–232. Luxembourg: Publications of the European Union.

28 Organización Mundial de la Salud (2011). Resumen técnico 2 sobre estimulantes de tipo anfetamínico (ATS). Reducción de daños e intervenciones breves para usuarios de ATS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272729/ats-brief-2.pdf

con el tratamiento primero, que exige que las personas pasen por una serie de etapas, como la abstinencia, antes de estar listas para la vivienda.

Los ocho principios de la vivienda primero son:

- La vivienda como derecho humano básico
- Respeto, calidez y compasión por todos los clientes.
- Un compromiso de trabajar con los clientes durante el tiempo que necesiten
- Viviendas dispersas en apartamentos independientes
- Separación de vivienda y servicios
- Elección y autodeterminación del consumidor
- Una orientación de recuperación
- Reducción de daños[29]

Una oferta adecuada de vivienda estable puede considerarse una intervención de reducción de daños en sí misma. Además, las intervenciones de vivienda primero están relacionadas con la disminución del consumo de drogas, una mayor calidad de vida, mayores niveles de autonomía, reducción del estrés y un aumento de la seguridad personal. Para las personas que usan estimulantes, una situación de vivienda estable proporciona la base para la estabilidad, las rutinas diarias, la privacidad y menos estigmatización, y conduce a hábitos de alimentación y sueño más saludables.

Un estudio canadiense encontró que el 74% de los participantes de los programas de vivienda primero dijeron que su consumo de drogas había disminuido desde que se mudaron a una vivienda; el 33% había dejado de consumir drogas por completo y el 41% había disminuido su uso.[30] En Brasil, Braços Abertos, un programa que ofrece vivienda a personas que consumen drogas ayudó al 65% de los participantes a disminuir su consumo de crack.[31] En

29 29 Busch-Geertsema, V (2013). Housing First Europe: Informe final. www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf

30 Toronto Shelter, Support & Housing Administration (2007). Lo que la vivienda primero significa para las personas: resultados de las investigaciones posteriores a la ocupación de las calles a las casas 2007. www.homelesshub.ca/resource/what-housing-first-means-people-results-2007-post-occupancy-research

31 Rui, T., Fiore, M. y Tófoli, LF (2016). Encuesta de evaluación preliminar del programa "Con los brazos abiertos". Plataforma Brasileña de Políticas de Drogas, Instituto Brasileño de Ciencias Penales. https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bracos-Abertos-1-2.pdf

un programa de vivienda primero en Brasil, *Atitude*, el 38% de los participantes dijeron que dejaron de consumir crack después de participar en el programa.[32] Finalmente, los estudios han demostrado que tener una casa estable puede alentar a las personas a elegir vías de administración de medicamentos menos dañinas. En un estudio entre jóvenes que se inyectan metanfetamina en Canadá, se descubrió que la vivienda es un factor importante para facilitar el cese de la inyección.[33] De manera similar, estudios en los EE. UU y la India encontraron que una situación de vivienda estable se asocia con una disminución de la inyección de drogas.[34]

Sustitución

La sustitución se define como la elección consciente de reemplazar el uso de una droga por otra, basada en la "seguridad percibida, el nivel potencial de adicción, la efectividad para aliviar los síntomas, el acceso y el nivel de aceptación".[35] La sustitución es reemplazar el estimulante de elección por una sustancia que tiene efectos comparables, generalmente con una duración más prolongada, más suave y menos efectos secundarios.

A lo largo de los años, los investigadores y las personas que usan estimulantes por igual, han buscado sustancias que puedan respaldar la terapia de mantenimiento, reducir el uso de estimulantes o reducir los efectos adversos asociados con su uso, similar al papel de la metadona y la buprenorfina para las personas que usan heroína. Al igual que la sustitución de opioides, la implementación efectiva de programas de sustitución de estimulantes puede

32 Para un estudio de caso, ver: Rigoni, R., Breeksema, J. y Woods, S. (2018)."Límites de velocidad: reducción de daños para personas que usan estimulantes. *Mainline* págs. 48–59. http://mainline-eng.blogbird.nl/uploads/mainline-eng/2018_Mainline_%E2%80%93_Harm_Reduction_for_People_Who_Use_Stimulants_%E2%80%93_Full_Report.pdf; Luis Ratton, J. and West, R. (2016). *Politicas de Drogas E Redução de Danos No Brasil: O Programa Atitude Em Pernambuco*. www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ufpe-programa-atitude-sumario-executivo-2016.pdf

33 Boyd, J., Fast, D., Hobbins, M. et al. (2017). "Factores socio-estructurales que influyen en los períodos de cesación de las inyecciones entre los jóvenes marginados que se inyectan drogas en Vancouver, Canadá: un estudio etnoepidemiológico". *Harm Reduction Journal* 14.1. doi.org/10.1186/s12954-017-0159-9

34 Steensma, C., et al. (2005). "Cese del consumo de drogas intravenosas entre los jóvenes que viven en la calle". *Journal of Urban Health* 82.4 doi.org/10.1093/jurban/jti121; Shah, NG y col. (2006). "Predictores longitudinales del cese de las inyecciones y la recaída posterior entre una cohorte de usuarios de drogas inyectables en Baltimore, MD, 1988–2000". *Drug and Alcohol Dependence* 83.2. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.007; Mehta, SH y col. (2011). "Factores asociados con el cese, la recaída y el inicio de las inyecciones en una cohorte comunitaria de usuarios de drogas inyectables en Chennai, India". *Addiction* 107.2. doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03602.x

35 Lau, N,. et al. (2015). "Una alternativa más segura: la sustitución del cannabis como reducción de daños". *Drug and Alcohol Review* 34. p.654. doi.org/10.1111/dar.12275



Tabletas de dexedrina (sulfato de dexanfetamin)

FOTO: Adam. Wikimedia Commons. bit.ly/3cgJCWw. Compartido bajo un CC por Licencia 2.0 (creativecommons.org/licenses/by/2.0).

ser cuestionada por diversos marcos legales, que en ocasiones permiten la sustitución de sustancias y en otras no.

Se han explorado tentativamente varios sustitutos a base de plantas, pero los resultados de algunos ensayos a pequeña escala siguen sin ser concluyentes y se necesitan más investigaciones. Ha habido algunos experimentos utilizando la coca como una alternativa más suave para las personas que consumen cocaína o crack. Esta práctica de sustitución ha sido documentada en Perú, Bolivia y Brasil, pero aún no tiene resultados concluyentes.[36]

Existe alguna evidencia del uso de cannabis para disminuir la ansiedad, la agresión y la paranoia en personas que consumen cocaína de base libre (crack o pasta base). El cannabis también puede reducir la ansiedad (incluyendo cuando se fuma con cocaína), estimular el apetito y promover el sueño, y aliviar las molestias durante los períodos de abstinencia. Un estudio de 2018 en Brasil siguió a 62 personas que consumieron cocaína de base libre en el transcurso de cuatro semanas, y analizó el papel del cannabis en el anhelo por crack. Los autores encontraron que el uso de cannabis estaba fuertemente correlacionado con la disminución de la ansiedad y también encontró que un mayor uso de cannabis estaba relacionado con menores experiencias de anhelo.[37] En 2017, se realizó una encuesta longitudinal entre personas que consumen drogas en Vancouver, Canadá, demostrando la efectividad del consumo intencional de

36 Henman, A. y Metaal, P. (2009). Mitos de la coca. TNI: Drogas y Conflicto 17.1. www.tni.org/en/archives/know/305; Henman, A. y Metaal, P. (2014). Hora de despertar: un enfoque histórico y etnográfico de la regulación de sustancias de origen vegetal. TNI: Serie de reformas de la legislación sobre drogas 27. www.tni.org/en/briefing/time-wake-call-historical-and-ethnographic-approach-Regulation-plant-based-stimulants; Harris, G. (2011). Seminario de expertos sobre estimulantes herbales y sustancias legales. TNI, IDPC. www.tni.org/en/report/expert-seminar-herbal-stimulants-and-legal-highs

37 Escobar, JAC (2018). "La marihuana como estrategia de reducción de daños frente al crack craving en usuarios de un programa de asistencia social en el estado de Pernambuco". *Plato*. http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2018/11/PLATO2_01-merged-compressed.pdf

cannabis para reducir la frecuencia del consumo de crack.[38] Algunos estudios también han demostrado los efectos de la sustitución del cannabis por otros estimulantes. Sin embargo, el cannabis puede tener efectos secundarios negativos para algunos usuarios y, en particular, sigue siendo ilegal para uso no médico y muy restringido para uso médico en la mayoría de las jurisdicciones.

