

El costo social para la salud pública a causa de la regularización de las drogas ilícitas

Juan Daniel Gómez, Psic, PhD¹

El más reciente estudio epidemiológico sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios efectuado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, con el apoyo de diferentes instituciones educativas en Latinoamérica, arrojó, en términos de significación estadística en comparación con estudios anteriores, un resultado completamente nuevo y sorprendente en el que se ve un aumento en el consumo de marihuana y una disminución de la percepción del riesgo entre consumidores y no consumidores. Hipotéticamente, resulta plausible proponer que dichos resultados se deben en gran medida a la regularización o legalización del uso del cannabis con fines medicinales o recreativos en países como Colombia y Uruguay, así como en países de las Américas tales como Canadá y Estados Unidos, donde de alguna forma se ha naturalizado entre la población del común la idea de que la marihuana, con todos sus componentes, es una sustancia medicinal prácticamente inocua para la salud física y mental.

El negocio transnacional más próspero y lucrativo de toda la economía subterránea es el de las drogas ilegales. Sus ventas minoristas probablemente alcanzan un 0.9% del PIB mundial, estimando adicionalmente el tamaño del mercado al menudeo de drogas sintéticas y de diseño, el cual puede representar cerca del 30% del mercado de las otras drogas.

El sistema global para controlar la producción, mercadeo, transporte, distribución y consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ilegales tiene un poco más de 100 años. Se consolidó desde el supuesto según el cual ningún país, actuando aisladamente, podría controlar el impacto de dicho mercado sobre las economías, la sociedad, la seguridad nacional e internacional, la salud pública, entre otros ámbitos, de no someterse a la jurisdicción de unos entes fiscalizadores y reguladores, más allá de las fronteras.

Existen diferentes instrumentos internacionales suscritos por Colombia y que la comprometen con dicho sistema. El principal es la Convención Única de la ONU sobre Estupefacientes de 1961, que agrupa la legislación precedente para el control de drogas y otorga forma y fundamento legal unificado al sistema actual de fiscalización. Adicionalmente, están la Convención de la ONU sobre Drogas Psicotrópicas de 1971 y la Convención de la ONU sobre

1 Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: jd.gomez@javeriana.edu.co

Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. El sistema internacional predeterminó un marco regulatorio global y demanda que los Estados firmantes promulguen y apliquen una legislación nacional a fin de cumplir con sus obligaciones bajo los tratados. Para alcanzar este fin, destacó agencias en cada país para asistir a los gobiernos en el cumplimiento de lo dispuesto en los tratados. Las agencias internacionales son La Comisión de Estupefacientes (CND), La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y La Junta Internacional para Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). La principal agencia nacional es la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (Resolución 0223 de 2013).

Pero las estrategias de reducción y oferta de la demanda de drogas, como es sabido, no han tenido el éxito esperado y muchos hablan de un rotundo fracaso, además de efectos colaterales indeseables, por lo que se postula actualmente que las políticas y los programas que persiguen explícitamente reducir daños concretos son más eficaces que las que intentan alcanzar una sociedad “libre de drogas”. Su objetivo actual es, de acuerdo con la UNODC, limitar la producción, distribución y consumo de drogas para fines científicos y médicos, así como incluir la adopción de medidas de desarrollo alternativo integral y sostenible que ofrezcan condiciones que contribuyan a enfrentar el problema mundial de las drogas y promover acciones para reducir las consecuencias negativas de los cultivos ilícitos sobre el medio ambiente, en concordancia con las políticas nacionales de los estados miembros.

De otra parte, se propone que es necesario contar con estudios e investigaciones que contribuyan a la identificación temprana de drogas emergentes o drogas de diseño y al seguimiento de nuevas tendencias, con el fin de generar información actualizada sobre la oferta ilícita de nuevas sustancias psicoactivas ilegales. Otras medidas son: prevenir la fabricación ilícita de drogas, controlando el comercio internacional en precursores químicos; prevenir el desvío de productos farmacéuticos con propiedades psicoactivas hacia el mercado ilícito; continuar en el empeño de dismantelar las organizaciones criminales y sus redes de apoyo y fortalecer los organismos nacionales de control del tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos.