Los investigadores y las personas que usan estimulantes por igual, han buscado sustancias que puedan respaldar la terapia de mantenimiento, reducir el uso de estimulantes o reducir los efectos adversos

La evidencia del uso de sustitutos farmacéuticos no es concluyente. La idea detrás de la terapia con agonistas (supervisada) es reemplazar la droga ilícita con una droga farmacológicamente similar que tenga efectos comparables pero que se pueda usar de manera más segura. Idealmente, el agonista tiene un efecto más prolongado, genera menos deterioro/intoxicación y tiene un potencial adictivo menor.[39] Este enfoque se puede aplicar tanto a las modalidades de tratamiento que apuntan a la abstinencia completa, como para propósitos de reducción de daños, lo que permite a las personas que usan estimulantes obtener un mayor control sobre su uso, reducir los daños relacionados con el uso y mejorar la calidad de vida. Este enfoque ha demostrado ser eficaz para los consumidores de opioides y tabaco.[40]

Una meta-revisión de Cochrane de 2016 sobre la evidencia del tratamiento de sustitución para la dependencia de la cocaína mediante el uso de otras drogas estimulantes (p. ej., [lis] dexanfetamina, metilfenidato, modafinilo, metanfetamina y anfetamina) demostró muy poco impacto en la retención del tratamiento en comparación con placebos, y encontró algo de evidencia de que las personas que consumen cocaína permanecieron en abstinencia por más

38 Socías, ME, Kerr, T., Wood, E. et al. (2017). "Uso intencional de cannabis para reducir el uso del crack de cocaína en un entorno canadiense: un análisis longitudinal'. *Addictive Behaviors* 72. doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.006

39 Shearer, J. (2008). "Los principios de la farmacoterapia con agonistas para la dependencia de psicoestimulantes". *Drug and Alcohol Review* 27.3. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/09595230801927372; Nuijten, M. (2017). CATCH: Nuevas opciones de tratamiento farmacológico para la dependencia al crack y la cocaína. Resultados de tres ensayos controlados aleatorios. Universidad de Leiden. https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/48025; Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C. et al. (2016). "Fármacos psicoestimulantes para la dependencia de la cocaína". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 9. doi.org/10.1002/14651858.CD007380.pub4

40 Nielsen, S., Larance, B. Degenhardt, L. et al. (2016). "Tratamiento con agonistas opioides para personas dependientes de opioides farmacéuticos". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 5. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011117.pub2/full; Stead, LF, Perera, R., Bullen, C. et al. (2012). Terapia de reemplazo de nicotina para dejar de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11. doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4

tiempo en comparación con el placebo. Se consideró que la dexanfetamina era un agonista potencialmente prometedor para el tratamiento de la dependencia de la cocaína, especialmente para los usuarios múltiples de heroína y cocaína.[41]

No se encontró evidencia del uso clínico de agonistas directos del receptor de dopamina (agonistas de DA) que no tengan propiedades psicoestimulantes (como amantadina, bromocriptina, L-dopa y pramipexol) para las personas que consumen cocaína.[42] Los agonistas indirectos de la dopamina que tienen efectos similares a los de la cocaína (por ejemplo, bupropión, dexanfetamina), por otro lado, parecían prometedores como sustancia sustitutiva de la dependencia de la cocaína.[43]

Otra meta-revisión examinó la literatura disponible para el tratamiento con anfetaminas y cocaína, comparando liberadores de dopamina (DRA, por ejemplo, anfetamina, metanfetamina) con inhibidores de la recaptación de dopamina (DRI, por ejemplo, metilfenidato y bupropión). La revisión mostró que los DRI son más efectivos que los DRA para tratar el uso de anfetaminas, mientras que los DRA parecen más efectivos para reducir el uso de cocaína. Específicamente, el metilfenidato redujo significativamente el consumo de anfetaminas pero no de cocaína, mientras que las (dex) anfetaminas redujeron significativamente el consumo de cocaína. Curiosamente, no hubo evidencia de la efectividad del uso de dexanfetamina para reducir el uso de anfetamina.[44]

Alguna evidencia sugiere que la dexanfetamina puede ser efectiva para las personas que consumen cocaína (crack) y que el metilfenidato (Ritalin) y el bupropión pueden funcionar para las personas que consumen anfetamina.

Finalmente, hay algunas pruebas de dos ensayos recientes de que el modafinilo puede ser eficaz como sustituto de la cocaína, aunque los ensayos anteriores

41 Castells, X., Cunill, R., Pérez-Mañá, C. et al. (2016). "Fármacos psicoestimulantes para la dependencia de la cocaína". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 9. doi.org/10.1002/14651858.CD007380.pub4

42 Minozzi, S., Amato, L., Pani Pier, P., et al. (2015). "Agonistas de la dopamina para el tratamiento de la dependencia de la cocaína". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5. doi.org/10.1002/14651858.CD003352.pub4

43 Véase la nota a pie de página 41.

44 Stoops, WW y Rush, CR (2013). "Terapia de reemplazo agonista para la dependencia de la cocaína: una revisión traslacional". *Curr Pharm Des* 19.40: doi.org/10.4155/fmc.11.184

a veces no demostraron un impacto positivo.[45] Los mismos resultados inconsistentes se informan de estudios que analizan el uso de metilfenidato para el consumo de cocaína. Parece probable que la eficacia de la mayoría de los agentes agonistas para el tratamiento de la dependencia de estimulantes parezca depender del estimulante particular que pretenden reemplazar, así como de la dosificación y la subpoblación específica de personas que usan estimulantes (si son usuarios únicos o polidrogas, por ejemplo).[46]

Acercamiento e intervenciones con pares

La labor de divulgación ayuda a llegar a las personas que consumen drogas que no acuden a los servicios de reducción de daños. Es un punto de entrada a los servicios y a la comunidad.[47] Esto aumenta el acceso de las personas a la atención y puede fomentar la vinculación entre las personas que usan estimulantes y otros proveedores de servicios.

La evidencia muestra que la educación entre pares, en un entorno de apoyo, no estigmatizante ni incriminatorio, es la forma más eficaz de compartir nuevos conocimientos y habilidades entre las personas que consumen drogas. Se confía más fácilmente en los compañeros, porque comparten normas, experiencias, lenguaje y antecedentes. Esto hace que sea más fácil transmitir una educación honesta sobre la reducción de daños e información.[48] El alcance entre pares es particularmente eficaz para una educación más segura sobre el uso de drogas y la distribución de parafernalia.[49]

45 Kampman, KM, Lynch, KG, Pattinatti, HM y col. (2015). "Un ensayo doble ciego controlado con placebo de modafinilo para el tratamiento de la dependencia de la cocaína sin dependencia del alcohol comórbido". *Drug and Alcohol Dependence* 155.1. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.005; Morgan, P.T., Angarita, G.A., Canavan, S. et al. (2016). "Modafinilo y sueño Arquitectura en un estudio de tratamiento hospitalario-ambulatorio de la dependencia de la cocaína Peter". *Drug Alcohol Dependence* 160.1. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871615018141?via%3Dihub

46 Nuijten, M. (2017). CATCH: Nuevas opciones de tratamiento farmacológico para la dependencia del crack y la cocaína. Resultados de tres ensayos controlados aleatorios. Universidad de Leiden. https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/48025

47 International HIV/AIDS Alliance (2013). Llegar a los usuarios de drogas. Un juego de herramientas para servicios de extensión. issuu.com/aids_alliance/docs/reaching_drug_users

48 Latkin, C.A. (1998). Outreach in Natural Settings: The Use of Peer Leaders for HIV Prevention among Injecting Drug Users' Networks. Public Health Reports 113. Suppl 1. Publicaciones SAGE:151–59.; Korf, D.J., Riper, H., Freeman, M. et al. (1999). Outreach Work among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

49 Jozaghi, E. (2014). "El papel del grupo de defensa de los usuarios de drogas en el cambio de la dinámica de la vida en el centro este de Vancouver, Canadá". *Journal of Substance Abuse* 19.1-2. doi.org/10.3109/14659891.2013.775608



"Es hora de la década de reducción de daños"
Exposición de Harm Reduction Coalition en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas FOTO: Steve Rolles, 2016

Los proyectos de divulgación entre pares estimulan la inclusión social, fomentan el intercambio de conocimientos entre las personas que usan estimulantes y fortalecen las estrategias de prevención. Por ejemplo, pueden aumentar la aceptación de proyectos como la distribución de kits más seguros para fumar crack.[50] Además, los compañeros son buenos para identificar nuevas tendencias y responder a ellas de forma rápida y eficaz.[51] Se ha demostrado que el trabajo de alcance entre pares con personas que usan estimulantes reduce la frecuencia del uso de estimulantes y las conductas sexuales de riesgo, así como los riesgos de contraer una enfermedad infecciosa como el VIH, el VHC y la tuberculosis.

El trabajo de divulgación también puede evitar que las personas que usan estimulantes comiencen a inyectarse o alentar a las personas que se inyectan

50 Domanico, A. y Malta, M. (2012). "Implementación de Reducción de Daños hacia Usuarios de Grietas en Brasil: Barreras y Logros". *Substance Use and Misuse* 47.5. doi.org/10.3109/10826084.2012.644170

51 Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et al. (2017). "Comprensión de las experiencias y los fundamentos para compartir equipos para fumar crack: un estudio cualitativo con personas que fuman crack en Montreal". *International Journal of Drug Policy* 48. doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059

a transitar a vías de administración que no sean de inyección. Esto se puede hacer informando a las personas sobre los riesgos de inyectarse o sobre métodos más seguros para usar.[52] En un estudio, las personas que se inyectaban metanfetamina mencionaron con frecuencia que tener información sobre la reducción de daños era útil para pasar de inyectarse a fumar la droga.[53] La divulgación entre pares también aumenta la aceptación de una distribución de kits más seguros para fumar.

La Organización Mundial de la Salud aboga por proporcionar mensajes claros y culturalmente sensibles a las personas que usan estimulantes cuando realizan trabajos en la calle. Estos mensajes de divulgación deben basarse en pruebas y ser relevantes para su contexto. Los mensajes importantes y eficaces son: disminuir la cantidad y frecuencia del uso de estimulantes; beber agua; mejorar la dieta; descansar lo suficiente; emplear estrategias para ayudar a controlar la ingesta de drogas; monitorear los propios comportamientos; y no consumir drogas solo. Otros mensajes de asesoramiento incluyen evitar mezclar estimulantes con otras drogas legales o ilegales, evitar las inyecciones y usar condones.[54]

Centros de Integración

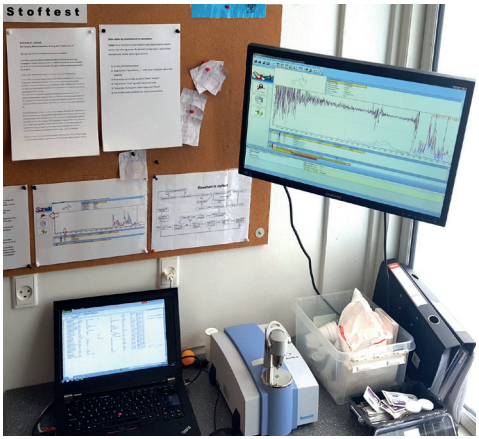
Los centros de integración (DIC, por sus siglas en inglés) son un importante servicio de reducción de daños de bajo umbral que se ofrece en todo el mundo. Funcionan como lugares donde las personas que consumen estimulantes y otras drogas pueden encontrarse con otros, encontrar un oído que los escuche, acceder a una variedad de información y, para algunos, alcanzar cierto grado de distancia de los entornos domésticos o callejeros potencialmente problemáticos.

En la práctica, esto significa que los DIC ofrecen un entorno social informal, que responde a algunas necesidades básicas (por ejemplo, comida, refugio del frío,

52 Pinkham, S. and Stone, C. (2015). Una revisión global de la respuesta de reducción de daños a las anfetaminas: actualización de 2015. *Harm Reduction International*. https://www.hri.global/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf; UNODC (2017). Revisión sistemática de la literatura sobre el uso de estimulantes y el VIH. www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/4_Stim_HIV_Syst_Lit_Rev_Part_4_-_New_Psychoactive_Substances.pdf

53 Boyd, J., Fast, D., Hobbins, M. et al. (2017). "Factores socio-estructurales que influyen en los períodos de cesación de las inyecciones entre los jóvenes marginados que se inyectan drogas en Vancouver, Canadá: un estudio etnoepidemiológico". *Journal of Harm Reduction* 14.1. https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0159-9

54 Organización Mundial de la Salud (2011). Resumen técnico 2 sobre estimulantes de tipo anfetamínico (ATS). Reducción de daños e intervenciones breves para usuarios de ATS. https://www.drugsandalcohol.ie/15415/3/Brief2harmreduction.pdf



Servicio de pruebas de seguridad
de drogas dentro de un centro de consumo de drogas supervisado en Copenhague, Dinamarca
FOTO: Steve Rolles, 2018



El servicio de pruebas de seguridad
de drogas de Loop operando en centros de ciudades del Reino Unido y en festivales
FOTO: The Loop

ducha y ropa limpia) y ofrecen algunos servicios adicionales. Estos servicios pueden ser tan básicos como ofrecer una oportunidad de contacto social en un entorno seguro u ofrecer apoyo (psicosocial) para mejorar el bienestar o trabajar en cambios de vida. Los centros de integración pueden proporcionar a las personas vulnerables, ya sean personas que consumen drogas, trabajadoras sexuales o personas sin hogar, un entorno seguro y de apoyo, al tiempo que las estimulan a hacer uso de los recursos comunitarios más amplios o hacer cambios en sus vidas.[55]

Los DIC deben estar ubicados cerca de las comunidades de personas que consumen drogas e involucrar a los miembros de la comunidad en la ejecución del programa, la oferta de servicios y los procesos de toma de decisiones relacionados con la prestación de servicios. Una revisión de 2015 sobre el impacto de los centros de acogida encontró que estos contribuyen a una mejora general del bienestar y la salud, así como a una gama de beneficios que incluyen la reducción del uso de drogas y la reducción del intercambio de sexo por drogas, además de mejoras en participación/compromiso social, salud mental,

55 Paul Dowling Consulting, Good Practices Workgroup y Agora Foundation (2007). Toronto Drop-In Network: Kit de herramientas de buenas prácticas. tdin.ca/res_documents/toolkit-complete.pdf

días alojados (aunque no se encontraron mejoras que aseguren una vivienda permanente) y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.[56]

Pruebas de seguridad de drogas

Las pruebas de seguridad de las drogas, o revisión de drogas, es una medida de reducción de daños desarrollada para personas que consumen drogas en la vida nocturna y en festivales, pero que se ha adoptado posteriormente en una variedad más amplia de contextos.