Por último, las nuevas estrategias se orientan en impedir el acceso de las organizaciones criminales a cualquier tipo de armamento y establecer, actualizar y fortalecer, según corresponda, marcos legislativos e institucionales en materia de prevención, detección, investigación, persecución y control del lavado de activos, en concordancia con las Recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI), al limitar el uso de las SPA exclusivamente para propósitos médicos y científicos, asegurando su adecuada disponibilidad para que las cantidades suficientes estén al alcance y sean accesibles (a enfermos y científicos), de acuerdo con los tratados internacionales. La regularización del consumo de drogas implica, pues, el

paso de un enfoque criminalizante de consumo hacia un enfoque de salud pública. De acuerdo con esta perspectiva, la dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente que supone un modelo de fiscalización del mercado de las sustancias psicoactivas semejante al que rige el mercado de los psicofármacos legales.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo puede haber unos 300 millones de personas que dependen de algún tipo de sustancias. De ellas, cerca de 25 millones presentan lo que se ha denominado un consumo problemático, el cual se caracteriza por problemas médicos, psicológicos, sociales, legales, etc. Pero, ¿es toda dependencia de drogas una enfermedad crónica y recurrente como el asma, la diabetes o la hipertensión, que requiere de terapias sustitutivas con psicofármacos o con las sustancias psicoactivas mismas? Además de los factores humanos y sociales asociados con el consumo de psicoactivos, el potencial de abuso de cada sustancia es el principal factor causal de las dependencias.

Ahora bien, el potencial de abuso de una droga puede generar dependencia en ausencia de otros factores de riesgo asociados con ella, tales como la presión de grupo y la falta de alternativas sanas, factores humanos como la proclividad genética debida al síndrome de desregulación neuroquímica en los centros de recompensa del cerebro, o factores del contexto, tales como la disponibilidad y fácil acceso a las drogas ilícitas.

En los innumerables paradigmas experimentales diseñados para demostrar, mediante evidencia empírica, el potencial de abuso de las drogas, la principal variable independiente que incide en la dependencia es el diseño experimental que induce a los animales a la autoadministración de la sustancia. Estos animales desarrollan dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia, fenómenos que también presentan los 300 millones de personas dependientes existentes en el mundo. ¿No será posible que quizás los verdaderos enfermos crónicos y recurrentes sean los 25 millones de personas denominados consumidores problemáticos, quizá connaturalmente proclives a usar drogas que equilibren o regulen la producción de neuroquímicos en sus centros de recompensa en el cerebro? ¿No podrán los 275 millones de dependientes restantes ser deprivados terapéuticamente de las sustancias psicoactivas y dados de alta definitivamente de esta supuesta enfermedad incurable, como se hace por compasión con los animales en quienes se ha generado dependencia? ¿Cuál es la dimensión real del consumo de drogas como enfermedad crónica y recurrente? ¿En cuántos de los dependientes actuales que consumieron drogas, tal vez solo por curiosidad, es posible la remisión de por vida de la dependencia?

La CICAD/OEA y la ONU proponen que se debe fortalecer la relación de los gobiernos con instituciones de enseñanza e investigación y organizaciones no gubernamentales especializadas, para fomentar la realización de estudios e investigaciones científicas que generen evidencias sobre los distintos aspectos de la demanda de drogas, y que los programas de

reducción de la demanda deben ser objeto de constante seguimiento y evaluación científica. Para alcanzar este objetivo, necesariamente se requiere un cúmulo importante de investigación libre de conflictos de intereses políticos y económicos en este ámbito.

Trescientos millones de personas que antes iban a las cárceles a ocasionar gastos serán ahora 300 millones de nuevos cotizantes al sistema de salud, con una ventaja moralmente inaceptable: la adhesión —o si se quiere *adicción*— al tratamiento. Para nadie es un secreto *cómo*, en muchos países de Europa y Norteamérica, se ha legalizado la heroína para tratar la adicción a esta sustancia. Desde el punto de vista biopolítico, tratar de por vida a la totalidad de estas personas como enfermos crónicos recurrentes, sin considerar que estos pueden no poseer estrictamente dicha etiqueta, puede ser un asunto éticamente cuestionable, como cuestionable puede ser el conflicto de intereses entre los principios de beneficencia en salud pública y los intereses por los beneficios económicos resultantes de la transferencia de las incalculables sumas de dinero del narcotráfico a las grandes corporaciones farmacéuticas, como ya ocurre con el cannabis medicinal en el mercado mundial, incluido el colombiano.

No sobra decir que el cannabis que ilegalmente se comercializa entre nuestros jóvenes colombianos hoy en día es el producto de modificaciones biológicas producidas no precisamente en granjas de consumidores experimentales sino en importantes laboratorios noratlánticos, marihuanas sin semilla y cannabis de alta potencia (con contenidos cercanos al 20% de THC), que han sustituido casi por completo las cepas criollas (con contenidos de entre el 2 %-5 % de THC).

No hay duda de que la regularización a ultranza representará un alto costo para la salud pública en el mundo entero, si no se toma seriamente en consideración que, en la mayoría de los casos de dependencia y no necesariamente de manera intencional, mediante esta nueva política de drogas y el nuevo enfoque del consumo de drogas como enfermedad, se está realizando una sujeción de las personas dependientes haciendo de sus cuerpos una entidad biopolítica.