Las pruebas de seguridad comprenden una variedad de tecnologías utilizadas para verificar y monitorear la dosis, el contenido y la presencia de adulterantes potencialmente peligrosos en las muestras proporcionadas por personas que usan drogas. Esta información se puede utilizar para emitir advertencias sanitarias personalizadas y para dirigirse a grupos específicos de usuarios. Los servicios de revisión de drogas pueden tropezar con obstáculos legales, incluso si se han implementado políticas de despenalización, ya que la posesión puede seguir siendo una infracción civil o administrativa sancionable, lo que afecta tanto a los usuarios del servicio en posesión de drogas como a los proveedores de servicios que manejan las muestras. Esto puede requerir políticas de tolerancia informales que operen a nivel local o exenciones legales más formalizadas que se implementen a nivel nacional / gubernamental.[57]

La revisión de drogas es una forma útil de ponerse en contacto y educar a los jóvenes difíciles de acceder que consumen drogas. La revisión de drogas también puede incentivar a las personas a no consumir una muestra en particular, por ejemplo, si se encuentra que contiene una sustancia no deseada o un adulterante dañino. Se encuentran disponibles diferentes niveles de sofisticación tecnológica que tienen diferentes niveles de precisión y confiabilidad, y van desde simplemente demostrar la ausencia o presencia de una sustancia específica hasta la cuantificación completa de cada sustancia presente en una muestra.

La verificación de drogas se puede realizar en laboratorios estacionarios (ya

56 Wilson, M.G. (2015). Examinar el impacto de los centros de acogida; Síntesis rápida (respuesta de 30 días). Foro de salud McMaster. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/examining-the-impact-of-drop-in-centres.pdf

57 Para ver un ejemplo de una organización de pruebas de seguridad de medicamentos, consulte: *The Loop*. wearetheloop.org/about-the-loop

sea en instalaciones dedicadas o como parte de un servicio de drogas existente) o laboratorios móviles en festivales o fiestas. Mientras se realiza la verificación, se permite que el servicio brinde asesoramiento sobre drogas y reducción de daños a las personas que consumen estimulantes y otras drogas que no acudirían a los servicios de otra manera, proporcionando mensajes que pueden luego difundir a redes de pares más amplias. También es una herramienta útil para monitorear los mercados de drogas, las tendencias y la aparición de nuevas sustancias para informar a posibles sistemas de alerta para las personas que consumen drogas.

También se han establecido servicios de revisión de drogas en algunas instalaciones de consumo de drogas supervisadas, lo que permite a los usuarios poner a prueba sus drogas y recibir información específica sobre reducción de daños antes de consumirlas (o de optar por no hacerlo).

Intervenciones en línea

Una intervención de tratamiento de drogas en línea se ha definido como un programa basado en Internet que ofrece una intervención de tratamiento de drogas estructurada y especialmente desarrollada. Por tanto, es diferente de los sitios web más generales que ofrecen información y educación sobre sustancias.[58] Sin embargo, las intervenciones en línea no solo se ocupan del tratamiento por drogas. En un sentido más amplio, las intervenciones en línea se han definido como: "una oferta profesional en prevención selectiva que se ofrece a través de Internet, incluye elementos interactivos y proporciona retroalimentación individual a los jóvenes PWUD [personas que consumen drogas]". Estos servicios en línea pueden "ser totalmente automatizados y autoguiados o incluir el contacto con un profesional".[59] Por lo general, son rentables y se puede acceder a ellas en cualquier momento, solo requieren acceso a Internet, lo que reduce los obstáculos para el acceso al tratamiento.

Existe evidencia sólida de que las intervenciones de tratamiento en línea son efectivas para una variedad de problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión, así como para las intervenciones de autoayuda basadas en la terapia

58 Tossman, HP. y Leuschner, F. (2009). Intervenciones de tratamiento de drogas basadas en Internet: mejores prácticas y aplicaciones en los Estados miembros de la UE. *EMCDDA*. doi.org/10.2810/49788.

59 Steffens, R. y Sarrazin, D. (2015). "Directriz para intervenciones eficaces basadas en la web en la prevención selectiva de las drogas". *TAL* 61.6. doi.org/10.1024/0939-5911.a000396

cognitivo conductual (TCC) que tienen como objetivo controlar y/o reducir el consumo de alcohol.

La evidencia de la efectividad de las intervenciones de tratamiento en línea específicamente para las personas que usan estimulantes es escasa. Se han probado varias intervenciones en línea para personas que consumen cocaína y ETA, aunque pocas se han evaluado a fondo. La evidencia disponible muestra que las intervenciones en línea, especialmente cuando se combinan con otras intervenciones terapéuticas como un enfoque de refuerzo comunitario, manejo de contingencias o TCC, pueden ayudar a las personas a permanecer en tratamiento, mantenerse en abstinencia y/o reducir el uso de drogas.

Intervenciones terapéuticas

Las intervenciones terapéuticas se utilizan principalmente en entornos de tratamiento destinados a la abstinencia, pero también pueden ser herramientas poderosas en un entorno de reducción de daños. Estas intervenciones pueden ayudar a las personas a lidiar con problemas agudos de salud mental y otros problemas asociados con el uso de drogas estimulantes, a desarrollar estrategias de autorregulación y beneficiarse de las intervenciones terapéuticas en un entorno de tratamiento de drogas.

La comorbilidad es relativamente común entre las personas que usan estimulantes y existen fuertes asociaciones entre el uso de sustancias y trastornos de salud mental, como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ansiedad, trastornos depresivos, TEPT y trastornos alimentarios.[60]

El uso de estimulantes puede precipitar o exacerbar diversos problemas de salud mental, como ansiedad, problemas de alimentación, depresión, paranoia, trastornos del sueño y episodios psicóticos. Para los síntomas más graves, la OMS recomienda intervenciones de crisis por parte de profesionales de la salud mental.[61] Los profesionales no relacionados con

60 La comorbilidad es la presencia de una o más enfermedades o trastornos adicionales que concurren con una enfermedad o trastorno primario. En este caso, cuando las enfermedades mentales y el uso problemático de sustancias ocurren juntos.

61 Organización Mundial de la Salud (2011). Resumen técnico 2 sobre estimulantes de tipo anfetamínico (ATS). Reducción de daños e intervenciones breves para usuarios de ATS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272729/ats-brief-2.pdf

la salud mental que trabajan con personas que usan estimulantes en un entorno de reducción de daños pueden aplicar varias técnicas simples para ayudar a las personas que usan estimulantes y que sufren de pensamientos paranoicos, ansiedad, alucinaciones o abstinencia. Intervenciones como TCC, manejo de contingencias, entrevistas motivacionales, terapia familiar, CRA e intervenciones breves han demostrado ser efectivas en el tratamiento del consumo de cocaína y metanfetamina. Pueden ayudar a las personas a identificar problemas relacionados con las drogas y comprometerse con el cambio, aumentar la adherencia al tratamiento, reducir los daños relacionados con las drogas, ayudar a crear una red de apoyo y gestionar el consumo de drogas.

FOTO: Steve Rolles



8

Navegando el sistema de control de drogas de la ONU

La política de drogas debe reinventarse a nivel de la ONU como un problema de salud, en lugar de un problema de justicia penal

COMO SE DISCUTÍO EN EL CAPÍTULO 1, LAS NACIONES UNIDAS (ONU) JUEGAN UN PAPEL fundamental en el establecimiento de una política global de drogas global, estableciendo las barreras dentro de las cuales operan las políticas nacionales de drogas. La ONU, durante muchos años, ha desarrollado estándares detallados de derechos humanos, que son consistentes con el marco de regulación legal propuesto en este libro, pero contrarios a los efectos de la prohibición de las drogas. La regulación legal crea una oportunidad para una mayor articulación de los estándares de derechos humanos existentes en línea con este nuevo enfoque de la política de drogas, que incluye:

- El derecho a la privacidad (con respecto a los niveles de interferencia con el uso personal de drogas)
- El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (en relación con el uso religioso o espiritual de drogas)
- El derecho a la salud (en relación con el acceso a y la investigación de drogas para uso médico, así como el acceso a información de salud y reducción de daños para uso no médico)

La política de drogas debería reinventarse a nivel de la ONU como un problema de salud, más que como un problema de justicia penal. Esto requeriría redirigir la responsabilidad de las cuestiones relacionadas con las drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (la UNODC, esencialmente una agencia de aplicación de la ley) a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Idealmente, esto implicaría además el desarrollo de un acuerdo internacional similar al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco que, entre otras cosas, establece requisitos globales sobre envases y publicidad.

Es probable que la remodelación de esta arquitectura internacional tenga implicaciones globales para poner fin a la criminalización del consumo personal de drogas. Sin embargo, tales reformas no requerirían que los gobiernos nacionales regulen legalmente los estimulantes u otras drogas. Las decisiones sobre si regular legalmente los estimulantes y cómo hacerlo quedarían en manos de los gobiernos individuales, como se analiza en el Capítulo 1.

Reforma del Tratado

En 2014, la Comisión Global de Políticas de Drogas destacó la necesidad de modernizar el anticuado y disfuncional sistema internacional de control de drogas dentro de las Naciones Unidas. Argumentó que:

> *La fuerza del sistema de tratados de la ONU se basa en el consenso de apoyo de los Estados miembros y la legitimidad de sus objetivos. Para los tratados de fiscalización de drogas este consenso se ha fracturado y su legitimidad se está debilitando debido a sus consecuencias negativas. Cada vez más Estados consideran que los elementos punitivos básicos de los tratados sobre drogas no son simplemente inflexibles, sino que están obsoletos, son contraproducentes y necesitan una reforma urgente. Si este creciente disenso no se acomoda a través de un proceso formal significativo para explorar opciones de reforma, el sistema de tratados de drogas corre el riesgo de volverse aún más ineficaz y redundante, conforme más Estados miembros con mentalidad reformista opten unilateralmente por distanciarse de él.*[1]

Las consecuencias negativas del sistema de control de drogas fueron una razón clave por la cual la Asamblea General de la ONU convocó una Sesión Especial (UNGASS) sobre el problema global de las drogas en 2016. En esta reunión se abordaron muchas cuestiones clave, como los derechos humanos, la reducción de daños y la despenalización. Sin embargo, los límites de la latitud permitida por los tratados en materia de regulación también estaban muy claros, restringiendo el alcance de la agenda formal y el debate que le siguió. Esto significó que mientras se plantearon cuestiones sobre la regulación y la

1 Comisión Global de Política de Drogas (2014). Tomando el control: Caminos hacia políticas de drogas que funcionen. p.18. www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work

'[Las Convenciones sobre Drogas] brindan a los Estados cierta flexibilidad para adoptar medidas como el tratamiento y la rehabilitación ... Sin embargo, la flexibilidad tiene límites; no se extiende a ningún uso no médico de drogas ... [La legalización] está en clara contravención de las convenciones ... Ustedes, los Estados parten de las convenciones, tienen la responsabilidad de abordar este desafío.

Werner Sipp

Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de la ONU

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de la ONU (2016). Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas. www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2016/INCB_speech_UNGASS_plenary_opening.pdf

reforma de las instituciones de control de drogas de la ONU, se marginaron las discusiones sustanciales que tanto se necesitaban.[2] Desde entonces, las tensiones por los tratados alrededor de los movimientos de algunos países hacia la regulación legal se han convertido en el "elefante en la sala" en foros clave de políticas de drogas de alto nivel.

Los debates de la UNGASS demostraron claramente la fractura del consenso detrás de un paradigma punitivo de control de drogas y el cambio más amplio de énfasis en el pensamiento de las políticas de drogas hacia enfoques basados en la salud, los derechos humanos y el desarrollo.[3] Es cada vez más claro que a medida que el impulso de la reforma continúa creciendo, los foros de alto nivel ya no pueden ignorar la cuestión de la regulación. La reflexión honesta de los Estados miembros y las agencias de la ONU sobre las implicaciones a largo plazo de este cambio global es inevitable. Por lo tanto, ahora esta es una cuestión de cuándo, no de si, la ONU y otras agencias internacionales consideran seriamente las reformas legales necesarias para acercar a la realidad al objetivo original del sistema internacional de control de drogas, de asegurar "la salud y el bienestar" de la humanidad.

El problema práctico, sin embargo, es cómo lograrlo en el contexto de un sistema tan complejo y dividido como las Naciones Unidas. ¿Cómo puede la ONU mantener y mejorar los elementos críticos del sistema mientras se

2 International Drug Policy Consortium (2016). La UNGASS sobre el problema mundial de las drogas: Informe de actuaciones. idpc.net/publications/2016/09/the-ungass-on-the-world-drug-problem-report-of-proceedings

3 Véase la nota a pie de página 2.



Naciones Unidas
FOTO: Steve Rolles

implementan los cambios? ¿Cómo, preguntó el personal directivo superior de la UNODC en 2008, se puede "adaptar al sistema a su finalidad"?[4]

De manera realista, dadas las opiniones firmes sobre esta cuestión y el ritmo glacial de las reformas institucionales dentro del sistema de control de drogas de la ONU, es importante considerar qué reformas son posibles en un marco de tiempo dado, en qué etapas, así como específicamente: qué pasos pueden tomarse a corto y mediano plazo para ayudar a hacer realidad esta visión de reforma a más largo plazo. Cualquier reorganización o reestructuración de este tipo dentro del sistema debe respaldar el principio de "coherencia en todo el sistema" de la ONU, reflejando la naturaleza intersectorial de la política de drogas y la centralidad de los aportes de las agencias de salud, derechos humanos y desarrollo de la ONU que surgieron como una contribución tan positiva a la UNGASS. El desarrollo de una Posición Común en la ONU sobre Drogas en 2019 por la Junta de los jefes ejecutivos de la ONU (que representa a los jefes de las 31 agencias de la ONU) que refleja estas prioridades es un

4 Costa, A. (2008). Hacer que la fiscalización de drogas sea "adecuada para su propósito": Aprovechando la década de la UNGASS. www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf

resultado positivo notable de la UNGASS. La declaración incluye un llamado claro a la "despenalización de la posesión de drogas para uso personal" y "cambios en las leyes, políticas y prácticas que amenazan la salud y los derechos humanos de las personas". Sin embargo, a pesar de este progreso en la despenalización, la declaración no se involucra ni reconoce específicamente el debate y las reformas del mundo real relacionadas con la legalización y la regulación, o las tensiones en los tratados que están creando (a pesar de que tales preguntas aparecen en las discusiones preparatorias).[5]

Al avanzar hacia una modernización a mayor escala del marco de fiscalización internacional de drogas, un conjunto de principios interrelacionados puede ayudar a orientar las decisiones necesarias. Primero, las decisiones deben guiarse por la promoción de la salud y el bienestar de la humanidad, y los objetivos y valores más amplios descritos en la Carta de las Naciones Unidas.[6] En segundo lugar, se deberían realizar esfuerzos serios para entablar y facilitar el diálogo entre los Estados miembros, las agencias de la ONU y otras partes interesadas clave. En tercer lugar, la acción colectiva coordinada de Estados con ideas afines sería la base más positiva y constructiva sobre la cual abordar la reforma. Finalmente, cualquier reforma debe ser monitoreada y evaluada rigurosamente con respecto a los objetivos explícitamente establecidos.

A continuación, se explora el potencial de cinco opciones sobre cómo se puede lograr la reforma:[7]

1. Un nuevo marco de Convención Única

Una solución es trabajar progresivamente hacia una nueva Convención Única de las Naciones Unidas sobre drogas diseñada para satisfacer las necesidades y aspiraciones de todos los Estados miembros. Esto reemplazaría en última instancia a los tres convenios existentes.[8] En algunos aspectos, este proceso

5 Junta de los jefes ejecutivos de la ONU para la coordinación (2019). Segundo período ordinario de sesiones de 2018, Resumen de deliberaciones. Anexo I. https://digitallibrary.un.org/record/3792232?ln=en; Jelsma, M. (2019). Posición común de las Naciones Unidas sobre política de drogas: consolidación de la coherencia en todo el sistema. International Drug Policy Consortium. fileserver.idpc.net/library/UN-Common-Position-Briefing-Paper.pdf

6 Ver: Naciones Unidas (1945). Carta de las Naciones Unidas. https://www.un.org/en/about-us/un-charter

7 Adaptado con permiso de la Comisión Global de Políticas de Drogas (2018). Regulación: el control responsable de las drogas. www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs

8 La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971; y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

reflejaría la Convención Única sobre Estupefacientes original de 1961, que consolidó una serie de tratados multilaterales de fiscalización de drogas que datan de 1912.[9]

Un nuevo tratado unificado permitiría a los Estados miembros regular los mercados internos. También podría establecer las reglas y parámetros para esto, tales como estándares mínimos, requisitos de monitoreo y reporte, y controles fronterizos y de comercio internacional. De esta manera, un nuevo tratado unificado sobre drogas podría - como lo propuso la Comisión Global en 2014 — "extender las ambiciones del tratado [1961] de regular los usos médicos y científicos de las drogas ... para abarcar la regulación de las drogas para los no-usos médicos, en pro del mismo conjunto de objetivos de la ONU".[10]

Un nuevo tratado también podría tratar de subsanar las deficiencias del marco existente. Debería incluir, por ejemplo, un mecanismo estructurado de revisión periódica (notoriamente ausente en el marco actual) y un procedimiento de planificación mejorado que logre un mejor equilibrio entre garantizar la disponibilidad de sustancias controladas para usos legítimos y prevenir el uso problemático.[11] Dicho tratado podría incorporar elementos de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, que aborda el crimen organizado y la corrupción, en otros marcos de tratados relevantes con los que el tratado de drogas de 1988 ya está estrechamente alineado.[12]

2. Modificación de los convenios de fiscalización de drogas existentes

En teoría, los convenios existentes podrían enmendarse para introducir

9 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (1961). Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

10 Comisión Global de Políticas de Drogas (2014). Tomando el control: Caminos hacia políticas de drogas que funcionen. www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work

11 Los tratados más modernos, incluida la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional (UNTOC) de 2000, la Convención contra la Corrupción de 2003 (UNCAC) y el Convenio Marco 53 de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) de 2003 tienen un mecanismo incorporado de la Conferencia de las Partes (COP) que requiere que se sometan a revisiones periódicas que faciliten la modernización ante el cambio de circunstancias. Sin embargo, los tres tratados sobre drogas, con raíces anteriores a la ONU y las normas de su sistema contemporáneo, no tienen tal mecanismo de COP. Ver también: Comisión Global de Políticas de Drogas (2019). Clasificación de sustancias psicoactivas: cuando la ciencia se quedó atrás.www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_EN_web.pdf

12 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (1988). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, 1988. www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

La hoja de coca y las convenciones sobre drogas de la ONU[i]

En **1950**, un estudio ordenado por el ECOSOC, publicado como Informe de la Comisión de Investigación sobre la Hoja de Coca, recomienda suprimir "el hábito dañino de masticar coca" en unos pocos años.[ii]

En **1952**, el Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos que pueden Producir Adicción llegó a la conclusión de que "masticar coca se acerca tanto a las características de la adicción ... que debe definirse y tratarse como una adicción" y así lo informó a la Comisión de Estupefacientes.[iii]

La coca, junto con el cannabis y el opio, se convirtió en uno de los principales objetivos de control de la Convención Única de **1961** sobre Estupefacientes, incluidas restricciones especiales al cultivo, proscribiendo la eliminación gradual del uso tradicional en un plazo de 25 años y enumerando la hoja de coca como "una sustancia sujeta por abuso" en el Anexo 1.[iv]

La Convención de **1988** contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas obligó a los Estados a tipificar como delito la coca, en virtud del párrafo 2 del artículo 3: "Sujeto a sus principios constitucionales y los conceptos básicos de su sistema legal, cada Parte adoptará las medidas que sean necesarias tipificar como delito en su derecho interno, cuando se cometa intencionalmente, la posesión, compra o cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para consumo personal contrarias a las disposiciones de la Convención de 1961, la Convención de 1961 enmendada o la Convención de 1971", pero también establece una exención para el uso tradicional. El artículo 14 establece: "Cada Parte tomará las medidas apropiadas para prevenir el cultivo ilícito y erradicar las plantas que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas, como la adormidera, el arbusto de coca y las plantas de cannabis, cultivadas ilícitamente en su territorio", pero continúa diciendo que "las medidas adoptadas respetarán los derechos humanos fundamentales y tendrán debidamente en cuenta los usos lícitos tradicionales, cuando hay una prueba histórica de tal uso".[v] Una reserva oficial fue formulada, solo por Bolivia, al firmar y confirmada al ratificar esta Convención para preservar el derecho a utilizar la hoja de coca con fines tradicionales.[vi]

El informe anual de la JIFE de **1994** destacó que: "Debe resolverse el conflicto entre las disposiciones de la Convención de 1961 y las opiniones y la legislación de los países donde el uso de la hoja de coca es legal. Es necesario realizar una revisión científica para evaluar el hábito de masticar coca y beber mate de coca".[vii] Un suplemento del informe de 1994 dedicó una sección a "Hoja de coca: una necesidad de aclarar ambigüedades", pidiendo "la necesidad de examinar la situación de los Estados partes en la Convención de 1961 que han formulado reservas en virtud del artículo 49 de esa Convención. Una verdadera valoración del hábito de masticar hoja de coca se requiere con urgencia".[viii]

En **1995**, la OMS concluyó "el mayor estudio mundial sobre el consumo de cocaína", incluida una parte sobre el uso de la hoja de coca, y concluyó que "el uso de la hoja

de coca parece no tener efectos negativos para la salud y tiene funciones terapéuticas, sagradas y sociales positivas para poblaciones indígenas andinas", aparentemente una de las razones por las que el estudio fue obstruido en un proceso de revisión por pares y nunca fue publicado.[ix]

En **septiembre de 2007**, la ONU adoptó la Declaración Universal sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que refleja un compromiso global de respetar las tradiciones culturales y las prácticas medicinales de todas las poblaciones indígenas. Este reconocimiento refleja una clara contradicción en el derecho internacional con respecto al estatus legal del uso tradicional de la coca.[x]

En **marzo de 2009**, el gobierno de Bolivia propuso enmendar la Convención Única de 1961, eliminando dos incisos del artículo 49 que prohíben masticar hoja de coca. Una coalición liderada por Estados Unidos presentó objeciones dentro del período de 12 meses establecido por el procedimiento y bloqueó la enmienda.

En **julio de 2011** Bolivia denunció a la Convención Única de 1961, que entró en vigor en enero de 2012. Bolivia volvió a adherirse al tratado el 10 de enero de 2013 con una nueva reserva que entró en vigor cuando dos tercios de todas las partes de la Convención no expresaron objeciones.

i Tomado de: Transnational Institute (2012). Hoja informativa: La hoja de coca y las convenciones de la ONU sobre drogas. www.tni.org/en/publication/fact-sheet-coca-leaf-and-the-un-drugs-conventions

ii Consejo Económico y Social de la ONU (1950). Informe de la Comisión de Investigación sobre la Hoja de Coca, mayo de 1950. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/coca-inquiry-1950e.pdf

iii Organización Mundial de la Salud (1952). Comité de Expertos en Drogas que Producen Adicciones: Tercer Informe. Serie de informes técnicos de la OMS. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40195/WHO_TRS_57.pdf

iv Convención Única de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes, 1961, modificada por el Protocolo de 1972. www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

v Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

vi Colección de tratados de las Naciones Unidas (a partir de 2020). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, Declaraciones y Reservas. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=VI-19&chapter=6&clang=_en

vii JIFE (1994). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de 1994, www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_E.pdf

viii JIFE (1994). Eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas, suplemento del informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994. E/INCB/1994/Suppl.1. www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/E-INCB-1994-1-Supp-1-e.pdf

ix Transnational Institute. El Proyecto de Cocaína de la OMS. http://www.druglawreform.info/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/items?cid=96:unscheduling-the-coca-leaf&id=266:the-who-cocaine-project

x Declaración de la ONU sobre los derechos de los pueblos indígenas. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf

xi Transnational Institutel. Aide-Memoire sobre la propuesta de Bolivia de reforma del artículo 49 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. www.druglawreform.info/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/989-aide-memoire-on-the-bolivian-proposal-to-amend-article-49-of-the-1961-single-convention-on-narcotic-drugs-

suficiente flexibilidad para que los Estados miembros experimenten con una regulación alternativa. Hay precedentes notables de esto. La Convención Única de 1961 fue enmendada con el Protocolo de 1972, después de que se convocara una conferencia multilateral. El gobierno de EE. UU. argumentó que era "hora para que la comunidad internacional construya sobre los cimientos de la Convención Única, ya que una década ha brindado una mejor perspectiva de sus fortalezas y debilidades".[13]

La libertad bajo la Convención de 1961 con respecto a las "alternativas al encarcelamiento" (que, efectivamente, crea la oportunidad para la despenalización) solo existe debido a una enmienda al tratado acordada en el Protocolo de 1972. Sin embargo, tales enmiendas requieren un consenso entre los Estados parte. Dada la naturaleza polarizada de los puntos de vista sobre la regulación en las Naciones Unidas, parece muy poco probable lograr tal consenso para permitir los mercados regulados

Los tratados también contienen mecanismos para la modificación de la planificación de una droga en particular (siguiendo la recomendación de la OMS o de un Estado parte) que requieren solo una mayoría de votos, en lugar de consenso.[14] Dicha modificación podría, en teoría, eliminar drogas específicas del marco del tratado por completo y, al hacerlo, facilitar la regulación legal para los Estados miembros que deseen explorarlo. Sin embargo, la realidad política actual hace que esta opción también parezca inalcanzable. En ausencia de una perspectiva realista a corto plazo de lograr la reforma mediante enmiendas o modificaciones, los Estados miembros con mentalidad reformista se enfrentan a un menú más reducido de opciones.

3. Retiro (potencialmente volver a unirse con reserva)

Quizás la opción más simple para un Estado miembro individual sería retirarse de los tratados, momento en el cual las cuestiones de incumplimiento ya no serían aplicables. Sin embargo, un paso tan radical no solo implicaría costos diplomáticos y de reputación; también pondría en peligro el importante

13 Naciones Unidas (1961). Memorando de los Estados Unidos de América sobre las modificaciones propuestas a la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961. E / CONF.63 / 10, en: Naciones Unidas (1974). Conferencia de las Naciones Unidas para considerar enmiendas a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, Ginebra, 6 a 24 de marzo de 1972. Documentos Oficiales, vol. 1. Nueva York: ONU. pp.3–4.

14 La convención de 1961 requiere una mayoría simple de votos, mientras que la convención de 1971 requiere una mayoría de dos tercios.



Familias de la campaña Anyone's Child
pidiendo regulación legal en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas en 2016
FOTO: Steve Rolles

papel paralelo de los tratados en la regulación del uso científico y médico de drogas. Esto, a diferencia de la prohibición general de la regulación de drogas para usos no médicos, todavía cuenta con un fuerte consenso entre los Estados miembros. Una posibilidad relacionada es retirarse de los tratados pertinentes y luego reincorporarse (técnicamente conocido como reingreso o readaptación) con una reserva sobre los artículos específicos que impiden la regulación de un medicamento dado. Esta fue la estrategia adoptada por Bolivia con respecto al tratado de prohibición del uso tradicional de la hoja de coca, ya que inicialmente no logró un consenso para su enmienda.[15] Si bien Bolivia tuvo éxito en su estrategia, existen dudas sobre qué tan ampliamente se podría aplicar este enfoque a otras drogas (la coca es una de las pocas drogas, junto con el cannabis y el opio, que se mencionan específicamente por su nombre en el texto principal del tratado).

4. Incumplimiento respetuoso

Dadas las implicaciones potencialmente severas de la retirada total y las limitaciones de la opción de retirada-readmisión, otra opción es seguir siendo parte de los tratados pero continuar con las reformas internas. Esto significaría inevitablemente el incumplimiento de los artículos pertinentes del tratado. La forma en que un Estado miembro podría gestionar las implicaciones de tal medida plantea más cuestiones difíciles.

De los países que ya se han movido para regular el cannabis, Canadá es el primero en hacer un claro reconocimiento formal de que está "en contravención de ciertas obligaciones relacionadas con el cannabis bajo las convenciones de drogas de la ONU".[16] Parece preferible un reconocimiento de realidades jurídicas como la de Canadá a la negación, elusión o, de alguna manera, intentar esconderse detrás de argumentos jurídicos cuestionables sobre la "interpretación flexible" de los tratados. Los períodos de incumplimiento parcial son habituales antes de la reforma a un tratado.[17] Sin embargo, para adoptar

15 Transnational Institute y The Washington Office on Latin America (2013). Bolivia obtiene una legítima victoria sobre la hoja de coca; Crea un ejemplo positivo de modernización de las convenciones sobre drogas de la ONU. https://www.tni.org/en/article/bolivia-wins-a-rightful-victory-on-the-coca-leaf-0

16 Senado de Canadá (2018). El Comité Permanente del Senado de Asuntos Exteriores y Comercio Internacional: Evidencia. sencanada.ca/en/Content/Sen/Committee/421/AEFA/53882-e

17 Jelsma, M., Boister, N., Bewley-Taylor, D., et al. (2018). Equilibrio entre la estabilidad y el cambio de los tratados: modificación inter se de las convenciones de control de drogas de la ONU para facilitar la regulación del cannabis. Global Drug Policy Observatory, Transnational Institute y Washington Office para América Latina. www.tni.org/files/publication-downloads/balancing_treaty_stability_and_change.pdf

este enfoque, es necesario aclarar el razonamiento detrás de la decisión. Uruguay, por ejemplo, enmarcó claramente su modelo de regulación del cannabis en términos de promover la salud y el bienestar de la humanidad y los valores fundamentales de la Carta de la ONU.[18]

Las tensiones potenciales también pueden minimizarse si está claro que se cumplen las normas reguladoras de los tratados existentes. Por ejemplo, demostrando que continuará el monitoreo integral y la presentación de informes a los órganos de tratados, y prestando atención a los problemas fronterizos y las preocupaciones de los Estados vecinos. Sobre esta base, un período temporal de lo que algunos analistas han descrito como incumplimiento "respetuoso" o "basado en principios", en paralelo con el diálogo continuo y los esfuerzos para resolver las tensiones con las obligaciones de los tratados, parece ser una opción viable a corto plazo para una acción unilateral.[19]

5. ¿Modificación *inter se* de los convenios?

Un enfoque de reforma coordinado y con base jurídica tendría beneficios obvios en comparación con un escenario potencialmente caótico de un número creciente de deserciones unilaterales, reservas y reinterpretaciones cuestionables. Una de esas opciones de reforma, que no está limitada por el requisito de consenso entre todos los Estados miembros, es la modificación *inter se* del tratado. Este es un mecanismo establecido dentro de la Convención de Viena de 1969 sobre el Derecho de los Tratados para que un grupo de Estados miembros modifique un tratado "entre ellos mismos". El artículo 41 permite dicha modificación siempre que no esté prohibida por el tratado y no afecte el disfrute por otras partes de sus derechos en virtud del tratado; y "no se refiere a

18 En 2015, Uruguay copatrocinó una resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU en la que se pedía al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUR) que preparara un informe "sobre el impacto del problema mundial de las drogas en el disfrute de los derechos humanos". La contribución de Uruguay a los preparativos del ACNUR estableció la posición del país con respecto a la primacía de los derechos humanos: "Reafirmamos la importancia de asegurar el sistema de derechos humanos, destacando que los derechos humanos son universales, intrínsecos, interdependientes e inalienables, y que es obligación de los Estados garantizar su prioridad sobre otros acuerdos internacionales, enfatizando los convenios internacionales de fiscalización de drogas." Véase: Junta Nacional de Drogas (2015). Impacto del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos: contribución uruguaya a la implementación de la resolución Contribución del Consejo de Derechos Humanos al período extraordinario de sesiones de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas 2016. https://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/AportedeROUalaUNGASS2016enDDHHENG.pdf

19 Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., Rolles, S. y Walsh, J. (2016). Regulación del cannabis y tratados de drogas de la ONU: estrategias para la reforma. Washington Office para América Latina, et al. www.wola.org/wp-content/uploads/2016/08/Cannabis-Regulation-and-the-UN-Drug-Treaties_June-2016_web.pdf

una disposición cuya derogación sea incompatible con la ejecución efectiva del objeto y fin del tratado en su conjunto".[20]

Los redactores de la Convención de 1969 consideraron la opción de la modificación *inter se* como un principio fundamental del derecho internacional. Como discutió la Comisión de Derecho Internacional en 1964, "la importancia del tema no necesitaba énfasis; implicó reconciliar la necesidad de salvaguardar la estabilidad de los tratados con los requisitos de un cambio pacífico".[21] *Inter se*, por lo tanto, puede ofrecer un camino "elegante" y legalmente viable, y uno que proporcione una válvula de escape útil para la acción colectiva para ajustar un régimen de tratado posiblemente congelado en el tiempo.

A largo plazo, las lecciones y las dinámicas cambiantes que resultan de la acción unilateral y colectiva pueden servir para preparar el terreno para un consenso posterior a la guerra contra las drogas más flexible y un sistema de control de drogas modernizado que lo respalde.

20 Naciones Unidas (1969). Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, artículo 41. https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-english.pdf; Jelsma, M., Boister, N., Bewley-Taylor, D., et al. (2018). "Equilibrio entre la estabilidad y el cambio de los tratados: modificación inter se de las convenciones de control de drogas de la ONU para facilitar la regulación del cannabis". Global Drug Policy Observatory, Transnational Institute y Washington Office para América Latina www.tni.org/files/publication-downloads/balancing_treaty_stability_and_change.pdf

21 Comisión de Derecho Internacional (1965). Acta resumida de la 745ª sesión: 15 de junio de 1964. A / CN.4 / SR.745. En: Comisión de Derecho Internacional (1964). Anuario de la Comisión de Derecho Internacional: Vol. I, New York: UN. Paraca. 49. p.144.

Agradecimientos

Escrito por
Steve Rolles Harvey Slade James Nicholls

Un agradecimiento especial por el apoyo de los equipos de Transform y México Unido Contra la Delicuencia
Jane Slater Martin Powell Ben Campbell Ester Kincova Emma Caldwell Mary Ryder Cora Fern Nicky Saunter Danny Kushlick Jane Hickman Lisa Sanchez Tania Ramirez

Reconocimiento agradecido a los siguientes materiales de origen:
Los capítulos 6 y 8 incluyen texto adaptado, usado con autorización, de *Regulation: The Responsible Control of Drugs* (2018), publicado por la Comisión de Política de Drogas

El capítulo 7 incluye texto adaptado y utilizado con permiso de *Speed Limits: Harm Reduction for People Who Use Stimulants* (2018), de Rafaela Rigoni, Joost Breeksema y Sara Woods, publicado por Mainline

El capítulo 8 incluye texto adaptado y utilizado con permiso de la hoja informativa: *La hoja de coca y las convenciones de las Naciones Unidas sobre drogas* (2012), Transnational Institute

Diseño y maquetación
Tim Barnes
chicken herechickychicky.com

Diseño de envases de medicamentos
Nick Ellis Tilly Scott Tom Shannon Rob Lewis Lauren Lucchese wearehalo.co.uk

Copyright © 2022
Transform Drug Policy Foundation

ISBN 978 1 7396866 1 1

Las opiniones expresadas en este libro son las de los autores y Transform Drug Policy Foundation, pero no necesariamente los contribuyentes, o los patrocinadores y partidarios de este libro o de Transform Drug Policy Foundation

Este informe se publica bajo una licencia de Creative Commons 'Reconocimiento No comercial Compartir igual'. Se puede reproducir en parte o en su totalidad de forma gratuita y sin permiso para uso no comercial, en el entendido de que los autores y Transform Drug Policy Foundation (TDPF) están acreditados y los enlaces al sitio web
www.transformdrugs.org.uk
Ver: **www.creativecommons.org/about/licenses/**

Gracias a las muchas personas que han contribuido a la producción de esta publicación a través de la participación en talleres, la revisión por pares o ayudarnos a explorar los problemas e inspirar y apoyar este trabajo de otras maneras. Entre otros, estos incluyen:
Dave Bewley-Taylor Scott Bernstein Tom Blickman Chris Brady Rebeca Calzada Catalina Perez Correa Liliana Galindo Camille Goetz Mark Haden Johann Hari Carl Hart Dagfinn Hessen Paust Martin Jelsma Clemmie James Guy Jones Amanda Feilding Kathryn Ledebur Alejandro Madrazo Larissa Maier David Mansfield Pien Metaal Fiona Measham Charity Monareng Karenza Moore Judith Noijen David Nutt Rhys Ponton Mikhail Popov Mike Power Mat Southwell Shaun Shelly Zara Snapp David Restrepo Ina Spinnangr Khalid Tinasti Shaleen Title Sanho Tree Ross Bell Hattie Wells Adam Winstock Ernesto Zedillo

Esta publicación no hubiera sido posible sin el generoso apoyo de las personas que se mencionan a continuación y de todos aquellos que deseaban permanecer en el anonimato:
Astrid Wüthrich Michael Nendick Keith Morris Joanna Firth Nick Sireau Judith Yates Legalize NL Henry Fisher Andrew Cowan Erin Zerbo Daniel Carden FAAAT think & do tank Gerald Vargas Barclay Tong Robert Peto Bruno Medeiros Will Tregoning Benjamin Caspar Fields Of Green For All Peter Cross Jessica Enoch Armando Santacruz Roger Golland Shaleen Title Harry Sumnall Sorcha Ryan Nina Edmonds Andrew Barnes New Zealand Drug Policy Foundation

Gracias a los patrocinadores de Transform:
Ken Aylmer Anton Bilton Henry Hoare Howard Jacobs New Zealand Drug Policy Foundation The Open Society Foundations The Esmée Fairbairn Foundation The Linnet Trust The Glass House Trust

Para obtener más información, póngase en contacto
Transform Drug Policy Foundation (UK)
+44 (0)117 325 0295
info@transformdrugs.org

Cómo regular los Estimulantes

Una guía práctica

Mientras que el consenso de que la 'guerra contra las drogas' ha fracasado crece, también lo hace la necesidad de una exploración franca de alternativas. Es fundamental que comencemos una discusión seria sobre cómo regular los estimulantes. Este libro proporciona un comienzo poderoso

Rt Hon Helen Clark

Presidente de la Comisión Global de Políticas de Drogas, ex Primer Ministro de Nueva Zelanda y Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Si nos tomamos en serio la reducción de daños, necesitamos una conversación adulta sobre lo que podría significar en la práctica ir más allá de la prohibición. *Cómo regular los estimulante*s es un paso importante en esa dirección

Carl L. Hart, Ph.D.

Profesor Ziff de Psicología (en Psiquiatría), Universidad de Columbia

Habiendo sido testigo de primera mano de la tragedia humana de la 'guerra contra las drogas' en Colombia, puedo dar testimonio de la necesidad de alternativas creíbles. Transform nos está trayendo un paso más cerca de poner fin a este desastre político

Sir Keith Morris

Ex embajador del Reino Unido en Colombia

Perdí a mis dos hijos la misma noche después de que tomaron MDMA de pureza y fuerza desconocidas. Es hora de aceptar que el uso de drogas sucede y encontrar formas de hacerlo más seguro. Espero que este libro ayude a hacer realidad esas reformas

Ray Lakeman

Activista con Anyone's Child: Families for Safer Drug Control



TRANSFORM
Drug Policy Foundation

México Unido Contra la Delincuencia

ISBN 978-1-7396866-1-1